



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.10 NO.6 November - December 2025

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 10 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2568



ISSN : 2672-9717

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ทรงลักษณ์ กล้าเพชร , เถลิงศักดิ์ เสมอเหมือน	1
การพยาบาลมารดาหลังคลอดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว: กรณีศึกษา อัจฉราพรรณ ดังกิจ	11
ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเป็นภาระ ความพึงพอใจของผู้ดูแลและ อาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภออุ้มผาง จังหวัดอุตรดิตถ์ ทรรศนีย์ พรหมณัฐชอม , นันทาวดี ศิริจันทร์ , ปิยะภัทร พรหมสุวรรณ	20
ผลของโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม นริศรา ศรีกุลวงศ์	29
กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย นัยนา ศรีลาพัฒน์	42
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด ลัดดาวัลย์ นามทอง	48
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน ตามบริบทวัฒนธรรมในพื้นที่ในจังหวัดปัตตานี ณัฐนิชา วารีสมา	55
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในระยะวิกฤติ : กรณีศึกษา ธเนษฐ ราชอุปนันท์	67
การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปอดแฟบ กรรณิการ์ จตุรวิธวงศ์	82
การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ภาณุพงศ์ มูลสาร , ไชยณรงค์ วาปี	95
โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมความดูแลสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ชมชนก จันทรมหา	102
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย เกศินี หัตถพนม	112
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้านมและการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อตนเอง : กรณีศึกษา นริศรา ศรีกุลเบญญา	122
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ปาริชาติ สิริภักย์โสภณ	135
ประสิทธิผลของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs รุ่งฤดี นนทะมาตย์	145
ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ วิไลรัตน์ สุทธิประภา	157
ความจำเพาะการวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptoscore เปรียบเทียบกับ Leptotiter (IgG-Ab, IgM-Ab) อนิก วโรรส	168
การเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago ในน้ำและบนบกต่อความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อาการปวด และความเสี่ยงในการล้มในผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกับภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม วราห์ภรณ์ ฮงหวล	179

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบแผนและศึกษาผลทางคลินิกของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร มณีนีรัตน์ สารเนตร	187
การพยาบาลผู้ป่วยวัยโรคปอดตื้อที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา สุทธกษิณา กระแจะจันทร์	200
ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพรวพิไล ชวงแก้ว	209
ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลนาอุดม อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด สมบุญรณ์ หมั่นนันท	214
การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร สุดสาคร สังกฤษ	228
ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ พิมพ์ภัทรา ไสภาคิชู , พิสมัย นพรัตน์	237
การพัฒนาแบบแผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุ ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร อัครเดช พุ่มพันธ์	250
การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลกกไ้ อำเภอนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ญาณพัฒน์ ทรงเย็น	262
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านโป่ง สมสุข อติเรกลาภ	271

บทบรรณาธิการ

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

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 36 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 6) ซึ่งในฉบับนี้ได้รับรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การพยาบาลมารดาหลังคลอดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว การดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะปอดอักเสบ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในระยะวิกฤติ การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหัก ศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและมีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อตนเอง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต การวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptoscore เปรียบเทียบกับ Leptotiter (IgG-Ab,IgM-Ab) การออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago ในน้ำและบนบก การบริหารข้อเข่าร่วมกับพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดดื้อยาที่มีภาวะหายใจล้มเหลว การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 6 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

Developing a model for preventing and solving teenage pregnancy problems.

Phra Narai School, Mueang District, Lopburi Province.

(Received: December 15,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

ทรงลักษณ์ กล้าเพชร¹ เถลิงศักดิ์ เสมอเหมือน²
Songlak Klampetch¹ Thelingsak Sameamuan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี เก็บข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t - test

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุและปัจจัยของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ดังนี้ ทางด้านตัววัยรุ่น คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การขาดทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดล้มเหลว ไม่ได้เตรียมการป้องกัน ทางด้านสถานศึกษา (โรงเรียน) คือ ไม่มีการ Screen กลุ่มเสี่ยง ทางด้านครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวไม่ดี พ่อแม่หลายคนรู้สึกอายหรือเชื่อว่าเรื่องเพศไม่ควรพูด ทำให้วัยรุ่นขาดข้อมูลที่ถูกต้อง และไปรับข้อมูลผิด ๆ จากเพื่อนหรือโซเชียล การไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศทำให้วัยรุ่นไม่รู้วิธีป้องกัน ผลจากการพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่า หลังการพัฒนาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่าคะแนนความรู้และเจตคติของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความรู้ยังคงอยู่ในระดับสูงแต่ไม่แตกต่างจากช่วงหลังทันที ($p = .083$)

คำสำคัญ รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR). The objective is to develop a model for prevention and solution of teenage pregnancy problems at Phra Narai School, Mueang District, Lopburi Province. The study found that the causes and factors of teenage pregnancy problems and obstacles in implementing measures to prevent and solve teenage pregnancy problems at Phra Narai School, Mueang District, Lopburi Province. On the side of teenagers, there is premature sexual intercourse, lack of pregnancy prevention skills, failure of contraception, and lack of preparation for prevention. On the side of education (schools), there is no screening of at-risk groups. In the family, communication within the family is poor. Many parents feel ashamed or believe that sex should not be discussed. This causes teenagers to lack accurate information and receive incorrect information from friends or social media. The results of the development of a model for prevention and solution of teenage pregnancy problems at Phra Narai School, Mueang District, Lopburi Province, found that after developing the model for prevention of teenage pregnancy, It was found that students' knowledge and attitude scores increased significantly ($p < .001$). And after implementing the program and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

following up for 3 months, it was found that attitudes towards pregnancy prevention improved significantly ($p < .001$). Knowledge remained high but did not difference from the immediate post-treatment period ($p = .083$).

Keyword Patterns for prevention and problem solving teenage pregnancy

บทนำ

วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการคือ มีพัฒนาการด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่และมีการเปลี่ยนสภาวะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ สามารถรับผิดชอบและพึ่งพาตนเองและได้กำหนดอายุของวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 10-19 ปี¹ ประเทศไทยมีประชากรวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) ประมาณ 8.7 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 13 ของประชากรทั้งประเทศ การสร้างหลักประกันให้วัยรุ่นมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีจะก่อประโยชน์เชิงเศรษฐกิจและสังคมทั้งต่อปัจจุบันและอนาคตของประเทศ การศึกษาพบว่าหากวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ใหญ่ที่ใส่ใจดูแล รวมทั้งนโยบายและบริการที่มีความละเอียดอ่อนต่อความต้องการของวัยรุ่น พวกเขาจะเติบโตและก้าวสู่การเป็นผู้ใหญ่ได้อย่างประสบความสำเร็จ และพัฒนาตัวเองได้เต็มศักยภาพ นอกจากนั้น การลงทุนในวัยรุ่นจะช่วยเสริมสร้างความสามารถของพวกเขาในด้านสิทธิมนุษยชนและการสร้างอนาคตที่สดใสให้ตัวเอง ครอบครัว และประเทศชาติ วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการคือ มีพัฒนาการด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่และมีการเปลี่ยนสภาวะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ สามารถรับผิดชอบและพึ่งพาตนเองและได้กำหนดอายุของวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 10-19 ปี²

วัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทยในปัจจุบัน มีการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาให้สอดคล้องกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง นอกจากการตั้งครรภ์แล้ว ยังส่งผลให้จำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้นพบว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นและอายุน้อยลงโดยค่าเป้าหมายของชีวิตในปีงบประมาณ 2563 ไม่เกิน 34 ต่อพัน เกณฑ์การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของอัตราการคลอดสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้กำหนดอัตราการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นไม่ควรเกินร้อยละ 10 และ จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั่วโลก พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลก 15-19 ปี เท่ากับ 65 ต่อ 1,000 ของการคลอด ขณะที่ประเทศไทยเท่ากับ 70 ต่อ 1,000 ของการคลอด หรือลำดับที่ 18 ของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้³ จังหวัดลพบุรี การเฝ้าระวังอัตราคลอดมีชีพในหญิง อายุ 10-14 ปี ในปี 2565-2567 พบว่า อัตราคลอดมีชีพในหญิง อายุ 10-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.20, 0.20, 0.34 ตามลำดับ อายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.21, 4.90, 5.21 ตามลำดับ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ในปี 2565-2567 พบร้อยละ 14.6, 18.0, 13.6 ตามลำดับ (จากเป้าหมาย ร้อยละ 13)⁴

จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายอย่าง

ไม่ว่าจะเป็นประเพณีวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความยากจน การขาดโอกาสด้านการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด⁵ การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการ

คุณกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงปัญหาของวัยรุ่นในประเทศกำลังพัฒนาว่าวัยรุ่นจะต้องเผชิญปัญหาความสำคัญหลายประการ ประการหนึ่งที่มีความสำคัญ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์เป็นวิกฤติของวัยรุ่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์อย่างมาก นำสู่การแก้ปัญหาด้วยการทำแท้ง วัยรุ่นจึงควรได้รับความรู้และมีการส่งเสริม ค่านิยมที่เหมาะสม เพื่อให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น รวมถึงการสนใจเพื่อหาแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา พบว่าการสอนเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ⁶ (Information Motivation Behavioral skill: IMB Model) สามารถทำให้บุคคลเกิดความรู้ที่ถูกต้องและสามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ขึ้นเพื่อลดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย ประชากรกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) กลุ่มตัวอย่างคือ นำตัวแทนนักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร ครูแนะแนว ครูประจำชั้น ครูผู้ปกครอง ครูสอนวิชาที่เกี่ยวข้องกับเพศศึกษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนชุมชน ตัวแทนเทศบาลตำบลท่าศาลา ในพื้นที่สถานศึกษา โรงเรียนพระนารายณ์ ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2568-กรกฎาคม 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูแนะแนว ครูประจำชั้น ครูสอนวิชาเพศศึกษา ครูกลุ่มสอนสุขศึกษา

กลุ่มครูอนามัยโรงเรียน ครูผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 36 คน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ผู้แทนเทศบาล จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 3 ได้แก่ แกนนำนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งชายและหญิงจำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 4 ได้แก่ หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์คลอดที่โรงพยาบาลในจังหวัดลพบุรีจำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามกรมอนามัย

2. แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended Question)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

เครื่องมือฉบับที่ 1 แบบสอบถามกรมอนามัย สอบถามหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ทุกรายที่เป็น นักเรียน/นักศึกษา/ประชาชน อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์คลอดและดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

เครื่องมือฉบับที่ 2 รวบรวมแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์

เครื่องมือฉบับที่ 3 สัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้ฉบับที่ 1 (ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูแนะแนว ครูสอนเพศศึกษา

ครูประจำชั้น ครูผู้ปกครอง ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน นักเรียน หญิงตั้งครรภ์)

ระยะที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

กลุ่มเป้าหมายการวิจัย สุ่มเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูแนะแนว ครูประจำชั้น ครูสอนวิชาเพศศึกษา ครูกลุ่มสอนสุขศึกษา กลุ่มครูอนามัยโรงเรียน ครูผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ผู้แทนเทศบาล จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 3 ได้แก่ แกนนำนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งชายและหญิงจำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 4 ได้แก่ หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์คลอดที่โรงพยาบาลในจังหวัดลพบุรี จำนวน 26 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ร่างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1

วิธีดำเนินการร่างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

1.การคืนข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 และแนวโน้มสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดลพบุรี ให้แก่ กลุ่มประชากรตัวอย่าง

2.การประชุมกลุ่มระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง ทำ Focus Group เพื่อหารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3.การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ โดยนำร่างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องกลั่นกรองตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

ประชากรที่ศึกษา

ประกอบด้วยนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยคัดเลือกนักเรียนกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจำนวน 30 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลองในการศึกษา ทั้งนี้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยมีครู, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการขั้นตอนในการศึกษา ประกอบด้วย

1.คืนข้อมูลสู่สังคมวัยรุ่น สร้างสรรค์พฤติกรรมความดี

2.จัดการฝึกอบรม/และใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนทักษะชีวิตและประสบการณ์ชีวิตโดยเฉพาะ

การควบคุมการจัดการตนเอง ทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้
เกิดความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่
ถูกต้อง

3.ใช้แบบทดสอบตามรูปแบบระยะที่ 2 และ
แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์แบบสังเกตก่อนและหลัง
การฝึกอบรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตามแบบทดสอบ แบบประเมิน แบบ
สัมภาษณ์แบบสังเกตกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝึกอบรม
จำนวน 30 รายก่อนและหลังดำเนินการทันที

**ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการ
ป้องกันการตั้งครรภ์และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่นโรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอมือง จังหวัด
ลพบุรี**

ประชากรที่ศึกษา

นักเรียน ที่ดำเนินการในระยะที่ 3 จำนวน 30
ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตามแบบทดสอบ แบบประเมิน แบบ
สัมภาษณ์แบบสังเกตกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝึกอบรม
(กลุ่มเดิม) จำนวน 30 ราย หลังดำเนินกิจกรรม 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบทดสอบ แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม
Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้า
ร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และ
ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความ
ร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่าง
สามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้า
ร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ
ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จะไม่มีเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง
การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้
ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

**ศึกษาปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา
และอุปสรรคการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่น**

ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์
อำเภอมือง จังหวัดลพบุรี พบปัญหา ดังนี้ ทางด้านตัว
วัยรุ่น คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การขาด
ทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดล้มเหลว
ไม่ได้เตรียมการป้องกัน ทางด้านสถานศึกษา (โรงเรียน)
คือ ไม่มีการ Screenกลุ่มเสี่ยง ทางด้านครอบครัว
การสื่อสารในครอบครัวไม่ดี พ่อแม่หลายคนรู้สึกอาย
หรือเชื่อว่าเรื่องเพศไม่ควรพูด

ทำให้วัยรุ่นขาดข้อมูลที่ถูกต้อง และไปรับข้อมูล
ผิด ๆ จากเพื่อนหรือโซเชียล การไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศ
ทำให้วัยรุ่นไม่รู้วิธีป้องกัน ขาดความเอาใจใส่และเวลา
ในการดูแล พ่อแม่มีงานมาก ไม่มีเวลาพูดคุยหรือสังเกต
พฤติกรรมลูก

วัยรุ่นอาจขาดที่พึ่งและค้นหาเพื่อนหรือแฟน
ครอบครัวแตกแยกหรือมีปัญหาในบ้าน ทะเลาะใน
ครอบครัว วัยรุ่นต้องการความอบอุ่นและหันไปหา
ความรักจากคู่วัยเร็วขึ้น การเลี้ยงดูที่เข้มงวดหรือ
ควบคุมมากเกินไป บางครอบครัวสั่ง ห้าม แต่ไม่ให้ความ
รู้ เมื่อวัยรุ่นไม่มีพื้นที่พูดคุย อาจไปทดลองเองโดย
ไม่มีความรู้ ขาดแบบอย่างที่ดี

พ่อแม่บางคนมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น มีลูกตั้งแต่
วัยรุ่น ฐานะเศรษฐกิจ และการศึกษาของครอบครัว
บ้านที่มีรายได้น้อยหรือการศึกษาน้อย พ่อแม่อาจไม่มี
ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเพศศึกษา ขาดความ
ร่วมมือในการทำงานกับโรงเรียน/ชุมชน พ่อแม่บางคน
มองว่าการให้เพศศึกษาในโรงเรียนเป็นการสนับสนุนให้
มีเซ็กซ์ ไม่รวมมือหรือปฏิเสธโครงการป้องกันลูกอาจ

ไม่ได้รับการสนับสนุนเรื่องการเรียนรู้ ทำให้มีโอกาสเข้าสู่ความสัมพันธ์ทางเพศเร็วขึ้นทางด้านชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. หรือประชาชนทั่วไปอาจมองว่า “เรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัวของครอบครัว” ไม่มีเสียงสนับสนุนหรือการร่วมมือจัดกิจกรรมป้องกัน ทำให้โครงการไม่เกิดความต่อเนื่อง

อุปสรรคการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. อุปสรรคด้านตัววัยรุ่น (Individual factors) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศ คุณกำเนิด และผลกระทบ

เชื่อความคิดผิด ๆ เช่น “ครั้งแรกไม่ต้อง” หรือ “กังวลว่าใช้ยางแล้วไม่โรแมนติก” ไม่มีทักษะปฏิเสธหรือจัดการแรงกดดัน ตัดสินใจจากอารมณ์มากกว่าเหตุผล ลังเลหรืออายที่จะเข้ารับบริการคุมกำเนิด

2. อุปสรรคด้านครอบครัว (Family barriers) พ่อแม่ไม่กล้าพูดเรื่องเพศกับลูก ครอบครัวมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้ามหรือเป็น “ความน่าอาย” ไม่มีผู้ใหญ่ให้คำปรึกษาที่เหมาะสม บางครอบครัวมีปัญหาความรุนแรง ยาจน หรือขาดความอบอุ่น ทำให้วัยรุ่นขาดการดูแล

3. อุปสรรคด้านโรงเรียนและระบบการศึกษา (School barriers) เพศศึกษามักให้แค่ “ข้อมูลความรู้” แต่ขาดทักษะชีวิต เช่น การปฏิเสธ การตัดสินใจ เนื้อหาไม่สอดคล้องกับชีวิตวัยรุ่น หรือตามหนังสืออย่างเดียว ครูบางคนไม่มั่นใจ / อาย / มองว่าเป็นเรื่องล่อแหลม โรงเรียนบางแห่ง “ห้ามแจกยาง” หรือมองว่าเป็นการส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์

4. อุปสรรคด้านบริการสุขภาพ (Health service barriers) รพ.สต. หรือคลินิกไม่ได้ออกแบบเป็น “บริการวัยรุ่นเป็นมิตร” วัยรุ่นเกรงว่าข้อมูลจะไม่เป็นความลับ เจ้าหน้าที่บางคนมีอคติหรือ “ตัดสิน” วัยรุ่น เปิดบริการเฉพาะเวลาราชการ เด็กเข้าไม่ได้ ขาดสื่อ เทคโนโลยี หรือบุคลากรเฉพาะด้านวัยรุ่น

5. อุปสรรคด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural barriers) มองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องไม่ควรพูด ค่านิยม “รักเร็ว มีแฟนเร็ว” มีแบบอย่างเสี่ยงในสังคม—สื่อออนไลน์ ดารา คลิป วัฒนธรรมเพื่อน การตัดสินใจผู้หญิงรุนแรงมากกว่าผู้ชาย → ทำให้ไม่กล้าเข้ารับบริการ

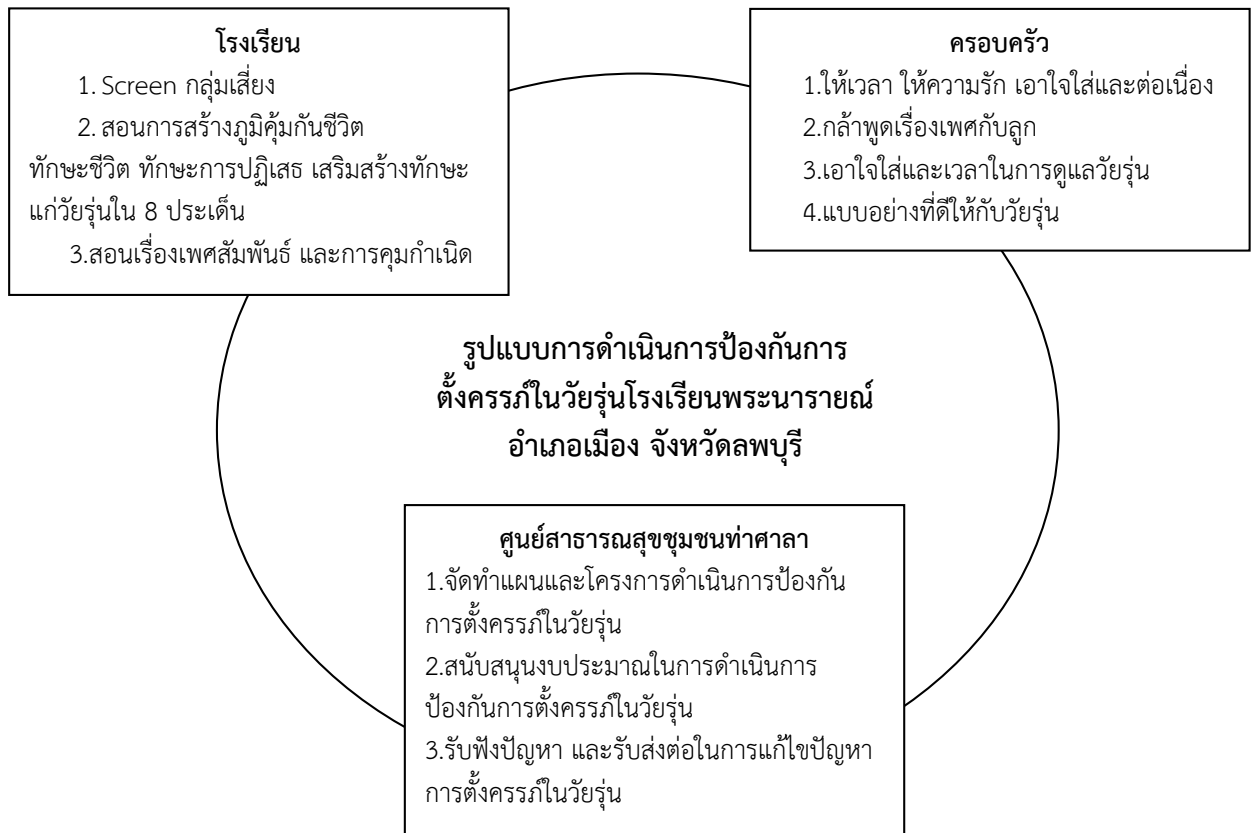
6. อุปสรรคด้านระบบนโยบายและงบประมาณ (System-level barriers) งบประมาณสนับสนุนด้านเยาวชนยังไม่ต่อเนื่อง หน่วยงานทำงานแยกส่วน ไม่บูรณาการ (โรงเรียน-สาธารณสุข-ชุมชน) ระบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน เปลี่ยนนโยบายตามผู้บริหารหรือปีงบประมาณ ทำให้ไม่ยั่งยืน

ดังนั้นรูปแบบการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี จึงเป็นรูปแบบที่ได้จากแหล่งข้อมูลหลากหลายแหล่ง คือ การสนทนากลุ่ม และการทำแบบสอบถามจากอาจารย์แนะแนว อาจารย์ประจำชั้น พยาบาลวิชาชีพศูนย์สาธารณสุขชุมชนท่าศาลา ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลท่าศาลา โดยรูปแบบดังกล่าวจะเป็นรูปแบบที่ต้องเกิดจากความร่วมมือของครอบครัวโรงเรียนและชุมชน ถ้าทุกฝ่ายให้ความร่วมมือและประสานกัน จะสามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ การร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพของวัยรุ่นทั้งเทคนิควิชาการและจิตใจ โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยและการลงมือปฏิบัติการ และการมีภาคีเรียนรู้ช่วยเหลือกันระหว่างนักเรียน ครู พยาบาลวิชาชีพศูนย์

สาธารณสุขชุมชนท่าศาลา ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข
และสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลท่าศาลา



ผลของรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

ผลจากการนำรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยการจัดอบรมและใช้กระบวนการกลุ่มในการเสริมสร้างทักษะแก่วัยรุ่นใน 8 ประเด็น ดังนี้ 1. ทักษะด้านการตระหนักรู้และการจัดการตนเอง (Self-awareness & Self-management) 2. ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical & Creative Thinking) 3. ทักษะด้านการตัดสินใจและแก้ปัญหา (Decision-making & Problem-solving) 4. ทักษะด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal & Communication Skills) 5. ทักษะด้านความรับผิดชอบและความตระหนักต่อสังคม

(Responsible & Social Awareness) 6. ทักษะด้านการต้านทานอิทธิพลและแรงกดดัน (Refusal & Resistance Skills) 7. ทักษะด้านการวางแผนชีวิตและตั้งเป้าหมาย (Goal-setting & Planning) 8. ทักษะด้านความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Learning & Adaptation) ตามผลการศึกษา โดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพของวัยรุ่นทั้งเทคนิควิชาการ และจิตใจ โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยและการลงมือปฏิบัติการ และการมีภาคีเรียนรู้

ช่วยเหลือกันระหว่างนักเรียน ครู พยาบาลวิชาชีพศูนย์
สาธารณสุขชุมชนท่าศาลา ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข
และสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลท่าศาลา เป็นเครื่องมือ
สำคัญ ในการพัฒนาการเรียนรู้ของวัยรุ่นและยังรวมถึง
การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบที่จะนำไปสู่ความ
ยั่งยืนและต่อยอดขยายผลต่อไป

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน
คิดเป็นร้อยละ 70.0 อายุ 10-14 ปี จำนวน 28 คน คิด
เป็นร้อยละ 93.3 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษา
ตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า จำนวน 29 คน คิดเป็น
ร้อยละ 96.7 ที่พักอาศัยในปัจจุบัน จำนวน 15 คน คิด
เป็นร้อยละ 50.0

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น
ของ นักเรียน โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกัน
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์	7.866	1.041	9.866	.434	-11.148	<.001*
เจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์	48.400	7.721	58.533	6.532	-20.751	<.001*

*.000

จากตาราง 1 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่าคะแนนความรู้และ
เจตคติของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p
< .001) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมหรือโปรแกรมที่จัดทำ

สามารถช่วยให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และ
ทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์อย่าง
ชัดเจน

**ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น
ของ นักเรียน โรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี หลังทันที และหลังการพัฒนารูปแบบการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มา 3 เดือน (N=30)**

ตัวแปร	หลังทันที		หลัง 3 เดือน		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์	9.867	.434	9.97	.183	-1.795	.083
เจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์	58.534	6.532	64.40	3.820	-5.592	<.001

จากตาราง 2 พบว่า หลังจากดำเนินโปรแกรม
และติดตามผล 3 เดือน พบว่าเจตคติในการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) ความรู้ยังคง
อยู่ในระดับสูง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญจากช่วง
หลังทันที (p = .083) แสดงว่าโปรแกรมมีผลต่อการ

ปรับเจตคติในระยะยาวได้ดี และความรู้ยังคงอยู่ใน
ระดับสูงต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี รูปแบบที่ได้จากการประชุมระดมสมองจากส่วนที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบที่ได้จะเป็นรูปแบบที่ต้องเกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

ได้รับการสนับสนุนจากทุกหน่วยงาน สามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ดังนั้นการที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้ง

2 ส่วน คือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และขาดทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งสาเหตุนั้นมาจากตัวเด็ก ครอบครัว โรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปติมา หิริสัจจะ⁹ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminal ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 พบว่า ควรมีกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นระบบ สามารถช่วยเหลือและติดตามวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพร.บ. และสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ณิชนิธิ ภิวงศ์กำจร¹⁰ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและองค์กรในพื้นที่ตำบลกุ่มกาวปี อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับปานกลาง ร้อยละ 71.0 อัตราการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 53.5 ด้านครอบครัววัยรุ่นพบว่ายังขาดความรู้ทักษะการพูดคุยกับวัยรุ่น อายุที่จะสอนเรื่องเพศกับลูก โรงเรียนสถานศึกษา ยังขาดการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาไม่รอบด้าน โรงพยาบาลจัดบริการที่ไม่ครอบคลุมวัยรุ่นเข้าถึงบริการยาก ชุมชนมองว่าเด็กเป็นตัวสร้างปัญหา ไม่มีการคืนข้อมูลขาดนโยบายและแผนงานแก้ไขปัญหานั้นที่ จากการใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมนำไปสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การ

แก้ไขปัญหาคriminal ในวัยรุ่นที่ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา และผลจากการนำรูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรงเรียนพระนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่า คะแนนความรู้และเจตคติของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมหรือโปรแกรมที่จัดทำสามารถช่วยให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างชัดเจน หลังจากดำเนินโปรแกรมและติดตามผล 3 เดือน พบว่าเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ความรู้ยังคงอยู่ในระดับสูง แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากช่วงหลังทันที ($p = .083$) แสดงว่ารูปแบบมีผลต่อการปรับเจตคติในระยะยาวได้ดี และความรู้ยังคงอยู่ในระดับสูงต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการรับรู้และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น สามารถปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม หากได้รับการดูแลจากผู้ที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ด้านต่างๆ ตลอดจนชุมชนที่พวกเขาอาศัยอยู่

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ควรต้องให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่วัยรุ่นเกี่ยวกับให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกันมีทักษะชีวิตสร้างเจตคติเปลี่ยนมุมมองชีวิต ค่านิยมสร้างความตระหนัก รักตนเอง รู้คุณค่าในตนเอง การไม่เปิดโอกาส การไม่ทำตามเพื่อน

ควรมีความรู้การคุมกำเนิด ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ สำหรับการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องครอบครัว โรงเรียนและชุมชน เพื่อร่วมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบที่จะนำไปใช้ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชนอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. โครงการวิจัยระบบการดูแลทางสังคม และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3; 2565.
- 2.World Health Organization. World health statistics 2011. WHO Press.
- 3.สุรัชดา ขนโสภณ, สุพล ลิ้มพัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย, วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, กุมาริ พัทธนีและธาริณี ศรีศักดิ์นอก.. สถานการณ์ของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นและผลกระทบต่อทารก : ผลจากการสำรวจอนามัย การเจริญพันธุ์ ปี 2549 และ 2552. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560; 36(5): 629-634.
- 4.Health Data Center (HDC); 2568.
- 5.ปัทมา ผ่องสมบุรณ์ และโสภิต จำปาศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัด พิจิตร. วารสารสาธารณสุข ล้านนา; 2558; 10(3): 260-275.
- 6.เพียรศรี นามไพร. ความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบุเกษา อนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอกษัตริย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 2560; 14(3): 67-75.
- 7.วรภรณ์ สวัสดิ์สิทธิ์. ทศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม; 2559; 13(2): 47-56.
- 8.พิมพ์ณิชนัน ภิวงศ์กำจร. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและองค์กรในพื้นที่ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี . วารสารวิชาการสาธารณสุข; 2563; 29(4): 608-617.
- 9.ปติมา หิริสัจจะ. การพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 45(1), 27-38, 2565.

การพยาบาลมารดาหลังคลอดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว: กรณีศึกษา
Nursing Care for Postpartum Mothers with Congenital Heart Disease in Family Planning:
A Case Study.

(Received: November 2,2025 ; Revised: November 13,2025 ; Accepted: November 16,2025)

อัจฉราพรรณ ตังกิจ¹
Atcharaphan Tangkit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว ในกรณีศึกษามารดาหลังคลอด 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยเกี่ยวกับการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนของกอร์ดอน และโอเร็ม และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และดำเนินการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

ผลการศึกษา พบว่า ผลผ่าตัดของมารดาหลังคลอดไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม บริเวณรอบแผลไม่มีการอักเสบหรือบวมแดง ไม่มีน้ำคาวปลา ไม่มีกลิ่นเหม็น หลังการได้รับแนะนำในการวางแผนครอบครัว พบว่า มารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติตนเองในการเลี้ยงดูและให้บุตรได้อย่างถูกต้อง มีการวางแผนควบคุมอาหารวางแผนปฏิบัติการควบคุมน้ำหนักตนเอง และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง มีความรู้และความเข้าใจการใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด สามารถปฏิบัติตนเองในการใส่ห่วงอนามัยและตรวจสอบความผิดปกติของห่วงอนามัยคุมกำเนิดที่ใส่ได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: การพยาบาล, มารดาหลังคลอด, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, การวางแผนครอบครัว

Abstract

This study aimed to study the nursing care for postpartum mothers with congenital heart disease in family planning in a case study. The data collection instrument was a form for recording information from patient medical records regarding history taking, physical examination, laboratory tests, and other special test results. The data were analyzed to determine nursing diagnoses using Gordon and Orem's models, and to plan nursing actions using the nursing process, and proceed with monitoring and evaluating the nursing operations according to the plan.

The study results found that the postpartum mother's surgical wound did not ooze secretions, the area around the wound was not inflamed or red, there was no lochia, and there was no foul odor. After receiving advice on family planning, it was found that the postpartum mothers could properly manage their own care and breastfeeding, plan their own diet, weight control action plan, and avoid inappropriate activities. The postpartum mothers had knowledge and understanding of IUD insertion, could practice IUD insertion, and check for abnormalities in the inserted IUD correctly.

Keywords: Nursing care, Postpartum Mothers, Congenital Heart Disease, Family Planning

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน พบทั้งชนิดที่มีความผิดปกติไม่มากนัก ได้แก่ กลุ่มโรคผนังหัวใจรั่ว

ชนิดต่างๆ จนถึงกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อน (complex congenital heart disease) ซึ่งอาจมีความผิดปกติหลายๆ อย่างร่วมกัน เช่น อาจมีความผิดปกติของทั้งผนังกันห้องหัวใจ ร่วมกับการ

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

วางตัวของหลอดเลือดที่เข้าและออกจากหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่สามารถรักษาด้วยยา หรือการรักษาด้วยวิธีการใส่สายสวน (catheter intervention) ชนิดต่างๆ ได้ การผ่าตัดจึงเป็นวิธีการรักษาที่สามารถแก้ไขและบรรเทาความพิการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยสถิติผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลศิริราช เฉลี่ยประมาณ 300 รายต่อปี โดยเป็นชนิดของการผ่าตัดที่สูงที่สุดในจำนวนการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด¹

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในหญิงตั้งครรภ์ได้ถูกตรวจพบเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน การตั้งครรภ์ของมารดาที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่ได้วางแผน จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกในครรภ์ได้ ซึ่งผลกระทบที่เกิดกับทารกในครรภ์ จะทำให้ทารกมีขนาดตัวเล็กลง เนื่องจากหัวใจสูบฉีดเลือดได้ไม่เต็มประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งเกิดจากการส่งออกซิเจนและสารอาหารไปยังรกและทารกที่กำลังเจริญเติบโตได้น้อยลง จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เข้ารับการคลอดและรับการดูแลรักษาพยาบาลหลังคลอดในห้องตรวจวางแผนครอบครัว จำนวน 173, 188 และ 128 ราย ตามลำดับ² มารดาหลังคลอดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่มักได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ในวัยเด็ก ความรุนแรงของโรคจึงขึ้นอยู่กับระดับของการอุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ มารดาหลังคลอดบางรายที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่ในวัยเด็ก จะมีสรีรวิทยาของหัวใจที่เกือบจะปกติ แต่หลายรายยังมีรอยโรคที่ยังหลงเหลืออยู่ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ได้

วิธีการป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับมารดาที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการตั้งครรภ์ใหม่อีกครั้ง คือ การให้ความรู้ในการคุมกำเนิดหรือการวางแผนครอบครัว สำหรับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดนั้น การวางแผนครอบครัวจะเป็นวิธีการป้องกันและจัดการไม่ให้มารดาหลังคลอดได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตแดงปอดสูง

เฉียบพลันภายหลังการผ่าตัดคลอดได้ จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด และลดอัตราการเสียชีวิตได้³ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด คือ พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตรวจจับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลและการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที ในการให้การดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรค ตลอดจนมีทักษะในการประเมินอาการของมารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและทันเวลา พยาบาลจะต้องมีทักษะในการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดและญาติได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและความต่อเนื่องในการรักษา ตลอดจนการสังเกตอาการข้างเคียงภายหลังจากรักษา มารดาหลังคลอด และสามารถป้องกันการการเข้ารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัวเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว ที่ได้เข้ารับการผ่าตัดหน้าท้องคลอดและรับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 8-15 เดือนกรกฎาคม 2567 รวมเป็นเวลา 9 วัน แพทย์ได้ทำการนัดตรวจในห้องตรวจวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อติดตามอาการและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนและการ

วางแผนครอบครัว หลังจากที่ถูกผู้ป่วยได้กลับไปดูแลรักษาตนเองที่บ้านหลังการผ่าตัด โดยมีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจและเป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแล
2. รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ และแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษา ค้นคว้าตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศนำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอด
4. ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาและเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ ในการนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้เพื่อให้การพยาบาลกรณีศึกษาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
5. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการพยาบาลตามขั้นตอนเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายทางการพยาบาลได้ผลลัพธ์ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล
6. นำแผนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลและติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง บันทึกทางการพยาบาลถูกต้องครอบคลุมตามสภาพปัญหาของมารดาหลังคลอดอย่างครบถ้วน
7. รวบรวม จัดลำดับ วางรูปแบบเอกสารและตรวจสอบ
8. จัดพิมพ์รูปเล่ม และเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้หลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice)

ผลการศึกษา

การศึกษากการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาหลังคลอดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว ตามแบบแผนการพยาบาลของกอร์ดอน⁴ และโอเร็ม⁵ ซึ่งสามารถนำเสนอผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัดหน้าท้องคลอดหรือการผ่าคลอด (Cesarean section หรือ C-section) เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2567 ระหว่างการทำผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2567 โดยผู้ป่วยได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 9 วัน แพทย์ได้นัดติดตามอาการที่ห้องตรวจวางแผนครอบครัวภายหลังผ่าตัดคลอด ผลการติดตามประเมินผล พบว่า มารดาหลังคลอดยังขาดความรู้ในการดูแลแผลหลังผ่าตัดคลอด การเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดด้วยนมมารดา การล้างมือก่อนให้นมลูกทุกครั้ง วิธีการอุ้มเด็ก การวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดในแต่ละวิธี และผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในหลอดเลือด แม้แต่โรคประจำตัวของมารดาหลังคลอด พยาบาลประจำห้องตรวจวางแผนครอบครัวจึงทำให้ความรู้กับมารดาหลังคลอดเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นผู้ป่วยได้

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล

การพยาบาลที่มีกรอบแนวคิดตามรูปแบบของมาจอร์รี่ กอร์ดอน เป็นการมองการตอบสนองของบุคคลขั้นพื้นฐาน ผนวกกับแนวคิดของโอเร็ม ที่มุ่งเน้นให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในการปฏิบัติตน ในเรื่องการดูแลตนเอง และสามารถจัดการปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพให้พ้นจากโรคและความเจ็บปวดจากความพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในมารดาหลังคลอดรายนี้ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อที่ 1 มารดาหลังคลอดอาจเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูก ข้อมูลสนับสนุน O: มีแผลหลังทำการผ่าตัดคลอด วันที่ 8 ก.ค. 2567 เป้าหมายการพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	1. ประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอด หากมีการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอดอุณหภูมิจะสูงขึ้น 2. ประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอดเพื่อดูว่ามีสารคัดหลั่งไหลซึม หรือบริเวณรอบๆ แผลมีการอักเสบ หรือบวมแดง 3. ประเมินสี กลิ่น ลักษณะและปริมาณของน้ำคาวปลา เพื่อดูความผิดปกติและการติดเชื้อ 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ Amoxicillin (500gm) 1 tab bid. pc. 5. กระตุ้นให้มารดาเปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม เพื่อการป้องกันการติดเชื้อโรค 6. แนะนำมารดาให้รักษาความสะอาดร่างกาย ดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ โดยใช้สบู่แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด โดยล้างจากด้านช่องคลอดไปทางทวารหนัก ไม่ย้อนไปมาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากทวารหนักมายังทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ การประเมินผลการพยาบาล พบว่า แผลผ่าตัดไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม บริเวณรอบแผลไม่มีการอักเสบหรือบวมแดง ไม่มีน้ำคาวปลาแล้ว ไม่มีกลิ่นเหม็น
ข้อที่ 2 มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแล ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาหลังคลอด สอบถาม เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร O: มารดาหลังคลอดยังขาดความรู้ ความชำนาญในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากเป็นการคลอดครั้งแรก เป้าหมายการพยาบาล 1. เพื่อทบทวนการให้ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2. เพื่อให้มารดาผู้คลอดบุตรมีความรู้ความมั่นใจ และสามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง	1. ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด โดยการนำสามีของมารดาหลังคลอดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและบุตร 2. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้ซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่างๆ และอธิบายการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธีดังนี้ คือ ล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำและก่อนให้นมบุตรทุกครั้ง การให้ความอบอุ่นแก่บุตร เนื่องจากเด็กแรกเกิดมีโอกาสูญเสียความร้อนจากผิวหนังได้จึงควรห่มผ้าหรือห่อตัวให้เด็กตามความเหมาะสม สานิตวิธีการอุ้มเด็กและให้มารดาปฏิบัติตาม ให้ทารกดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง หากบุตรหลับเกิน 3 ชั่วโมงควรปลุกให้ดูดนมมารดา ห้ามให้น้ำหรืออาหารอื่นๆ ที่ทำให้ลูกอ้วนไม่ยอมดูดนมมารดาจะทำให้ทารกขาดน้ำ มารดาควรอยู่ในท่าที่สบาย โดยจะนั่งหรือนอนก็ได้ แนะนำวิธีป้องกันและแก้ไขเมื่อเต้านมคัด 3. ทบทวนวิธีการทำความสะอาดสะดือของบุตรโดยใช้ 70% Alcohol เช็ดสะดือวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็นหลังทำความสะอาดร่างกายแล้ว หรือเมื่อสะดือเปียกแฉะ 4. แนะนำการนอนของทารกในระยะแรก ควรนอนวันละ 10-12 ชั่วโมง ควรจัดให้บุตรนอนในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวกสะอาด ให้นมในท่านอนตะแคงเพื่อให้บุตรหายใจได้สะดวกและไม่สำลักเมื่อมีอาการสำรอก 5. ทบทวนการดูแลความสะอาดเต้านมและหัวนม ล้างทำความสะอาดขณะอาบน้ำและเช็ดทุกครั้งหลังให้นม เพราะอาจมีคราบน้ำนมแห้งติด ทำให้หัวนมแตกเป็นแผลได้ ควรสวมเสื้อยกทรงพยุงเต้านมไว้เนื่องจากเต้านมจะมีขนาดใหญ่ขึ้น อาจทำให้เต้านมหย่อนได้ในภายหลัง 6. แนะนำสามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังคลอดและทารก แนะนำบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตร การให้กำลังใจกับมารดาผู้คลอดบุตร การช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่การงานภายในบ้าน การประเมินผลการพยาบาล 1. มารดาผู้คลอดบุตร สามารถเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี 2. มารดาผู้คลอดบุตร มีความเข้าใจและสามารถบอกวิธีการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง 3. มารดาผู้คลอดบุตร สามารถอุ้มบุตรดูนมได้อย่างถูกวิธี น้ำนมไหลดี
ข้อที่ 3 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน	1. ด้านมารดา 1.1 แนะนำมารดาหลังคลอดควรพักผ่อนให้มากๆ จนกว่าจะรู้สึกแข็งแรงเหมือนก่อนตั้งครรภ์ควรนอนพักผ่อนตอนกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง ทำงานบ้านเบาๆ แล้วค่อยๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
S: มารดา หลังคลอด สอบถามการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน O: มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลกลัวมีผลกระทบกับโรคประจำตัว เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	เพิ่มขึ้นตามลำดับ ไม่ควรยกของหนักเนื่องจากกล้ามเนื้อ เอ็นต่างๆ ยังไม่แข็งแรง ถ้าออกแรงมาก จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น อาจทำให้มดลูกเคลื่อนลงมาด้านล่าง 2 สัปดาห์ไปแล้วค่อยๆ ทำงานเพิ่มขึ้นทีละน้อย หลัง 5 สัปดาห์มาตรวจสุขภาพหลังคลอดและผลปกติจึงทำงานได้เหมือนเดิม 1.2 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ที่ปรุงสุกและสะอาด ตามความต้องการของร่างกาย งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไขมันสูง และอาหารหมักดอง 1.3 การบริหารร่างกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหม โดยบริหารร่างกายตั้งแต่หลังคลอดเริ่มทำง่ายๆ ก่อน เพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกรานกลับคืนสู่สภาพเดิม 1.4 ความสะอาดรักษาความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายวันละ 2 ครั้ง สระผมได้ตามปกติ บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำสะอาดแล้วซับให้แห้ง ควรเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อชุ่ม 1.5 การมีเพศสัมพันธ์งดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 5 สัปดาห์หลังคลอด ในโพรงมดลูกยังมีแผลอาจทำให้เกิดการติดเชื้ออักเสบ แผลแยกได้ 1.6 การมาตรวจหลังคลอดตามนัด เพื่อตรวจสภาพภายในมดลูกและแผลหน้าท้อง อุ้งเชิงกรานว่ามีอาการกลับคืนสู่สภาพปกติหรือไม่ 1.7 อาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลหรือคลินิกหรือศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้แก่ ปวดมึนศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยหอบ ไข้ น้ำคาวปลาผิดปกติเป็นสีแดงตลอดไม่จางลง หรือมีกลิ่นเหม็น และมีจำนวนมากขึ้น มีเลือดสดๆ ออกทางช่องคลอด เต้านมอักเสบ มีอาการแดง กดเจ็บปัสสาวะแสบขัด 2. ด้านบุตร 2.1 แนะนำให้บุตรดื่มนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ต้องให้อาหารอื่นแม้แต่น้ำ เพราะนมแม่มีสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอ แล้วจึงเริ่มให้อาหารเสริม แต่ยังคงให้บุตรดื่มนมแม่ต่อไปจนถึงปีครึ่งถึง 2 ปี เมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ควรบีบน้ำนมเก็บไว้ให้บุตร โดยบีบใส่ถุงใส่นม หรือขวดสะอาดแช่ตู้เย็นที่อุณหภูมิ 0-4 องศาเซลเซียส เก็บได้ 24 ชั่วโมง ถ้าแช่ในช่องแช่แข็ง เก็บได้ 1 เดือน 2.2 แนะนำถึงปัญหาที่พบบ่อย และวิธีแก้ไข ถ้ามีอาการไม่ดีขึ้น ต้องมาพบแพทย์ เช่น ตัวเหลือง ท้องเดิน ท้องผูก มีไข้ร้องไห้มากผิดปกติ เป็นต้น 2.3 การนัดตรวจสุขภาพบุตร 2 เดือนหลังคลอด เพื่อรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยสามารถมารับบริการได้ที่โรงพยาบาลปทุมธานี 2.4 แนะนำการสังเกตพัฒนาการเด็กในขวบปีแรก ตามสมุดสุขภาพ แต่ถ้าพัฒนาการช้ากว่าปกติให้รีบไปปรึกษาแพทย์ การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดสามารถตอบและอธิบายถึงการปฏิบัติตนเองหลังคลอดและการดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง
ข้อที่ 4 ขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ข้อมูลสนับสนุน	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา 2. ให้ความรู้และการปฏิบัติตัวดังนี้ 2.1 อธิบายพยาธิสภาพของโรค เช่น อาการ อาการแสดง การดำเนินของโรค สาเหตุของการเกิดความรุนแรงของโรค การทำงานหนัก การดื่มน้ำปริมาณมาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
S: มารดาหลังคลอดบอกว่ามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการตั้งครรภ์ O: มารดาหลังคลอดมีประวัติเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำการรักษาด้วยการผ่าตัด S/P (Total correction) ปี 2542 ขณะอายุ 5 ขวบ และ S/P Post-implantation of a Venus p-valve for percutaneous Pulmonary valve: PPVI วันที่ 12 ตุลาคม 2566 ขณะอายุ 29 ปี เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังคลอด มีความรู้เพียงพอในการจัดการตัวเอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	2.2 ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคซ้ำได้ เช่น การลดสารหรือยาออกฤทธิ์กระตุ้นหัวใจ เช่น กาแฟ บุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ การขาดยา เป็นต้น 3. แนะนำให้มารดาหลังคลอดลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย เนื่องจากมีผลต่อโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และเสี่ยงต่อการเป็นโรคไขมันในหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง 3.1 ประเมินสภาพมารดาหลังคลอด เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อลดปริมาณแคลอรีที่ได้รับ รวมถึงการเลือกอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 3.2 เน้นผักและผลไม้: เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ โดยเฉพาะชนิดที่ไม่หวานจัด เพื่อเพิ่มใยอาหารและวิตามิน 3.3 เลือกโปรตีนไขมันต่ำ: เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ไม่ติดหนัง เต้าหู้ หรือไข่ เพื่อช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและลดการสะสมไขมัน 3.4 จำกัดคาร์โบไฮเดรต: ลดปริมาณข้าว แป้ง และน้ำตาล โดยอาจเลือกเป็นข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ หรือขนมปังโฮลวีท 3.5 จำกัดไขมัน: ลดการบริโภคไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ ซึ่งพบมากในอาหารทอด อาหารผัด และอาหารแปรรูป ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อช่วยในการขับถ่ายและลดความอยากอาหาร 4. แนะนำการมาตรวจตามนัด 5. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ เป็นต้น ให้มาก่อนนัด โดยใช้บริการ 1669 การประเมินผลการพยาบาล 1. มารดาหลังคลอดสามารถอธิบายถึงปัจจัยและสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้มีอาการแรก การแสดงและวิธีการในการหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้อง 2. มารดาหลังคลอดสามารถวางแผนควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักได้ 3. มารดาหลังคลอดกล่าวถึงกิจกรรมที่ควรทำและกิจกรรมที่หลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้อง 4. มารดาหลังคลอดสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องรีบไปพบแพทย์บอกสถานพยาบาลใกล้บ้านที่จะให้การช่วยเหลือ
ข้อที่ 5 มารดาหลังคลอดขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาหลังคลอดบอกว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดว่ามีกี่แบบ และแบบไหนที่ปลอดภัยที่สุด O: สังเกตใบหน้ามีความวิตกกังวล เป้าหมายการพยาบาล 1. เพื่อให้มารดาหลังคลอด มีความเข้าใจ ข้อดี ข้อเสีย และผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยการคุมกำเนิดด้วยการใส่ห่วงคุมกำเนิด 2. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อลดความกังวล 3. อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแต่ละชนิดวิธี แตกต่างกันอย่างไร ๆ ข้อดี ข้อเสีย และผลที่อาจเกิดขึ้น ให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อช่วยในการตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังคลอดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การคุมกำเนิดมี 2 แบบ คือ แบบถาวรและแบบชั่วคราว วิธีใส่ห่วงคุมกำเนิดเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว 4. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดและคู่สามีได้สอบถาม เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกันและลดความขัดแย้งภายหลัง 5. ประเมินความพร้อมด้านจิตใจและความสนใจในการเข้ารับหลักการป้องกันภาวะเสียใจหรือภาวะซึมเศร้าหลังทำหมัน การประเมินผลการพยาบาล 1. มารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจการใส่ห่วงคุมกำเนิด 2. มารดาหลังคลอดยินยอมลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (Consent) การคุมกำเนิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. เพื่อให้มารดาหลังคลอดสามารถตัดสินใจเลือกการวางแผนคุมกำเนิดได้ด้วยตนเอง	3. มารดาหลังคลอดคลายความวิตกกังวล มีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น
ข้อที่ 6 มารดาหลังคลอดขาดความรู้ในการเตรียมตัวก่อนใส่ห่วงคุมกำเนิด ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาหลังคลอดบอกว่า จะต้องเตรียมตัวอย่างไร S: มารดาหลังคลอดบอกว่า เป็นการใส่ห่วงคุมกำเนิดครั้งแรก เป้าหมายการพยาบาล 1. เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเตรียมตัวก่อนใส่ห่วงคุมกำเนิดได้ถูกต้อง 2. เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความปลอดภัย และคลายความวิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาล 1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อลดความกังวล 2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของมารดาหลังคลอดในการปฏิบัติตัวก่อนใส่ห่วงคุมกำเนิด 3. ใช้สื่อแผ่นพับ อุปกรณ์การใส่ห่วงคุมกำเนิดประกอบในการอธิบาย การเตรียมตัวก่อนใส่ ระหว่างใส่ และหลังใส่ห่วงคุมกำเนิด 4. แนะนำเรื่องการทำความสะอาดช่องคลอดก่อนทำการใส่ห่วงคุมกำเนิด 5. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น และคลายความวิตกกังวล การประเมินผลการพยาบาล 1. มารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเตรียมตัวก่อนใส่ห่วงคุมกำเนิดได้ถูกต้อง 2. มารดาหลังคลอดมีความปลอดภัย มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
ข้อที่ 7 มารดาหลังคลอดวิตกกังวลกลัวว่าห่วงคุมกำเนิดจะหลุดเมื่ออยู่ที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาหลังคลอดบอกว่า ขณะอาบน้ำ คล้ำได้สายห่วงคุมกำเนิดเหมือนจะเลื่อนหลุดจากตำแหน่งเดิมลงมา O: สังเกตเห็นใบหน้าเวลาพูดมีความวิตกกังวล เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความเข้าใจและคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับห่วงอนามัยที่จะเลื่อนหลุดออกมา	กิจกรรมการพยาบาล 1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อลดความกังวล 2. แนะนำหลังจากใส่ห่วงอนามัย ต้องตรวจสอบสายห่วงโดยการใช้นิ้วมือสอดเข้าไปช่องคลอด จะคลำพบไหมเส้นบางๆในช่องคลอด 3. แนะนำการตรวจห่วงอนามัย ให้ตรวจสอบสายห่วงทุกครั้งหลังประจำเดือนหมดแล้ว อาการปกติ ด้วยการล้างมือให้สะอาด นั่งยอง ใช้นิ้วมือ ล้วงเข้าไปในช่องคลอด และคลำดูสายห่วงอนามัยยังอยู่ปกติหรือไม่ หากคลำไม่พบ ควรมาพบแพทย์ เพื่อตรวจสอบ 4. แนะนำการตรวจซ้ำหากรู้สึกว่ามีอาการปวดหน่วงท้องมาก ประจำเดือนเปลี่ยนไป ห้ามถึงสายห่วงด้วยตนเอง เพราะอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ 5. แนะนำขณะใส่ห่วงคุมกำเนิด มารดาหลังคลอดต้องมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจสภาพห่วงทุกครั้ง 6. เน้นย้ำให้มารดาหลังคลอดสังเกตอาการ ปวดท้องรุนแรง มีไข้ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น หรือมีเลือดออกมากผิดปกติอาจเกิดการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดเข้าใจการที่คลำได้สายห่วงแสดงว่าปกติ ไม่มีการเลื่อนหลุด และคลายความวิตกกังวลลงได้

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

แพทย์ผู้ให้การรักษานัดติดตามผลให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว เป็นเวลา 1 ปี โดยมีพยาบาล

ทำหน้าที่ในการดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอด การวางแผนครอบครัวโดยวิธีการใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด การเลี้ยงดูบุตร และการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งผลการติดตามและประเมิน

ลัพท์ทางการพยาบาลพบว่า มารดาหลังคลอดไม่มีปัญหาเรื่องการปรับตัว และไม่มีภาวะการเผชิญกับความเครียด เนื่องจากมีสามีและครอบครัวคอยให้กำลังใจและรับฟังความรู้สึกซึ่งกันและกัน สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงหลังคลอด รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 96.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 36.69 Kg/m^2 มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (Total correction) ตั้งแต่ปี 2542 ขณะนั้นอายุได้ 5 ขวบ เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2566 ขณะนั้นอายุ 29 ปี ทางโรงพยาบาลได้แนะนำวางแผนครอบครัวให้กับผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเป็นลูกสาวคนเดียวของครอบครัว จึงต้องการมีหลานให้กับครอบครัว การตั้งครรภ์ในครั้งนี้เป็นความตั้งใจของครอบครัว ระหว่างตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจครรภ์ทุกครั้ง และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อน - หลังทำการผ่าตัดคลอด (Cesarean section หรือ C-section) วันที่ 8 กรกฎาคม 2567 ระหว่างการทำผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 9 วัน จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 15 กรกฎาคม 2567 นัดติดตามอาการที่ห้องตรวจวางแผนครอบครัว เพื่อมาตรวจอาการภายหลังผ่าตัดคลอด และเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวโดยวิธีการใส่ห่วงคุมกำเนิด และผู้ป่วยมีปัญหาน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในหลอดเลือด พยาบาลจึงให้ความรู้กับผู้ป่วยให้ครอบคลุม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งได้นัดผู้ป่วยมาที่ห้องตรวจวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี 6 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ผลให้การพยาบาลพบว่า แผลผ่าตัดหลังคลอดไม่มีสารคัดหลังไหลซึม บริเวณรอบแผลไม่มีการอักเสบหรือบวมแดง ไม่มีน้ำคาวปลา ไม่มีกลิ่นเหม็น มารดาผู้คลอดบุตรสามารถเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี มีความเข้าใจและสามารถบอกวิธีการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง และให้การอุ้มบุตรดูนมได้อย่างถูกวิธีนานม

ไหลดี ให้การอธิบายถึงการปฏิบัติตนเองหลังคลอด และการดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง อธิบายถึงปัจจัยและสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้มีอาการแรกการแสดงและวิธีการในการหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้อง วางแผนควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักได้ ปฏิบัติกิจกรรมที่หลีกเลี่ยงได้ถูกต้อง บอกอาการผิดปกติที่ต้องรีบไปพบแพทย์บอกสถานพยาบาลใกล้บ้านที่จะให้การช่วยเหลือ มีความรู้ ความเข้าใจการใส่ห่วงคุมกำเนิด ให้ความยินยอมลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (Consent) การคุมกำเนิด มีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น มีความวิตกกังวลลดน้อยลง มีการเตรียมตัวก่อนใส่ห่วงคุมกำเนิดได้อย่างถูกต้อง มีความสามารถในการตรวจสอบความผิดปกติของห่วงอนามัยที่ใส่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลมารดาหลังคลอดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการวางแผนครอบครัว เป็นการป้องกันและการจัดการเพื่อไม่ให้นิมาดาหลังคลอดได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัดคลอด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การดูแลที่ดีจะช่วยให้นิมาดาหลังคลอดปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ภายหลังการผ่าตัด และลดอัตราการเสียชีวิตได้³ พยาบาลในโรงพยาบาล เป็นบุคลากรที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีทักษะในการรวบรวมข้อมูล การประเมินปัญหา แล้วนำมาซึ่งการวางแผนทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยนอกจากจะดูแลทางร่างกายแล้ว การดูแลทางด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามหรือระบายความรู้สึกและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ภายหลังการรักษา พยาบาลควรให้การดูแลทั้งด้าน

ร่างกายจิตใจและสังคม เพื่อเป็นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม จะทำให้การพยาบาลนั้นประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล

1.1 ควรจัดทำแนวปฏิบัติการให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดแต่ละวิธี ที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้ที่มารับบริการที่ห้องตรวจวางแผนครอบครัว

1.2 พยาบาลประจำห้องตรวจวางแผนครอบครัว ที่เป็นผู้ให้การดูแล ควรมีความรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายและระบบการทำงานต่างๆ ของผู้ที่มารับบริการ จะทำให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านั้น สามารถให้การพยาบาลที่ความครอบคลุมเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มารับบริการ

1.3 การกำหนดเป้าหมายการดูแล ร่วมกับผู้ที่มารับบริการในการวางแผน การแก้ไขปัญหา ช่องทางการติดต่อหากผู้ดูแลมีปัญหา จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

2. ด้านระบบบริการ

มารดาหลังคลอดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง ที่ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น หรือต่างจังหวัด เมื่อจำหน่ายกลับบ้านควรมีการส่งต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่องและมีเครือข่ายชัดเจนในการติดตามข้อมูล

3. ด้านนโยบาย

มารดาหลังคลอดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง การเข้าถึงบริการยังไม่ทั่วถึง หรือบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบได้ ควรมีหน่วยงานรัฐที่เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สืบค้นวันที่ 25 ส.ค. 2568 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/site/default/files/statistic62.p
2. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลราชวิถี. (2567). รายงานสถิติประจำปี 2567 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ. สืบค้นวันที่ 25 ส.ค. 2568 จาก <http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2020/06/624c9b5eb58bd4c4c6955de296e6c028.pdf>
3. วินิตย์ หลงละเลิง. (2562). Love Your Heart Program. (บทความพิเศษ). TUH Journal online; 5 (3)
4. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: process and application (3rd ed). Mosby. <http://books.google.com/books>.
5. Orem D.E. (2001). Nursing: concept of practices. (6th ed.) St. Louis, MO: Mosby.

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเป็นภาระ ความพึงพอใจของ
ผู้ดูแลและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The effects using program of Cultural-Based to caregiver burden, caregiver satisfaction and
disturbing symptoms in end-of-life patients Kumphawapi District,
Udon Thani Province.

(Received: November 20,2025 ; Revised: December 14,2025 ; Accepted: December 15,2025)

พรรคนีย์ พรหมณชูเอม¹ นันทาวดี ศิริจันทร์² ปิยภัทร พรหมสุวรรณ²
Thassanee Phramchu-em¹ Nuntawadee Sirichantra² Piyaphat Phromsuwan²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 32 คน ผู้ดูแลและผู้ป่วย กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การปฏิบัติการของบุคลากร $\alpha = 0.91$ ภาระของผู้ดูแล $\alpha = 0.89$ และอาการรบกวนในผู้ป่วย $\alpha = 0.94$ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ การปฏิบัติการดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.5 เป็น ร้อยละ 84.4 โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (23.88 ± 2.42) ผู้ดูแลมีภาระโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 80.0 เป็นร้อยละ 63.3 โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีภาระลดลงมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ($p < 0.001$) รองลงมา คือ ความเชื่อทางศาสนา ($p < 0.001$) และลดลงน้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย ($p = 0.004$) ตามลำดับ ผลการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการทรงตัว ร้อยละ 80.0 และได้รับการวางแผนล่วงหน้าวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ ร้อยละ 20.0

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้ป่วยระยะท้าย เสียชีวิตอย่างสงบ

Abstract

This research aims to study effects using program of cultural-based to caregiver burden, caregiver satisfaction and disturbing symptoms in end-of-life patients Kumphawapi District, Udon Thani Province. This quasi-experimental research, between June and August 2025, the sample consisted of 32 personnel, 30 caregivers and patients in each group. research instrument was a questionnaire, consisting of personnel performance ($\alpha = 0.91$), caregiver burden ($\alpha = 0.89$), and patient disturbing symptoms ($\alpha = 0.94$). Analysis was performed using descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test and paired t-test.

The results were found that after implementing the program, personnel had advance care plans for terminally ill patients and planned for a peaceful death. Palliative care practices increased and patient care practices were at moderate level overall increase from 62.5% to 84.4% was statistically significant ($p = 0.001$) and the overall satisfaction with the program was high (23.88 ± 2.42). Overall burden of caregivers was moderate, decreasing from 80.0% to 63.3%, a statistically significant overall reduction ($p < 0.001$). The most burden decreased was spiritual ($p < 0.001$), followed by religious beliefs ($p < 0.001$), and the burden that decreased the least was physical ($p = 0.004$), respectively. Results of cultural care using local wisdom found that most patients had stable symptoms (80.0%) and received advance end-of-life planning and peaceful death planning (20.0%).

Keywords: Cultural Care Program, End-Of-Life Patient, Rest-In-Peace

¹ พย.บ.โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

² พย.ม.มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

บทนำ

ทั่วโลกมีการประเมินว่าประชากรกว่า 40 ล้านคนเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการการดูแลระยะท้ายในแต่ละปี และในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้ใหญ่ประมาณ 78% ของความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีเพียง 14% ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายเท่านั้น¹ สถิติของประเทศไทย พบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในช่วง พ.ศ. 2563-2566 คือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงแบบประคับประคองระยะท้าย โดยคิดเป็นอัตรา 104.8 ถึง 120.5 คนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน² กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สถานบริการทุกแห่ง ส่งกักกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านทางกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care planning) การดูแลที่บ้านเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต³

แนวคิดการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) ซึ่งพัฒนาโดย Madeleine Leininger เป็นแนวคิดที่เน้นความสำคัญของการเข้าใจและเคารพในความหลากหลายของวัฒนธรรมผู้ป่วย เพื่อสร้างการพยาบาลที่สอดคล้อง (Culturally Congruent Care) และเหมาะสมกับบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมักมีบทบาทสูงมากในการสร้างความหมายของความตาย การยอมรับ และความสงบใจของผู้ป่วย⁴ “Sunrise Model” เป็นกรอบวิเคราะห์ปัจจัยวัฒนธรรมหลายมิติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการพยาบาล เช่น ระบบความเชื่อ ศาสนา ประวัติชีวิต สภาพแวดล้อม ภาษา และบทบาทครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่สะท้อนออกมาอย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย

ประคับประคอง โดยเฉพาะในชุมชนชนบทของไทยที่ยังคงความเชื่อเรื่องกรรม การเวียนว่ายตายเกิดและพิธีกรรมทางศาสนาไว้เป็นส่วนสำคัญของการดูแล⁵ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพ สามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพได้ ซึ่งการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพมักสอดคล้องกับธรรมชาติและสภาพแวดล้อม ผ่านกระบวนการวิจัยแบบพื้นบ้าน⁶ และพิธีวางร่างวางขันธินะระท้ายก่อนเสียชีวิตเชิงวัฒนธรรมในชุมชน ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจากไปและสัญญาณชีพอ่อนลง หากลูกหลานญาติมิตรปรารถนาจะกล่าวคำอำลา การน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้นจะเป็นไปได้ดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบ⁷

ในเขตพื้นที่อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างปี 2565-2567 มีจำนวน 411 ราย 503 ราย และ 674 ราย ตามลำดับ ในปี 2568 เดือนตุลาคม 2567-มกราคม 2568 มีจำนวน 329 ราย⁸ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในแต่ละปี ในการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการ ของการปรึกษาหารือระหว่างทีมที่ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล) ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการและความปรารถนาครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เรื่องการรับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงมีความกังวลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลับไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน การดูแลแบบประคับประคองจะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาล จนถึงชุมชน ถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลตามรูปแบบ palliative care จะเป็นไปตามเป้าหมาย คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่สภาพปัญหาการดำเนินงานรูปแบบเดิมยังพบปัญหาดังนี้ 1) การสื่อสารเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยแบบประคับประคองใน 9 กลุ่มโรค ตามกรมการแพทย์กำหนดไม่ทั่วถึง

และมีบางส่วนที่ไม่ได้ส่ง case ให้ทีม palliative ทำให้การเข้าถึงบริการ palliative ได้น้อย 2) พยาบาลที่รับผิดชอบงาน palliative care ไม่ได้ผ่านอบรมหลักสูตรการดูแลระยะสุดท้าย 1 เดือนทุกคน 3) การสนทนา family meeting ไม่สำเร็จในพยาบาลอายุรหาราน้อย 4) ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ผลอาการรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ยังเข้าถึงบริการน้อย ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 5) พยาบาล ยังขาดทักษะในการค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายก่อนสิ้นลม 6) ครอบครัวผู้ป่วยบางรายยังไม่ยอมรับ การให้ใช้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะท้าย 7) แบบฟอร์มการเซ็นต์ปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตแตกต่างกัน จึงเป็นเหตุผลให้ทำวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเป็นภาระความพึงพอใจของผู้ดูแลและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ครั้นนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเป็นภาระ ความพึงพอใจของผู้ดูแลและอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะท้าย อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการเป็นภาระและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2568 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

คือ บุคลากร จำนวน 32 คน ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และผู้ป่วย จำนวน 30 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁹

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. บุคลากรผู้ให้บริการ ที่เป็นทีมสหวิชาชีพ เยี่ยมบ้าน อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยระยะท้ายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีการวินิจฉัยระยะผู้ป่วยระยะท้าย รหัส Z515 และได้รับยาในกลุ่ม strong opioid ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วย อายุ 18 ปีขึ้นไป ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion Criteria)

1. บุคลากรทีมเยี่ยมบ้าน ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระหว่างการวิจัย เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2 ครั้งและกลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
2. ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รหัส Z515 เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยมีอาการทางสมองที่ส่งผลต่อการรับรู้ หรือไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวหรือไม่มีผู้แทนโดยชอบตามกฎหมาย
3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้และกลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการ คือ โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้วิจัย ประยุกต์การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการวางร่างขันธ์ก่อนสิ้นลม^{10,11} ดำเนินการ 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมดูแลต่อเนื่อง 2) การพัฒนาการให้คำปรึกษา 3) การดูแลระยะผู้ป่วยระยะ

ท้าย 4) การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลจิตใจผู้ป่วย 6) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 7) โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผู้ดูแล 8) การโอสิกรกรรม

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากร ดังนี้

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 33 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประยุกต์ใช้รูปแบบขององค์การอนามัยโลก¹ ประกอบด้วย การดูแลระยะเตรียมการ การดูแลผู้ป่วยระยะผู้ป่วยระยะท้าย การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ การดูแลจิตใจผู้ป่วย การดูแลแบบผู้ป่วยระยะท้าย และการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด การตอบ คือ คือ เห็นด้วย/ปฏิบัติ (รหัส 1), ไม่เห็นด้วย/ไม่ปฏิบัติ (รหัส 0) การแปลผลรวม 33 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (0.0-10.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (10.67-21.33 คะแนน) ระดับสูง (21.34-33.0 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 5 ข้อ เป็นความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของบุคลากร การตอบเป็นมาตรวัด 1-5 (Likert, 1974) คือ 1 =น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (5.0-6.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.68-13.33 คะแนน) ระดับสูง (13.34-25.0 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแล มีจำนวน 20 ข้อ ส่วนนี้ประยุกต์จากการศึกษาของเพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ¹² ข้อมูลเกี่ยวกับด้านการเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนาและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การตอบเป็นมาตรวัด 1-5¹³ คือ 1 =น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ คือ ระดับต่ำ (20.0-33.33 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (33.34-66.67 คะแนน) ระดับสูง (66.68-100.0 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 27 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 19 ข้อ การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและอาการป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการอยู่อาศัย อาชีพก่อนป่วย รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอค่าใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว กิจกรรมทางศาสนา บุคคลที่ให้การดูแล สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ป่วย การรักษา จำนวนครั้งที่กลับเข้าโรงพยาบาลและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงอาการรบกวนของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงอาการรบกวนของผู้ป่วย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale)¹⁵ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society¹⁶ เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วย palliative care ประกอบด้วย คือ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว การแปลผลอาการโดยรวม 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีอาการหนัก (8.00-26.67 คะแนน) มีอาการทรงตัว (26.68-53.34 คะแนน) มีอาการระดับดี (53.35-80.00 คะแนน)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นการทดลอง

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากร โดยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่อง โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในเดือนมิถุนายน 2568 ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ในเดือนสิงหาคม 2568 โดยไม่กำหนดเวลาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแล ให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย (post-test) ในเดือนสิงหาคม 2568

3. การเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยสอบถามผู้ดูแล และเก็บจากเวชระเบียนในช่วงที่ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2568

ขั้นหลังการทดลอง – ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลกุมภวาปี เลขที่ KPEC 31/2568 วันที่ 5 มิถุนายน 2568 และเก็บข้อมูลตามข้อกำหนดจริยธรรมโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการจัดทำแผนการดำเนินงานดังนี้ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมดูแล 2) การจัดทำแผนดูแล 3) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และ 5) แผนการประเมินผล ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนการปฏิบัติการมี 8 มาตรการ ดังนี้ 1) การเตรียมการเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะผู้ดูแล 2)

พัฒนาการให้คำปรึกษา 3) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 4) สนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลด้านจิตใจ 6) การดูแลระยะท้าย 7) การดูแลให้ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด 8) การอโหสิกรรม ผลการปฏิบัติการระยะท้ายของบุคลากรและการปฏิบัติของผู้ดูแล พบว่า มีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ

2. ผลการปฏิบัติการของบุคลากร

พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลประคับประคองเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ แนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้าย จากร้อยละ 78.1 เป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ บันทึกสรุปบทวนความรู้กิจกรรมแนวทางการปฏิบัติการดูแลประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน จากร้อยละ 84.4 เป็นร้อยละ 96.9 และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติตามความเชื่อของหลักการอิสลามเชื่อว่าความเสียชีวิตถือว่าไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวหรือต้องหลีกเลี่ยง จากร้อยละ 37.5 เป็นร้อยละ 40.6 ตามลำดับ

ระดับการปฏิบัติการดูแลประคับประคองพบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลประคับประคองอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.5 เป็น ร้อยละ 84.4 และพบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=23.88$, S.D.=2.42) มากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติในการได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ($\bar{X}=4.85$, S.D.=0.39) รองลงมา คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประโยชน์ต่อทีมในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมเหมาะสม ($\bar{X}=4.81$, S.D.=0.47) และพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล ($\bar{X}=4.72$, S.D.=0.63)

3. การเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาระลดลงมากที่สุด คือ รู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยและพินัยกรรมชีวิต จาก $\bar{X}=2.23$ (S.D.=1.25) เป็น $\bar{X}=1.97$ (S.D.=1.22) ตามลำดับ รองลงมา คือ ครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือกันอย่างจริงจังจาก $\bar{X}=4.32$ (S.D.=0.83) เป็น $\bar{X}=3.94$ (S.D.=1.18) และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องลดลงน้อยที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยครั้งนี้รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จาก $\bar{X}=4.43$ (S.D.=0.67) เป็น $\bar{X}=3.90$ (S.D.=0.83)

ระดับการเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาระโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ลดลงจากร้อยละ 80.0 เป็นร้อยละ 63.3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาระโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 2.70-11.29, $p<0.001$) โดยพบว่า ผู้ดูแลมีภาระลดลงมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ($p<0.001$) รองลงมา คือ ความเชื่อทางศาสนา ($p<0.001$) และน้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย ($p=0.004$) ตามลำดับ

4. ผลการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.0 (mean= 63.53, SD= 11.19, Min= 40, Max= 88) อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร หลาน ร้อยละ 50.0 ก่อนป่วยมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.0 รายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 80.0 รายได้มาจากค้าขาย ร้อยละ 43.3 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.7 สมาชิกในครอบครัวต่ำกว่า 5 คน ร้อยละ 73.3 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 53.3บุคคลที่ดูแลเป็นสามี ภรรยา ร้อยละ 50.0 การปฏิบัติพิธีทางศาสนาโดยทำบุญที่วัด ร้อยละ 60.0 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.0 การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นมะเร็ง ร้อยละ 86.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1 ปี ร้อยละ 63.6 การรักษาเคมีบำบัด ร้อยละ 63.3 กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 76.7 โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.7

ระดับอาการรบกวนในผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการทรงตัว ร้อยละ 80.0 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ ร้อยละ 20.0

อาการรบกวนในผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากที่สุด คือ เคลื่อนไหวและทำกิจกรรมไม่ได้ ร้อยละ 54.8 รองลงมา คือ ไม่สามารถทำงานได้มีอาการของโรคมาก ร้อยละ 41.9 และนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ร้อยละ 1.32 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมดูแล 2) การจัดทำแผนดูแล 3) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และ 5) แผนการประเมินผล ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนการปฏิบัติการมี 8 มาตรการ ดังนี้ 1) การเตรียมการเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะผู้ดูแล 2) พัฒนาการให้คำปรึกษา 3) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 4) สนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ 5) การดูแลด้านจิตใจ 6) การดูแลระยะท้าย 7) การดูแลให้ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด 8) การอโหสิกรรม ผลการปฏิบัติการระยะท้ายของบุคลากรและการปฏิบัติของผู้ดูแล พบว่า มีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีอาการหนักในช่วงวาระสุดท้ายและวางแผนเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาระบบการระยะท้ายโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ชุมชนมีความเชี่ยวชาญในการดูแลในชุมชนโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹⁷ การพัฒนาศักยภาพการดูแลให้แก่พยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พัฒนาความรู้ การฝึกอบรมพยาบาลการดูแลระยะท้าย และบริหารนโยบายพยาบาลการดูแลระยะท้ายในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ¹⁸ การสนับสนุนทรัพยากรช่วยในการพัฒนาการดูแลระยะท้ายที่บ้าน ต้องส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว

และอบรมพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากร¹⁹ ควรเพิ่มศักยภาพในการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อความต้องการดูแลระยะท้าย²⁰ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการเสียชีวิตดี ทุกช่วงชีวิตบุคลากรสุขภาพจะเข้าไปมีบทบาทในการดูแลตั้งแต่เริ่มเกิดแก่ เจ็บ และ เสียชีวิต เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและเมื่อต้องเสียชีวิตจึงไม่ยากให้มีความทุกข์ทรมาน²¹

2. ผลการพัฒนาบุคลากร พบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า หลังใช้โปรแกรมบุคลากรมีการบันทึกบทพจนความรู้และการปฏิบัติการดูแลทบทวนประเมินอาการ วางแผนการดูแลใหม่รวมถึงปรับยา ผู้ป่วยที่ต่อต้านและปฏิเสธการดูแลจากญาติ ให้ญาติส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความต้องการเพื่อลดทรมานที่ต่อต้าน และการจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วยตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการระยะท้ายต่อเรื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า หลังใช้โปรแกรมมีการปฏิบัติตามรูปแบบอย่างถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² และผลการศึกษาพบว่า การดูแลระยะท้ายในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมที่บ้าน ช่วยลดภาระของโรงพยาบาล จะช่วยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมีความเหมาะสมตามบริบทผู้ป่วย²³

3. ผลการปฏิบัติการของผู้ดูแล พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยโดยไม่เป็นการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ญาติและครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง จึงทำให้มีความเชื่อและการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นทั้งในด้านร่างกาย ความเชื่อทางศาสนาและด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน พบว่า พัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่ระยะท้ายของ

ชีวิตและที่สำคัญคือ การเตรียมผู้ดูแลและครอบครัวให้สามารถปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย อารมณ์ทัศน และการพึ่งพา เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม²⁴ การศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการเจ็บป่วย และวางแผนการเสียชีวิตอย่างสงบไว้ล่วงหน้า “การเสียชีวิตดี (good death)”²⁵ และการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้าต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย²⁶

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการพัฒนาระบบงาน ความสำเร็จของการใช้โปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้สามารถส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางดำเนินการโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้การดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่ต้องการ และลดความยุ่งยากในการตัดสินใจในช่วงเวลาที่ยากลำบาก

2. ด้านคุณภาพบริการ ที่ต้องดำเนินเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา ควรนำโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ครั้งนี้ไปให้บริการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและผู้ดูแลในครอบครัวที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษาโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงครบวงจรจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว ในการนำโปรแกรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากร ของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care. WHO. [Internet] . 2024 [cited 2024 December 4]. Available from: <https://www.who.int>
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). งาน ‘สร้างสุขที่ปลายทาง’ เพื่อยกระดับการรับรู้ของสังคมต่อการสร้างสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th>
3. กนกพร ไพศาลสุจารีกุล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลให้อยู่อย่างมั่นใจพร้อมจากไปอย่างสงบ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลกมลไธยา. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2021; 15(3): 57-70.
4. Leininger MM. Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practices (3rd ed.). Columbus, Ohio, U.S.: McGraw-Hill; 2002.
5. Wongprom P, Yodchai K, & Chanprasit C. Cultural-based palliative care in northeastern Thailand: A qualitative study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2022;26(1): 33–45.
6. อาจันต์ ไพรัตน์, สุทธิรา ชุมกรโทก. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการรักษาโรคและการดูแลสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://geonline.msu.ac.th/mis/course>
7. อนุพันธ์ ตันติวงศ์, ผ่องพักตร์ พิชัยพันธ์, สุขาย สุนทรภา. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพฯ: เอช.ที.พี.เพรส; 2558.
8. โรงพยาบาลกุมภวาปี. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลกุมภวาปี [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://kumpawapihospital.go.th>
9. ปรีดี นกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: www.qualtrics.com
10. พิไลพร สุขเจริญ. การประยุกต์แนวความคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง : ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2021;27(2): 132-41.
11. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
12. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่าย โรงพยาบาลพระพุทธรูป. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(6): 1101-11.
13. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
14. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
15. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale: PPS. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.FamMed.mahidol.ac.th>

16. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale version 2. British Columbia: Canada; 2008.
17. Nagano H, Obara H, Takayama Y. A brief home-based palliative care learning experience for medical students and resident doctors in Okinawa, Japan. PLoS One. 2019; 14(6): 80-91.
18. Schoenherr LA, Bischoff KE, Marks AK, O’Riordan DL, Pantilat SZ. Trends in Hospital-Based Specialty Palliative Care in the United States From 2013 to 2017. JAMA Netw Open 2019; 2(12): 43-54.
19. Hassankhani H, Rahmani A, Best A, Taleghani F, Sanaat Z, Dehghannezhad J. Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. Nurs Open. 2020; 7(4): 1260-68.
20. Cai J, Zhang L, Guerriere D, Fan H, Coyte PC. Where Do Cancer Patients in Receipt of Home-Based Palliative Care Prefer to Die and What Are the Determinants of a Preference for a Home Death? Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18: 235-46.
21. จิตติพร จตุพรพิพัฒน์, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, พิเชฐ บัญญัติ. รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal. 2017; 23(1): 154-76.
22. เพียงพิมพ์ ปันระสี, ภัทรบูลย์ นาคสุสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565;32(1): 40-55.
23. Chowdhury MK, Sarker M, Ahmad N. A home-based palliative care pilot project for the patients and families with incurable diseases in Bangladesh. BIRDEM Medical Journal 2021; 11(3): 202-11.
24. ไสทอง ภัทรปริยากุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2019; 2(2): 83-99.
25. ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หน่วยงาน ให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. Krabi Medical Journal. 2018; 1(1): 11-22.
26. อารญา ชัยมหา. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567; 8(16): 41-54.
27. วิภาวี เกตุวัง. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2562; 9(2): 150-65.
28. กมลมาศ เลขัมโม. กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในเขตอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี. วารสารธรรมวิทย์ (การประชุมสัมมนาวิชาการระดับนานาชาติ) 2564; 3(1): 164-78.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

The effect of nursing program for promoting the recovery of older patients with total knee arthroplasty.

(Received: December 17,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

นริศรา ศรีกุลวงศ์¹
Naridsara Srikulwong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา วัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีแผนการรักษาในการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน เครื่องมือประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แบบบันทึกความเจ็บป่วยและการรักษา แบบบันทึกคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แบบบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า แบบบันทึกความสามารถในการเดินบนแนวราบ ในแต่ละจุดเวลา หลังผ่าตัด 1 ครั้ง, หลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย และนัดติดตามอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่าการเปรียบเทียบค่าคะแนนความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดในการวัดครบ 24 ชั่วโมงแรก ถึง 72 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ROM) มากกว่า 90 องศา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มในทุกจุดเวลา ($p>0.05$) แต่ทั้งสองกลุ่มมีการฟื้นตัวของ ROM ที่ติดตามเวลา, การเปรียบเทียบความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการเดินดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ 48 และ 72 ชั่วโมง ($p<0.05$) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (8.4 ± 2.0 vs 7.5 ± 1.5 วัน, $p = 0.332$) กลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบภาวะข้อเข่าติด 4 ราย (23.5%) แม้จะไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.103$)

คำสำคัญ: ข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

This quasi-experimental research. a two-group study conducted as a time series with pre- and post-test measurement, aimed to study the effect of the nursing program the recovery of older adult after total knee arthroplasty. The sample was older adult who had treatment by total knee arthroplasty . The sample consisted of 34 patient, divided into an experimental group ($n=17$) and a control group ($n=17$). The instruments included a nursing program for enhancing recovery in elderly patients undergoing total knee arthroplasty, medical and treatment record forms, post-operative pain score recording forms, knee range of motion assessment forms, and flat surface walking ability assessment forms. Data were collected at multiple time points: once immediately post-operatively, at 24, 48, and 72 hours post-operatively, before discharge, and at follow-up appointment. Data were analyzed using descriptive statistics and comparison of mean differences before and after program participation using Mann-Whitney U test, ($p<0.05$),

Results: The experimental group showed significantly reduced pain scores from 24-72 hours postoperatively ($p<0.05$). Knee ROM >90 degrees showed no significant differences between groups ($p>0.05$), with both demonstrating good recovery. Walking capability was significantly better in the experimental group at 48 and 72 hours ($p<0.05$).

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรเมธี จังหวัดสกลนคร

Hospital stay averaged 7.5 ± 1.5 days (experimental) versus 8.4 ± 2.0 days (control), $p=0.332$. The experimental group had no complications; the control group had 4 cases (23.5%) of knee stiffness ($p=0.103$).

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนที่ผิวข้อเข่าร่วมกับกระบวนการเสื่อมของร่างกายที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความหนาของกระดูกอ่อนผิวข้อ น้ำไขข้อลดลง มีช่องว่างระหว่างข้อเข่าลดลง อาการและอาการแสดงทางคลินิกของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อาการปวดข้อ ข้อฝืด ข้อเข่าติดแข็ง ข้อใหญ่ผิดรูป การกดเจ็บที่ข้อ มีเสียงในข้อในขณะที่เคลื่อนไหว พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง ข้อผิดรูปหรือพิการ การเดินผิดปกติ และกล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลง ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม ผลกระทบด้านร่างกาย เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อเข่า และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิด ปัญหาด้านจิตใจ มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอจากอาการปวดที่มีความรุนแรงมากขึ้น รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหรือการที่ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่นขาดความเป็นอิสระในตนเอง รู้สึกตนเองด้อยค่าไม่อยากพบปะผู้คน และหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมในสังคม ส่งผลต่อความผาสุกด้านจิตสังคม ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระยะท้าย การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้กลับไปสู่การดำรงชีวิตที่เป็นปกติซึ่งต้องได้รับการดูแลเพื่อให้ฟื้นสภาพ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด¹

จากสถิติโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีจำนวนผู้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมปี 2565 – 2567 จำนวน 22, 62 และ 56 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ ภาวะการเสียเลือดจากการผ่าตัด ความปวด

แผลผ่าตัดจากการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาทจากการผ่าตัด การอักเสบติดเชื้อ จากแผลผ่าตัดและแผลบริเวณท่อระบายต่าง ๆ เช่น ท่อระบายเลือดจากแผล ภาวะกระดูกหักหลังผ่าตัด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ภาวะข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด และ ภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงหลังการผ่าตัด² ซึ่งเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องให้การดูแลและเฝ้าระวัง เพราะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อเข่าเทียมได้ทันทีภายหลังการผ่าตัด หรืออาจต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อการแก้ไขซ้ำร่วมกับผู้สูงอายุจะมีความทุกข์จากอาการข้อเข่าเสื่อมเรื้อรังที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้มีความยากลำบากในการที่จะฟื้นสภาพข้อเข่าหลังผ่าตัด ทำให้มีอาการข้อเข่าติด เขยียดและงอเข่าได้ไม่เต็มที่ เคลื่อนไหวได้จำกัด ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง และเกิดภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี 2567 จากการทบทวนเวชระเบียน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ มีภาวะข้อเข่าติด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.14 ได้รับการผ่าตัดซ้ำ 4 ราย มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด 1 ราย และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ในปี 2565 – 2567 ค่าวันนอนเฉลี่ย 6.59, 8.51 และ 9.23 วัน³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจึงควรมีการประเมินสถานะความพร้อมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การซักประวัติและตรวจร่างกายหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด การกำจัดการติดเชื้อรอบบริเวณที่จะทำการผ่าตัด และรักษาภาวะติดเชื้อในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด รวมถึงการสอนบริหารข้อเข่าที่ถูกต้องก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด และหลังผ่าตัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงเร็วขึ้นหลังผ่าตัด ความต้องการในการดูแลหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ การลด

ปวด การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการสังเกตและดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดในช่วงแรกมีความสำคัญมาก เพราะจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จึงต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการลดความปวดและการออกกำลังกายตั้งแต่ก่อนผ่าตัด⁴

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นหนึ่งในประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวข้อเข่า ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติ รวมทั้งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะส่งผลดีในเรื่องการเคลื่อนไหวข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การเดินและความสมดุลในการทรงตัว และช่วยลดความปวดลดลงได้อย่างชัดเจน⁵ ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของอาการเข่าเสื่อม ภาวะโภชนาการ และความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง อาการปวดหลังผ่าตัด การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ความวิตกกังวล 2) ด้านกระบวนการรักษา ได้แก่ ความพร้อมและความเพียงพอของเครื่องมืออุปกรณ์ และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผู้ดูแล และครอบครัว รวมทั้งการได้รับแรงกระตุ้นหรือการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การฟื้นฟูระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูระยะสัปดาห์ที่ 2 – 6 หลังการผ่าตัด การฟื้นฟูระยะสัปดาห์ที่ 6 – 12 หลังการผ่าตัด และการดูแลฟื้นฟูระยะสัปดาห์ที่ 12 – 2 ปีหลังการผ่าตัด⁷ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบริหารข้อเข่าหลังผ่าตัดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผลลัพธ์หลังการผ่าตัดที่ดีขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นโปรแกรมที่ให้ผู้ป่วยทำเองที่บ้าน หรือเป็นโปรแกรมที่ให้โดยเจ้าหน้าที่ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล⁸

และพบว่า การให้โปรแกรมเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วมากขึ้น การฟื้นฟูในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัดหรือในหอผู้ป่วย เป็นระยะที่มีความจำเป็นและมีผลต่อการเคลื่อนไหว การยืน การเดิน การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพและการบริหารข้อเข่าตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ การออกกำลังกายแบบที่ผู้ป่วยทำเอง การกระตุ้นระบบประสาทด้วยคลื่นไฟฟ้า การฝึกการทรงตัว จะสามารถเพิ่มความแข็งแรง เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ลดอาการปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวได้ ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้⁹

มีหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ได้ศึกษาโปรแกรมเตรียมความพร้อมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล และมีค่ารักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพ และออกกำลังกายให้ข้อเข่าได้ 90 องศาได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม⁶ การออกกำลังกายด้วยการเหยียดและงอเข่า และการบริหารอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุด และการทำต่อเนื่อง ประมาณ 6 เดือน ข้อเข่าเทียมจะแข็งแรง เหมือนข้อเข่าปกติของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับ ศุภากร เอกมฤเคนทร์, วาริ กังใจ, และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา. ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง มากกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเคลื่อนไหว ข้อเข่าระยะหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹¹ การศึกษาโปรแกรมเตรียมความพร้อมการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินความปวดแบบตัวเลข การทดสอบความสามารถในการทรงตัว การทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคข้อเข่าเทียม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยขององศาการงอของข้อเข่าหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)¹² สอดคล้องกับ สุภานัน ก้อนจันทร์ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความปวดและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการงอเข่าในวันที่ 3 หลัง ผ่าตัดของสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเดินดีกว่า และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ การใช้เจลเย็นประคบเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเจลเย็นตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประคบถุงเจลเย็นแบบใหม่ พบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลเย็นแบบใหม่หลังผ่าตัดลดลงทั้งหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁴ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงจำเป็นต้องได้รับการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน การลดอาการปวดหลังผ่าตัด การบริหารข้อเข่าที่เหมาะสมในช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด

โรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีผู้สูงอายุที่เป็นข้อเข่าเสื่อมเข้ารับการรักษาโดยการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และมีหอผู้ป่วยหลายหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้ในกการดูแล ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ 2 หอผู้ป่วย จากการ

ทบทวนเวชระเบียน และการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย แยกเป็นด้าน 6 ด้านได้แก่ 1) แผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติงานยังคงทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ พยาบาลจะปฏิบัติตามประสบการณ์และการปฏิบัติที่เรียนรู้กันมา ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้รับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดแตกต่างกัน 2) การประเมินและการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน 3) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่างกัน ไม่ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไม่มีการบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการบริหารข้อเข่าหลังผ่าตัดจากกายภาพบำบัด ทำให้ไม่สามารถประเมินผลการให้การพยาบาลได้ว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพระดับใด 4) การใช้สื่อในการให้ข้อมูลความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 5) การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีความเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และ 6) ขาดการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก หรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หลังระยะ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ซึ่งจากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยมีภาวะข้อเข่าติดในระยะเวลามากกว่า 1 เดือน³

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบผู้วิจัยเชื่อว่า การใช้การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิงอย่างเพียงพอ การดูแลที่ ครอบคลุมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาล มีการฟื้นฟูสภาพหลัง การเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเดินแนวราบในเวลา 6 นาที ของผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับผลของโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กลุ่มทดลองจะมีคะแนนความปวดลดลง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่ามากกว่า 90 องศา การเดินในแนวราบใน 6 นาที ระยะทางมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม จำนวนวันนอนเฉลี่ยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบภายหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคนละช่วงเวลา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ใน 4 หอผู้ป่วย

ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษชัยพฤกษ์ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เมตตาประชาสามัคคี ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2568 ถึงเดือน สิงหาคม 2568 โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ ที่ .80 กำหนดจากระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย เพื่อการสุ่มหาของของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20¹⁵ จึงกำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมแต่ละคนที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละวันจะเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม โดยวิธีสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มควบคุม 17 คน และกลุ่มทดลอง 17 คน¹⁶ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบภายหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคนละช่วงเวลา

กลุ่มประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ใน 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษชัยพฤกษ์ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เมตตาประชาสามัคคี ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือน ตุลาคม 2568

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย นี้ มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ใน 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษชัยพฤกษ์ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เมตตาประชาสามัคคี ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือน ตุลาคม 2568

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 2) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีขึ้นไป 3)

เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรก 4) ไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางข้อเข่ามาก่อน 5) ไม่มีโรคของกล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง 6) สามารถสื่อสารพูด อ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 7) สามารถติดต่อกับทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ มีไลน์และสามารถวิดีโอคอลได้ 8) ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) มีโรคประจำตัวที่ทำให้ไม่สามารถทำตามโปรแกรมได้ เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคระบบประสาท และโรคระบบทางเดินหายใจที่ไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือ ต้องเข้ารักษาในแผนกหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่

โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ ที่ .80 กำหนดจากระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย เมื่อการสุ่มหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20¹⁵ จึงกำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมแต่ละคนที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละวันจะเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม โดยวิธีสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มควบคุม 17 คน และกลุ่มทดลอง 17 คน¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการดูแลที่ครอบคลุม

ครบถ้วนตามความต้องการในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งได้พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยเริ่มตั้งแต่ ระยะประเมินก่อนการผ่าตัด จนถึงระยะการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระหว่างการฟื้นคืนสู่สภาวะปกติเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด แผนการดูแลขณะที่ผู้ป่วยอยู่แผนกผู้ป่วยนอก มีการซักประวัติ การประเมินร่างกาย การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ในวันที่รับผู้ป่วยเพื่อนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย มีการประเมินและเตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินความสามารถในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การให้การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก, การพยาบาลระยะฟื้นฟู 48 ชั่วโมง และ การพยาบาลระยะฟื้นฟู 72 ชั่วโมง และ 3) การพยาบาลระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การทบทวนให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเมื่อกลับบ้าน การประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพ และการนัดหมายการประเมินอาการหลังกลับบ้าน 3 วัน และ 7 วัน ทางไลน์และวิดีโอคอล พร้อมการติดตามอาการในวันมาพบแพทย์

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จากสื่อวีดิทัศน์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ 1) การออกกำลังกายก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม^{17,18} 2) การดูแลตัวเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบนเตียงในโรงพยาบาล¹⁵ และ 3) การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเมื่อกลับบ้าน¹⁹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วย/การรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูล ภาวะแทรกซ้อนขณะ/หลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข (Numerix rating scale) ของสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย มีค่าหมายถึง 0 - 10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด การแปลผลคะแนนความปวด

0 - 3 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดน้อย

4 - 6 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดปานกลาง และ

7 - 10 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดมากที่สุด รุนแรงจนทนไม่ได้

โดยมีการประเมินความปวดทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ ทันทีหลังผ่าตัด, 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด, 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า เครื่องมือวัดพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า (Goniometer) เป็นไม้บรรทัดวัดมุมทางการแพทย์แบบพลาสติก 360 องศา มีหน่วยวัดเป็นองศา และใช้ขั้นตอนเดียวตลอดการวิจัย และวัดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ช่วยวิจัยคนเดียวกันตลอดการวิจัย โดยวัด 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วัดก่อนการผ่าตัด ครั้งที่ 2 วัดช่วงเวลาหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง, ครั้งที่ 3 วัดช่วงเวลาหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง และครั้งที่ 4 วัดช่วงเวลาหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง บันทึกโดยผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยที่เป็นนักกายภาพบำบัด

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกความสามารถการเดินบนแนวราบ ในระยะเวลา 6 นาที ทำการบันทึก 3 ครั้ง ช่วงเวลาหลังผ่าตัดที่ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง โดยให้ผู้ป่วยลุกเดินด้วยเครื่องช่วยเดินสี่ขา (walker) ใน

แนวราบ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเริ่มจับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเดินก้าวแรกจนถึงเดินก้าวสุดท้ายจนครบ 6 นาที ประเมินผลความสามารถด้วยระยะทางการเดินเป็นเมตร ถ้าเดินได้ระยะทางมากแสดงว่ามีความสามารถในการเดินมาก

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากสื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 5 ส่วน ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.84 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากสื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 5 ส่วน ปรับแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปใช้กับผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 10 คน แล้วนำค่าไปวิเคราะห์ด้วยสถิติแคปปา หรือค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา วิเคราะห์ผลโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (conbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.08

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีการดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. หลังผ่านการอนุมัติโครงการวิจัยผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และ นักกายภาพบำบัด 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ มีความรู้ด้านการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ และ นักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยอธิบายสาระสำคัญของการวิจัยวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความร่วมมือ วิธีการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการบันทึกข้อมูล โดยการฝึกอบรมวิธีการการใช้งานเครื่องมือวัดมุมข้อ ในการวัดพิสัยการเหยียดข้อเข่า เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง และวัดผลกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ช่วยวิจัยตลอดจนการวิจัย

3. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หอผู้ป่วย ทั้ง 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เมตตาประชาสามัคคี โดยผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบก่อน จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน เข้ารับโปรแกรมเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3 ระยะ ดังนี้ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และ 4) การพยาบาลระยะก่อนและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแสดงกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละระยะของโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟู

สภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

5. สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ ตามความเหมาะสมของข้อมูล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมลดลง การประเมินผลลัพธ์ทางการฟื้นฟูสภาพ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ROM) มากกว่า 90 องศา การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละจุดเวลา และวัดระยะวันนอนในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025 - 060 ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 63.2 ± 6.5 ปี และ 61.9 ± 7.0 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88 และ 76 ตามลำดับ มีระดับการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.9 และ 76.5 ตามลำดับ มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 และ 88.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 76.5 และ 29.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 88.2 และ 76.5 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย $27.7 \pm 3.1 \text{ kg/m}^2$ (พิสัย 23.0 - 32.4

kg/m²) และ 28.8 ± 3.5 kg/m² (พิสัย 21.6 - 32.4 kg/m²) ตามลำดับ และส่วนมากทั้งสองกลุ่มมีดัชนีมวลกายอยู่ในอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 17.6 และ 52.9 ตามลำดับ และอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 58.8 และ 35.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเท่ากันที่ร้อยละ 52.9 การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ทั้ง

ด้านอายุ (61.9 ± 7.0 vs 63.2 ± 6.5 ปี, $p = 0.378$) สัดส่วนเพศหญิง (76.5% vs 88.2%, $p = 0.653$) ดัชนีมวลกาย (28.8 ± 3.5 vs 27.7 ± 3.1 kg/m², $p = 0.152$) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (8.4 ± 2.0 vs 7.5 ± 1.5 วัน, $p = 0.332$) กลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบภาวะข้อเข่าติด 4 ราย (23.5%) แม้จะไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.103$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในกลุ่มทดลอง (17 คน) และกลุ่มควบคุม (17 คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Mean Rank	U	p-value
	mean± SD	mean± SD			
อายุ (ปี)	61.9 ± 7.0	63.2 ± 6.5	15.97/19.03	118.5	0.378
BMI (kg/m ²)	28.8 ± 3.5	27.7 ± 3.1	19.97/15.03	186.5	0.152
เพศ ชาย:หญิง	4:13 (24%: 76%)	2:15 (12%:88%)			0.656
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	8.4 ± 2.0	7.5 ± 1.5	19.12/15.88	172.0	0.332

การเปรียบเทียบค่าคะแนนความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดในการวัดครบ 24 ชั่วโมงแรก ถึง

72 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มทดลอง (17 คน) และกลุ่มควบคุม (30 คน) ในแต่ละจุดเวลา (ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง, หลังผ่าตัด 1 ครั้ง, หลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย และนัดติดตามอาการ) ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

เวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Mean Rank	U	P-value	Effect size (r)
	mean± SD	mean± SD				
หลังจากออกจากห้องพักฟื้น	5.6 ± 1.0	5.4 ± 1.4	19.41	177	0.19	0.19
ครบ 24 ชั่วโมงแรก	6.1 ± 2.0	4.3 ± 0.8	21.68/13.32	215.5	0.012*	0.42 ^b
ครบ 48 ชั่วโมง	4.5 ± 0.5	3.8 ± 0.8	22.15/12.85	223.5	0.004*	0.47 ^b
ครบ 72 ชั่วโมง	4.1 ± 0.7	3.5 ± 0.6	21.26/13.74	208.5	0.018*	0.38 ^b
ระยะก่อนจำหน่าย	3.5 ± 0.5	3.4 ± 0.6	20.15/14.85	189.5	0.081	0.27
หลังจำหน่าย 3 วัน	3.0 ± 0.0	3.0 ± 0.8	18.00/17.00	153.0	0.696	0.05

เปรียบเทียบความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ROM) มากกว่า 90 องศา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละจุดเวลา (ก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง, หลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย)

ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มในทุกจุดเวลา ($p > .05$) แต่ทั้งสองกลุ่มมีการฟื้นตัวของ ROM ที่ดีตามเวลาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ROM) มากกว่า 90 องศา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละจุดเวลา (ก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง, หลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย) ด้วยสถิติ Mann-Whiney U test

เวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Mean Rank	U	P-value	Effect size (r)
	mean± SD	mean± SD				
ก่อนผ่าตัด	70(70-70)	70(40-70)	19.68/15.32	181.5	0.182	0.22
ครบ 24 ชั่วโมงแรก	85(70-90)	70(70-80)	20.03/14.97	187.5	0.136	0.25
ครบ 48 ชั่วโมง	80(80-100)	80(70-90)	18.44/16.56	160.5	0.585	0.09
ครบ 72 ชั่วโมง	90(80-100)	90(90-100)	16.32/18.68	124.5	0.482	0.12
ก่อนจำหน่าย	100(90-120)	100(100-110)	15.91/19.09	117.5	0.345	0.16

*p<0.05, **p<0.01

^bEffect size medium (0.3-0.5)

การเปรียบเทียบความสามารถในการเดินบน พื้นราบ 6 นาที ระยะทาง 20 เมตร ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมี

ความสามารถในการเดินดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญที่ 48 และ 72 ชั่วโมง (p<.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (หน่วย: เมตร) ในแต่ละจุดเวลา (หลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง และก่อนจำหน่าย) ด้วยสถิติ Mann-Whiney U test

เวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Mean Rank	U	P-value	Effect size (r)
	mean± SD	mean± SD				
ครบ 24 ชั่วโมงแรก	0(0-0)	0(0-0)	16.26/18.74	123.5	0.288	0.12
ครบ 48 ชั่วโมง	10(4-10)	15(10-20)	11.62/23.38	44.5	<0.001**	0.59 ^c
ครบ 72 ชั่วโมง	10(10-20)	20(20-20)	13.00/22.00	68	0.002**	0.45 ^b
ก่อนจำหน่าย	20(20-20)	20(20-20)	16.50/18.50	127.5	0.163	0.10

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมการพยาบาลสำหรับการ ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม ผลการศึกษาในครั้งนี้เปรียบเทียบ คะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดใน การวัดครบ 24 ชั่วโมงแรก ถึง 72 ชั่วโมง น้อยกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยมี ขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ (p = 0.228) และพบ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาที่มีนัยสำคัญ (F(4,128) = 4.87, p = 0.001) แสดงว่าโปรแกรมการ

พยาบาลมีประสิทธิภาพในการลดความปวดใน ระยะแรกหลังผ่าตัด และได้รับยาลดปวดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และความปวดลดลงอย่างมี นัยสำคัญในช่วง 24-72 ชั่วโมงซึ่งเป็นช่วงวิกฤตหลัง ผ่าตัด ยังสอดคล้องกับทฤษฎี Gate Control Theory ของ Melzack และ Wall²⁰ ที่อธิบายว่าการกระตุ้น เส้นใยประสาทขนาดใหญ่ด้วยการเคลื่อนไหวและการ นวดคลายกล้ามเนื้อตามโปรแกรมสามารถยับยั้งการ ส่งสัญญาณความปวดผ่านเส้นใยประสาทขนาดเล็กได้⁵ อย่างไรก็ตาม พบว่าความแตกต่างของความปวด ระหว่างสองกลุ่มลดลงในวันจำหน่าย (p = 0.081) และหลังจำหน่าย 3-7 วัน ไม่พบความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญ อาจอธิบายได้จากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมี

ความปวดลดลงใกล้เคียงกันเมื่อเวลาผ่านไป สอดคล้องกับกระบวนการฟื้นตัวตามธรรมชาติ ของ การหายของแผลผ่าตัด

ผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการ เคลื่อนไหวข้อเข่า (Range of Motion) พบว่า ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเพิ่มขึ้นของ ROM อย่างมีนัยสำคัญตามเวลา ($F(3,96) = 37.27, p < 0.001, p = 0.538$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่าง กลุ่ม ($p = 0.888$) แม้กลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มการ เพิ่มขึ้นของ ROM มากกว่า (100% vs 29.3%) ผล การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Pozzi et al. ที่พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายก่อนผ่าตัด (prehabilitation) สามารถเพิ่ม ROM ได้ มากกว่า กลุ่มควบคุม ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากระยะเวลา ในการให้โปรแกรมฯ การศึกษานี้ติดตามผลเพียง 7 วันหลังจำหน่าย ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะเห็นความ แตกต่างของ ROM อย่างชัดเจน²¹ สอดคล้องกับ การศึกษาของชินภัทร์ จิระราชพงศ์⁷ การฟื้นฟู 4 ระยะ ตั้งแต่ระยะ 1 สัปดาห์แรก ถึง ระยะสัปดาห์ที่ 12 - 2 ปี จะส่งผลให้มีการฟื้นฟูสมรรถนะและการบริหารข้อ เข่าที่เหมาะสม ผลลัพธ์ทางการผ่าตัดที่ดีขึ้น¹⁰ และ ผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที ระยะทาง 20 เมตร พบว่า กลุ่มทดลองมี ความสามารถในการเดินดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 48 ชั่วโมง (15.0 vs 7.0 เมตร, $p < 0.001$) และ 72 ชั่วโมง (18.8 vs 13.5 เมตร, $p = 0.002$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่มาก (Cohen's $d = 1.64$ และ 1.26 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาเมตาอะนาไลซิสของ Wang et al. ที่พบว่าโปรแกรม early mobilization สามารถเพิ่มความสามารถในการเดินและลด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด TKA ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ การที่กลุ่มทดลองสามารถเดินได้ดีกว่า ในช่วง 48-72 ชั่วโมงซึ่งเป็นช่วงวิกฤต อธิบายได้จาก ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา²² โปรแกรมการพยาบาลที่ให้ความรู้และฝึกทักษะก่อน ผ่าตัดช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการ พยาบาลตามแนวทางการฟื้นคืนสภาพเร็วหลังผ่าตัดมี ประสิทธิภาพในการลดความปวดและเพิ่ม ความสามารถในการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อ เข่าเทียม โดยเฉพาะในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกหลัง ผ่าตัด ซึ่งมี effect size ระดับกลางถึงใหญ่ ($r = 0.38-0.59$) และ Number Needed to Treat ที่ต่ำ (NNT = 2.1-2.4) แสดงถึงประสิทธิภาพที่ดีของโปรแกรม ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ มา มาตรฐาน (Standard Clinical Protocol) ใน หน่วยงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

2. การนำไปใช้ควรเริ่มจากการจัดทำคู่มือ ปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่ระบุขั้นตอน การดำเนินโปรแกรมอย่างชัดเจน พร้อมทั้งกำหนด ตัวชี้วัดความสำเร็จที่สามารถติดตามประเมินผลได้ โดยเน้นการดำเนินการในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกหลัง ผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ (Critical Period) ที่ พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการ ติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นจุดที่เห็นผลชัดเจนที่สุด

3. ผลการวิจัยนี้ควรนำไปใช้ในการพัฒนา สมรรถนะของบุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพ โดย การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับหลักการ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) และ เทคนิคการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่มี ประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้บุคลากรเห็น ความสำคัญของการเคลื่อนไหวเร็ว (Early Mobilization) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

1. พัฒนาโปรแกรมให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น โดยขยายระยะเวลาการติดตามผลจากเดิมที่ติดตาม เพียง 7 วันหลังจำหน่าย เป็น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินผลระยะยาวและความยั่งยืนของ โปรแกรม รวมถึงการพัฒนา ระบบ Tele-rehabilitation หรือการติดตามผ่านแอปพลิเคชันบน

โทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับคำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่องแม้อยู่ที่บ้าน

2. พัฒนาระบบการประเมินผลที่ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากการประเมินความปวด การเคลื่อนไหว และ ROM แล้ว ควรเพิ่มการประเมินคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความวิตกกังวล การนอนหลับ และความสามารถในการกลับไปทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการประเมินคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อแสดงให้เห็นประโยชน์ของโปรแกรมในมิติที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้การออกแบบการวิจัยที่มีความเข้มงวดมากขึ้น โดยเป็น Randomized Controlled Trial (RCT) แบบ Double-blind หรืออย่างน้อยควรเป็น Single-blind โดยผู้ประเมินผลไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด เพื่อลด Detection Bias ที่อาจเกิดขึ้น ควรมีการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม (Sample Size Calculation) โดยอ้างอิงจาก Effect Size ที่พบในการศึกษานี้ ($r = 0.47$ สำหรับความปวด) ซึ่งคาดว่าจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-35 คนต่อกลุ่ม เพื่อให้มี Statistical Power ที่ 80%

เอกสารอ้างอิง

1. กิรติ เจริญชลวานิช. ศัลยศาสตร์บูรณะสภาพข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2559.
2. วราร์ ยืนยงค์. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : หลักการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วย (พิมพ์ครั้งที่ 1). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
3. งานสารสนเทศโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. รายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประจำปี 2565 - 2567. สกลนคร: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล; 2568.
4. ปิยะ ปิ่นศรีศักดิ์. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมการรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร ภาควิชาออร์โธปิดิกส์; 2562
5. วิลาวัลย์ นาคปลัด, เนตรนภา คู่พันธ์ และหทัยรัตน์. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารพยาบาลตำรวจ, 2562;11(1), 73-85.
6. นวลจันทร์ คุสุวรรณ, การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีสเทียณ, 2565;9(1), 77-96.
7. ชินภัทร จิระวรพงศ์. การปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 2554;21(3), 99-102.
8. Papalia, R., Vasta, S., Tecame, A., D'Adamio, S., Maffulli, N., & Denaro, V. Home-based vs supervised rehabilitation programs following knee surgery: A systematic review. British Medical Bulletin, 108, 55-72. [Internet].2013 <https://doi.org/10.1093/bmb/ldt014>
9. Davila Castrodad, I. M., Recai, T. M., Abraham, M. M., Etcheson, J. I., Mohamed, N. S., Edalatpour, A., & Delanois, R. E. Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: a review of study designs and outcome measures. Ann Transl Med, 2019;7(Suppl 7), S255. <https://doi.org/10.21037/atm.2019.08.15>
10. มณฑานต์ ยอดราช และทัศนาศูววรรณ. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2557;23(3), 63-75.
11. ศุภากร เอกมฤคเณตร์, วาริ กังใจ, และนัยนา พัทธมนิชชา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2566;31(3), 13-24.
12. เพ็ญพิศกร อินติ. ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชุมชน, 2567;2(1), 1-21.

13. ศุภานัน ก้อนจันทร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความปวดและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารวิทยาลัยคริสเตียน 2562;25(3), 64 – 77.
14. วิภาดา พุทธา และวิจิตรา สุขดี. ผลการประคบด้วยเจลแช่เย็นต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข. 2567;3(1), 1-10.
15. Srisathitnarakun, B. The methodology in nursing research. Bangkok: Ulyi Inter Media Company Limited. [In Thai]. 2010.
16. Polit, D. F., & Beck, C. T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
17. โรงพยาบาลนครพิงค์ . การออกกำลังกาย หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. 2023 [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=gYA6nG7HVqY>
18. โรงพยาบาลนครพิงค์ . การออกกำลังกาย ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. 2023 [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=j8EyPNEwYjl>
19. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านภายหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม. 2021 [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=wL3DkQsa34g>
20. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science. 1965;150(699):971-979.
21. Pozzi F, White DK, Snyder-Mackler L, Zeni JA. Restoring physical function after knee replacement: a cross sectional comparison of progressive strengthening vs standard physical therapy. Physiother Theory Pract. 2020;36:122–133.
22. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York, NY: W.H. Freeman and Co. 1997.

กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย

2 Case study: The Holistic Nursing of Sepsis secondary to pneumonia Kalasin Hospital.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

นัยนา ศรีลาพัฒน์¹
Naiyana Srilapat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็น กรณีศึกษา ผู้ป่วยสูงวัยชาย อายุ 78 ปีมีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน รับReferจากโรงพยาบาลชุมชนOn ET-กรณีศึกษาอีกราย On ET-Tubeที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์สื่อสารได้น้อย มาด้วยอาการ ไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Infiltrate both lung แพทย์วินิจฉัย Lobar Pneumonia with sepsis

ผลการศึกษา การวางแผนให้การดูแลการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตาม แผนการรักษา ระยะดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในกระแส เลือดของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน และระยะจำหน่าย วางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ ของการดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะปอดอักเสบ

Abstract

This study was case study of a 78-year-old male patient with underlying diabetes who was referred from a community hospital for On-ET-Tube. Another case study involved a patient with limited communication using On-ET-Tube at Kalasin Hospital. He presented with symptoms of cough with sputum and shortness of breath. A chest X-ray revealed infiltration in both lungs. The physician diagnosed lobar pneumonia with sepsis.

The study results showed that nursing care planning was divided into three phases: the initial admission phase, ensuring adequate oxygen supply to prevent hypoxia and administering intravenous fluids according to the treatment plan; the continuation phase, which monitors for potential complications, including patients at risk for respiratory tract infections, patients at risk for various complications, and patients with stagnant bloodstream due to decreased kidney function and the potential for complications from prolonged stays; and the discharge phase, which includes discharge planning, self-care instruction upon discharge from the hospital, and explaining the importance of health care to patients and their families. This includes attending scheduled doctor visits and follow-up physical examinations to prevent recurrence.

Keywords: holistic nursing, patients with sepsis and pneumonia.

บทนำ

ปอดอักเสบนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับ
โลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของ ใน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเทศไทยโรค ปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปี และมีแนวโน้มอัตราการตายจากโรค นี้เพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงาน ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.10 และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนเช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดหรือระบบ ทางเดินหายใจล้มเหลวสูงมากขึ้น¹ การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ และส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 32.03² ดังนั้น การค้นหาอาการระยะแรกที่จะ ปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่ม โอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้นสถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ปี 2565 - 2567 จำนวน 661, 536 และ 764 รายตามลำดับและยังพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 49 ราย, 54 ราย, และ 63 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.71, 10.07 และ 8.24 ตามลำดับ ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 6, 12 และ 18 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.90, 2.24 และ 2.36 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจับพลัน และเสียชีวิตได้สูง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในฐานะพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมจึงสนใจที่จะ

ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุมวินิจัย ปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการ พยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามหลัก D-METHOD เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มา จัดทำเป็นแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะปอดอักเสบ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเปรียบเทียบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ 2 รายการณศึกษาที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ 2 รายการในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กรณีศึกษาที่ 1 ในช่วงวันที่ 10 ก.ย – 19 ก.ย 2567 กรณีศึกษาที่ 2 ในช่วงวันที่ 21 ก.ย - 28 ก.ย 2567

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 รายการที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมรวมชั้น 6 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงได้ ที่แตกต่างกันแบบผสมผสาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มา

รวบรวม วิเคราะห์ โดยนำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิดการพยาบาลองค์รวม กระบวนการพยาบาล การวางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้น พร้อมปรับปรุงแก้ไข ตามกระบวนการพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน และมีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

ประกอบด้วย 3 ระยะหลัก: **ระยะวิกฤต** (การดูแลเพื่อรักษาภาวะช็อกและติดเชื้อ), **ระยะฟื้นฟู** (การฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจและสภาพร่างกาย) และ**ระยะจำหน่าย** (การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ). ในแต่ละระยะ มีการประเมินอาการ, การให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะ, การดูแลตามอาการ, และการสอนเพื่อฟื้นฟูสภาพ.

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบ 2 รายพบว่า มีปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) ที่เหมือนและแตกต่างกัน ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 1 กับตอนที่ 2

1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock)
2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ
3. พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค

5.มีภาวะติดเชื้อที่ปอด

6. เสี่ยงต่อการดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน

7. มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

8.มีภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายในกรณีรับย้ายจากหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมรวม ชั้น 6

1.มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

2.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

3.ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

ผลการศึกษา

แผนการพยาบาลผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ระยะเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนัก ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
1.ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก	เมื่อเชื้อโรค เข้าสู่ร่างกายmacrophage จะจับกินเชื้อโรค ซึ่งในกระบวนการนี้ทำให้เกิดการหลั่งสาร Inflammatory mediator ทำให้มีการขยายตัวของ	1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ	1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อก จาก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
	หลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง ส่งผลให้เลือดออกจากหัวใจน้อยลง เกิดความดันโลหิตต่ำ	หลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock)	การติดเชื้อหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock)
	ภายในปอด ประกอบด้วยถุงลมเล็กๆ ที่เรียกว่า Alveolus มีกล้ามเนื้อกะบังลม และกล้ามเนื้อกระตุกซี่โครงช่วยในการหายใจ ทำให้อากาศเข้าและออกจากปอดได้เป็นอย่างดี เมื่อมีพยาธิสภาพที่ปอด การเข้าออกของลม และการแลกเปลี่ยนก๊าซทำได้ไม่ดี	2).มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ	2).มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ
	การเจ็บป่วยมีภาวะเหนื่อยอ่อนเพลียและด้วยข้อจำกัดต่างๆ การมีอุปกรณ์ตามร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมทำได้ไม่เต็มที่ ต้องได้รับการช่วยเหลือ	3) พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	3)พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
	การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้มีการสอดใส่อุปกรณ์จำนวนมากทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกลัวและวิตกกังวล	4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค	4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค
	“เชื้อโรค” เข้าสู่ร่างกายไปที่ปอด ผ่าน จมูก, คอหอย, หลอดลมใหญ่, หลอดลมเล็ก และเข้าสู่ถุงลมปอด สาเหตุหลัก คือ จากการสูดดมหายใจ และจากทางกระแสเลือด วินิจฉัยด้วยการซักประวัติ สอบถามอาการตรวจร่างกายฟังเสียงปอด หลังจากนั้นจะทำการเอ็กซเรย์ปอด เพื่อดูความรุนแรง ตำแหน่งของการติดเชื้อและหาภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ภาวะน้ำขังในเยื่อหุ้มปอด โพรงฝีในปอด มีการตรวจเลือดเพื่อประเมินเรื่องการติดเชื้อ การตรวจน้ำมูกหรือเสมหะเพื่อทำการค้นหาเชื้อโรค	5) ภาวะติดเชื้อที่ปอด	ไม่พบปัญหา
	ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยไอซียู เป็นกลุ่มอาการที่สมองสูญเสียหน้าที่อย่างกะทันหันที่ เกิดจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ การถูกจำกัดพื้นที่ การใช้ยานอนหลับ ปัญหาตามมา เช่น การหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว รักษาในโรงพยาบาลนาน การปฏิเสธความร่วมมือ	6) เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน	ไม่พบปัญหา
	เป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติ จนไม่มีการบีบตัวหรือหยุดเต้นทันที เมื่อเกิดภาวะนี้ จะไม่มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้	ไม่พบปัญหา	5) ภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากการไหลเวียน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
	การทำงานของอวัยวะผิดปกติ ซึ่งอย่างหนึ่งที่เราเห็นได้ชัดคือการทำงานของสมอง เมื่อไม่มีเลือดมาเลี้ยงก็ทำให้หมดสติ		โลหิตล้นเหลวจากภาวะติดเชื้อมีในกระแสโลหิต
	ภาวะความผิดปกติของเลือดไม่สมดุล ทำให้มีความเป็นกรดสูง เกณฑ์ค่าพีเอช (pH) ของเลือดที่วัดได้ต่ำกว่า 7.35 ภาวะกรดจากกระบวนการเผาผลาญ ไตไม่สามารถขจัดสารที่มีความเป็นกรดออกในปริมาณที่พอดีหรือกำจัดสารที่มีความเป็นด่างมากเกินไป	ไม่พบปัญหา	6) มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่แบบเฉียบพลัน
2.ระยะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	สาเหตุการเกิด hypokalemia คือได้รับ K+ น้อยและเสีย K+ ไปกับการให้ยาขับปัสสาวะ	7) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	7) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
	ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมักมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีระดับน้ำตาลสูงขึ้นได้ง่าย เนื่องจากร่างกายมีฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลผิดปกติ	ไม่พบปัญหา	8) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
3.ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	8) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	9) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

สรุปและอภิปรายผล

จากตารางเปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย พบว่า การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้แก่

ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรายที่ 1 และ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัย 6 ข้อ เท่ากันมีปัญหามิเหมือนกันคือ 1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock) 2) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ 3) พร่องกิจกรรมประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค

ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรายที่ 1 และ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาที่ต่างกันคือ (ผู้ป่วยรายที่ 1) 1.ภาวะติดเชื้อที่ปอด 2.เสี่ยงต่อการดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน (ผู้ป่วยรายที่ 2) 1.ภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากการไหลเวียนโลหิตล้นเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 2.มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่แบบเฉียบพลัน

ระยะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยที่เหมือนกันคือ มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพิ่มมา 1 ปัญหา

ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D เหมือนกันทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในสภาพที่ปลอดภัย^{7,8}

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางประเมิน Early Warning Sign ในผู้ป่วยปอดอักเสบก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติตามเกณฑ์ เพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับการประเมินที่ครอบคลุม และได้รับการดูแลรักษาด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. จัดทำคู่มือ และแนวทางในการให้ความรู้ฝึกและทดลองปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความจำกัดในการรับรู้เพื่อ ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลสามารถให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.สถานการณ์โรคปอดอักเสบ.(2564) เข้าถึงได้จาก:
<https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1305720220831091702.pdf>
2. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2560).KPI 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบบูรณาการแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
3. โรงพยาบาลอ่างทอง.สถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2564 – 2566. (2566)
4. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2563).
5. ทิฏฐิ ศรีวิสัย และ วิมล อ่อนแสง.ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ.ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์,9(2)152-162.(2560).
6. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์และยุพิน พูลกำลัง.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้ รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากากช่วยหายใจ.(2561)
7. จริยา พันธุ์วิทยากุลจิราพร มณีพราย.(2561) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว. กองการพยาบาล.
8. ปราณี ทุไพบระ (2556).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนและขนส่งออกซิเจน. ,บรรณาธิการ.

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด

Model of elderly caregivers potential development at Yang Talat Hospital.

(Received: November 2,2025 ; Revised: November 13,2025 ; Accepted: November 16,2025)

ลัดดาวัลย์ นามทอง¹Laddawan Nathomthong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 55 คน มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2568 รวม 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย: รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด ประกอบด้วย 1) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) 2) การดูแลผู้สูงอายุ 3) บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และการเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aimed to (1) examine the caregiving capacity of family caregivers of older adults and (2) develop a model for enhancing the caregiving capacity of caregivers at Yangtalad Hospital. The sample consisted of 55 caregivers of older adults receiving services at the hospital. The study was conducted over a three-month period from September to November 2025. Data were collected using both quantitative and qualitative methods. Data analysis included content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test to compare caregivers' understanding of elderly care and their health literacy before and after the intervention.

The findings revealed that the model for enhancing caregivers' capacity consisted of three components: (1) assessment of older adults' functional ability using the Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL), (2) guidelines for elderly care, and (3) the roles and responsibilities of caregivers. After implementing the model, caregivers' overall and domain-specific health literacy increased to the highest level. Their understanding of the 4 Smart behavioral practices “No fall, No forget, No depression, and Enjoy eating “also improved to the highest level. Furthermore, a comparison of caregivers' understanding of the 4 Smart behaviors before and after the intervention showed statistically significant differences at the 0.05 level. The study suggests that a structured and practical capacity-building model can effectively improve caregivers' health literacy and promote appropriate caregiving behaviors for older adults in the community.

Keywords: Competency Development, caregiver

¹ โรงพยาบาลยางตลาด

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โลกกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 หรือ พ.ศ. 2593 โลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 2.1 พันล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด โดย 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุเหล่านี้จะอาศัยอยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึง “การเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับโลก” (Global Ageing Society) ซึ่งเกิดจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ช่วยยืดอายุขัยของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีคนจำนวนมากจะมีอายุยืนขึ้น แต่สัดส่วนของช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นภาระหลักที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลกสถานการณ์นี้ทำให้หลายประเทศต้องเผชิญความท้าทายด้านระบบบริการสุขภาพ การจัดการงบประมาณการดูแลระยะยาว และนโยบายด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาระดับโลกที่ต้องอาศัยความร่วมมือเชิงบูรณาการทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน¹

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Aged Society) อย่างชัดเจน จากข้อมูลของกรมการปกครองประเทศไทยมีประชากรรวม 65.9 ล้านคน ในจำนวนนี้ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีถึง 14.85 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 22.5 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงให้เห็นว่าในทุก 5 คนจะมีอย่างน้อย 1 คนที่เป็นผู้สูงอายุ และคาดว่าภายในปี 2578 จะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-Aged Society) เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุไทยสามารถจำแนกได้ 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้สูงอายุที่ยังคงพึ่งพาตนเองได้ (2) ผู้สูงอายุติดบ้าน

และ (3) ผู้สูงอายุติดเตียง² ปัญหาสุขภาพหลักของกลุ่มนี้ได้แก่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคข้อเสื่อม และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเหงา และโรคซึมเศร้า การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีทั้งมิติทางการแพทย์ จิตสังคม และครอบครัว แต่ในหลายพื้นที่ของประเทศ ยังขาดระบบการดูแลแบบองค์รวมและบุคลากรสนับสนุนที่มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การขยายเครือข่าย “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” (Caregivers) จึงกลายเป็นกลยุทธ์สำคัญของระบบสุขภาพไทยในยุคสังคมสูงอายุ³

ผู้ดูแลผู้สูงอายุถือเป็นบุคคลหลักที่มีบทบาทโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่ดูแลด้านสุขภาพกายใจ และกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การทำกายภาพบำบัด รวมถึงการพูดคุยให้กำลังใจ ในประเทศไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ขณะที่อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ดูแลอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบคือผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดองค์ความรู้และทักษะด้านการดูแลเฉพาะทาง เช่น การให้ยาที่ถูกต้อง การดูแลแผลกดทับ การสังเกตอาการฉุกเฉิน และการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยสูงอายุ ส่งผลให้เกิดความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และลดประสิทธิภาพในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่มีภาระงานจำนวนมากและบุคลากรจำกัด ดังนั้น การเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพการดูแลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธี เพื่อให้สามารถประเมิน วางแผน และดำเนินการดูแลได้อย่างเหมาะสมตามสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุแต่ละราย นอกจากนี้ ยังเป็นการส่งเสริมความรู้ด้าน

สุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ประเมินความถูกต้อง และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ในสถานบริการสุขภาพระดับตำบลและอำเภอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์ โดยทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ในเชิงนโยบาย การดำเนินโครงการอบรม และรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล⁴

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในอำเภอยางตลาดมีผู้สูงอายุประมาณ 588 คน และจัดอยู่ในลำดับที่ 12 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จาก 29 อำเภอในจังหวัด⁵ ชุมชนในเขตอำเภอยางตลาดส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีโครงสร้างครอบครัวขยายและมีแนวโน้มการย้ายถิ่นของบุตรหลานเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุหลายรายต้องอยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัว หรือติดบ้านติดเตียง ข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่พบว่า ผู้สูงอายุกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคข้อเสื่อม ขณะที่บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ การศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอยางตลาด และสร้างระบบสนับสนุนการดูแลที่ยั่งยืนในชุมชนท้องถิ่น⁵

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด ขึ้น เพื่อสร้างแนว

ทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทจริงของโรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด
2. ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด
3. ศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา เรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด ประกอบด้วย

1.1. การศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด

1.2. การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด

- 1.3 การดำเนินการตามกิจกรรม
- 1.4 การสรุปรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่
 - 2.1 เวชระเบียน
 - 2.2 แบบประเมินความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด 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 คะแนน⁶
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁶

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

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) เพื่อหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับ จ ด ป ร ะ ส ง ค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) เท่ากับ .902

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan)

จัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้จัดการบริการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการพัฒนา กำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลยางตลาด เช่น กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการใช้เครื่องมือช่วยเหลือด้านสุขภาพ และการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ในการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Act)

ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะ ทั้งในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติจริง เช่น การฝึกเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย การจัดการภาวะโภชนาการ การดูแลสุขภาพจิต และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ กิจกรรมนี้เน้นให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observe)

ติดตามและสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านความเข้าใจ ความรอบรู้ และทักษะการดูแล โดยใช้แบบประเมินซ้ำหลังการดำเนินกิจกรรม รวมถึงรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึกการสังเกต การสัมภาษณ์ และการประชุมสะท้อนผล เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมที่จัดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

จัดประชุมสรุปผลร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยและทีมสหวิชาชีพ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นต่อกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา และข้อเสนอแนะที่พบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปเป็น “รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด”

ที่มีความเหมาะสมกับบริบท สามารถนำไปปรับใช้
ขยายผลในระดับหน่วยบริการอื่นได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน
ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t –
test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจในการดูแล
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาดและความรอบรู้
ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยาง
ตลาด

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการ
ดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ใน
ระดับปานกลาง ยกเว้นด้าน การได้ตอบคำถาม
เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก

2. ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติ
“ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ลืมเศร้า กินข้าวอร่อย”
หรือ 4 Smart พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ใน
ระดับปานกลาง

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม
การปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ลืมเศร้า กินข้าว
อร่อย” หรือ 4 Smart โรงพยาบาลยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง การดำเนินงาน

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงาน มีค่า
สูงกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและ
รายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้าน การ
ได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับ
มาก และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติ
“ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ลืมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4
Smart ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน
อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษา
ของ นฤมล โสรังจ⁷ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบ
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า 1) แรงสนับสนุนทาง
สังคมจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม
จากบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการได้รับ
การดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และสามารถ
ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 22.8 2) รูปแบบการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ
จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่โมเดล CARE ซึ่งประกอบด้วย
C: Caregiver support การสนับสนุนผู้ดูแลใน
ครอบครัว A: Assistance การช่วยเหลือและ
สนับสนุนทางสังคม R: Resource Integration
การประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ E:
Empowerment การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ
ผู้ดูแลและครอบครัว และ 3) ภายหลังการใช้
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ พบว่า
กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม การ
ได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง และ
คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้รูปแบบ
และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p\text{-value} < .05$) อภิวัฒน์ กำจร⁸ ได้ทำการศึกษา
ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังผ่านอบรมหลักสูตร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีศักยภาพด้านทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.47, S.D. = 0.52) รองลงมาคือด้านลักษณะที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.45, S.D. = 0.44) ด้านแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.40, S.D. = 0.45) และด้านอัตมโนทัศน์ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.24, S.D. = 0.48) และสอดคล้องกับ พสุวุฒินันท์, เมธาวิ อุดมธรรมานุภาพ และกมลลาศ ภูวนาธิพงศ์⁹ ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยา สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งการได้ยิน การมองเห็น การพูด การรับรู้ และการตอบสนองที่ล่าช้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความเข้าใจธรรมชาติและความต้องการของผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับผู้สูงอายุเพื่อความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้สึกละสิ่งที่ต้องการด้วยความรักและความเมตตา 2) การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการนำหลักพุทธธรรม ได้แก่ อิทธิบาท 4 พรหมวิหาร 4 และหลักธรรมที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ได้แก่ กัลยาณมิตรธรรม และสติกับสมาธิ มาบูรณาการกับแนวคิดทางจิตวิทยา ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ สร้างเป็นกิจกรรมในการอบรมในรูปแบบ “รัก คิดบวก รับฟัง พูดคุย เข้าใจ”

เอกสารอ้างอิง

1. แพรพรรณ ศิริลาภ, (2567). ข้อมูลประชากรโลกปี 2567 ชี้อัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ขณะที่ประชากร สูงอายุเพิ่มขึ้น – เร่งลงทุนสุขภาพพื้นฐาน. สืบค้นจาก <https://www.sdgmove.com/2025/01/14/prb-world-population-data-sheet-2024/>
2. บุษบา แพงบุปผา, ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2561). การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software Care Plan. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สืบค้นจาก https://hpc5.go.th/rcenter/_fulltext/20190828143821_656/20190828144009_4062.pdf
3. Hfocus.org. (2568). กรมอนามัย เร่งผลิตบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ พร้อมพัฒนา “นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน” รับสังคมสูงวัย. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2025/05/34269>

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การพัฒนา ศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ต้องมีการพัฒนาทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ผลการเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ เป็นผลมาจากการจัดทำรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด โดยมีเนื้อประกอบด้วย 1) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) 2) การดูแลผู้สูงอายุ 3) บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงควรนำรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด มาใช้ในการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลยางตลาด ในระยะยาวเพื่อดูผลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4. กิตติพงศ์ สุวรรณวงศ์ พระครูบวรชัยวัฒน์ (วันชัย เมธิโก) พระครูประสุตโพธิคุณ (จิภาณุ สุวรรณรงค์) อภินันท์ สิริรัตนจิตต์ อาทิตย์ อินทรภักดี. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง ด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ในชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารพุทธศาสตร์ มจร.อุบลราชธานี 2567; 6(3), 683–692.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). รายงานสถานการณ์ประชากรจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2568. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.nso
6. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
7. นฤมล ไสร้จจ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ.วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข 2568; 1(1) : 1 – 18.
8. อภิวรรณ กำจร. การศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังผ่านอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภาวิชาชีพสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 16(2): 122-135
9. พสุ วัฒนันท์ เมธาวี อุดมธรรมานภาพ กมลาศ ภูวนาธิพงศ์. การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์ 2565; 7(2). 1879-90

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน ตาม บริบทพหุวัฒนธรรมในพื้นที่ในจังหวัดปัตตานี

Developing a model for patient care under the Royal Benevolence and Royal Patronage for sustainable quality of life in the multicultural context of Pattani Province.

(Received: November 24,2025 ; Revised: December 4,2025 ; Accepted: December 6,2025)

ณัฐนิชา วารีสมาน¹
Natnicha Wareesamarn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ในด้านต่าง ๆ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความยั่งยืนและเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย และ 3) ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 35 คน และบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 70 คน รวมทั้งสิ้น 105 คน สำหรับระยะที่ 2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์จำนวน 7 คน ส่วนระยะที่ 3 ผู้ป่วยจำนวน 35 คน และบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 70 คน รวมทั้งสิ้น 105 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ การแจกแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงสถิติ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสารทางการแพทย์ ตลอดจนข้อมูลรายงานการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินความพึงพอใจ และเอกสารร่างรูปแบบการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) การดูแลผู้ป่วยในโครงการพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์เป็นระบบที่มุ่งเน้นการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในปัจจุบันยังคงมีอุปสรรคหลายด้าน เช่น การขาดแคลนทรัพยากร ทั้งยา อุปกรณ์ บุคลากร และความล่าช้าในการให้บริการ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว 2) รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งสี่มิติหมุนเวียนสัมพันธ์กันภายใต้แนวคิด “M-E-S-A” ซึ่งหมายถึง, Medical, Emotional, Social, และ Accessibility โดยมีจุดศูนย์กลางของโมเดลคือ “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย” และ “การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” รูปแบบนี้ประกอบด้วย 4 มิติหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจรแห่งการดูแล ได้แก่ มิติทางการแพทย์ มิติทางจิตใจและอารมณ์ มิติทางสังคมและครอบครัว มิติด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ 3) ความพึงพอใจรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยตัวชี้วัดด้าน คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.89) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การดูแลที่ได้รับตรงกับความต้องการของท่าน (ค่าเฉลี่ย = 4.20) และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.57) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ภาพรวมก่อนการใช้รูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ภาพรวม อยู่ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.09) หลังการใช้รูปแบบ ภาพรวมอยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.82) ผลการทดสอบทางสถิติด้วยค่า t-test พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 5.668$, $Sig. = 0.000$)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย พระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ คุณภาพชีวิตจังหวัดปัตตานี

Abstract

This research is a research and development with the following objectives: 1) study the current situation of care for patients under royal patronage in various aspects; 2) develop a sustainable and appropriate patient care model based on patients' needs; and 3) assess satisfaction with the developed patient care model. In phase 1, the sample consisted of 35 patients and 70 medical personnel, totaling 105 participants. In phase 2, the informants consisted of 10 experts and 7 experts with experience in caring for patients under royal patronage. For the third phase, there are 35 patients and 70

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี

medical personnel, totaling 105 people, selected by purposive sampling. Both quantitative and qualitative methods were used to collect data, including questionnaires for statistical data collection, interviews, focus group discussions, and review of medical documents, as well as patient care reports. The instruments used included questionnaires, satisfaction assessment forms, and draft care model documents. Descriptive statistics were used for quantitative data analysis, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Content analysis was used for qualitative data analysis.

The results of the study found that 1) The care for patients under the royal patronage and royal patronage projects is a system that focuses on providing quality medical services that cover all dimensions of health, including physical, mental, and social aspects. However, the current operations still have many obstacles, such as the lack of resources, including medicine, equipment, personnel, and delays in providing services, which affect the quality of care and satisfaction of patients and their families. 2) The developed model consists of four dimensions that revolve around each other under the concept of "M-E-S-A" which means, Medical, Emotional, Social, and Accessibility, with the central points of the model being "patient quality of life" and "care with a human heart." This model consists of four main dimensions that are linked together as a cycle of care, namely, medical dimension, mental and emotional dimension, social and family dimension, and rights and access to services. 3) The satisfaction with the developed care model, as measured by the indicators of patient quality of life and satisfaction, is at a high level (mean = 3.89). The aspect with the highest mean is that the care received meets the needs of the patients (mean = 4.20), and the lowest mean is the convenience of accessing services (mean = 3.57). Quality of life of patients under royal patronage and royal patronage. Overall before using the quality of life model of patients under royal patronage and royal patronage, overall was at a moderate level (mean = 3.09). After using the quality of life model of patients under royal patronage and royal patronage, overall was at a high level (mean = 3.82). The results of the statistical test using the t-test found that there was a statistically significant difference at the 0.01 level ($t = 5.668$, $Sig. = 0.000$).

Keywords: Patient care model, Royal benevolence and royal patronage, Quality of life Pattani Province

บทนำ

การจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์นั้นมาจากพระมหากรุณาธิคุณที่ทรงมีต่อประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ประสบปัญหาทางสุขภาพและขาดโอกาสในการเข้าถึงการรักษาที่มีมาตรฐาน ปัญหานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้าถึงกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสเพื่อให้สามารถรับการรักษาและการดูแลได้อย่างเท่าเทียม ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพยังคงเป็นความท้าทายในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งการพัฒนาและจัดระบบดูแลเฉพาะนี้เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคล

ผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา และผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์วงศ์ศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา¹

แม้ประเทศไทยจะวางแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจนในระดับประเทศ รวมถึงระบุ

ในกฎหมายสูงสุดอย่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ยังพยายามแก้ไขปัญหาในการให้บริการด้านสาธารณสุขมาโดยตลอด กระนั้นปัจจุบันก็ยังพบปัญหาความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นกับกลุ่มเปราะบางในหลายด้าน อันเกิดมาจาก 1. สถานภาพทางสังคม (social status) เช่น เพศ ภาษา เชื้อชาติ ฯลฯ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการสาธารณสุข 2. ทุนทางสังคม (social capital) กล่าวคือ การมีคนที่ใกล้ชิดอย่างครอบครัว เพื่อน ฯลฯ ให้คำแนะนำจะเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของสาธารณสุขมากขึ้น 3. ทุนมนุษย์ (human capital) เช่น การศึกษา อาชีพ ฯลฯ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการที่ได้รับจากสถานบริการ² โดยปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน นอกจากนี้ ปัญหาอีกปัจจัยหนึ่งคือการศึกษาของผู้ป่วยมีความอดทนต่ออาการเจ็บป่วยของตนเองที่เกิดขึ้น เพราะมีความเกรงใจที่จะต้องไปรับบริการหากไม่มีอาการที่หนักมาก พฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นความรู้สึกด้อยค่า ส่งผลให้ขาดโอกาสในการแสวงหาและเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ปัจจัยที่กล่าวไปข้างต้นนั้นส่งผลการตัดสินใจของกลุ่มคนเปราะบางทางสังคมที่เป็นกลุ่มคนจน คนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และกลุ่มแรงงาน เลือกที่จะไม่เข้าถึงบริการเพื่อรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น³

การขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มด้อยโอกาสมีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลเฉพาะเพื่อรับรองว่าทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน ทั้งนี้การจัดระบบการดูแลในพระบรมราชานุเคราะห์เป็นการเพิ่มคุณภาพของระบบสาธารณสุข ช่วยให้การบริการทางการแพทย์ มีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นการลดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร รวมถึงเป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลที่ระบบการดูแลยังเป็นแนวทางที่ช่วยสร้างความยั่งยืนในระยะยาวให้กับระบบสาธารณสุขของ

ประเทศไทย โดยการให้บริการอย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ชีวิตปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในระยะยาว การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างสังคมที่สุขภาพดี มีความเท่าเทียม และเป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับหลักสากลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความพึงพอใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายจิตใจและสภาวะสิ่งแวดล้อมหรือการกระทำกิจกรรมตามบทบาทและควบคุมโรคได้⁵ องค์การอนามัยโลก⁶ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะบทบาทสังคมวัฒนธรรมและค่านิยมที่เป็นตามคาดหวังเป็นไปตามมาตรฐานและอยู่ในความสนใจของตนเองซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ในหลายมิติ ได้แก่ มิติด้านความพึงพอใจในชีวิตแนวคิดเกี่ยวกับตนเองภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม⁷ ซึ่งสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ประการหนึ่ง โดยทำให้เข้าใจผลกระทบของโรคและการรักษาที่มีต่อชีวิตจากการรับรู้หรือมุมมองของผู้ที่เจ็บป่วยนอกเหนือจากการประเมินภาวะสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางที่ไม่ดี โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเป็นระยะเวลานานและมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นหรือรับรู้ว่าการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ สังคม และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือแม้แต่ผู้ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่หากมีความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยกระทำได้ด้วยตนเองหรือต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อให้ควบคุมโรคได้ อาจทำให้เกิดความ

คับข้องใจอีต้อดเปื้อน่วยซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้^๘

จังหวัดปัตตานีมีความท้าทายด้านสุขภาพและสังคมที่สำคัญ เนื่องจากมีสภาพความเป็นอยู่และปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ปัญหาที่พบมากคือการขาดแคลนการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประมงและเกษตรกรรม นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพจิตใจของประชาชน ทำให้ต้องการการดูแลด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งกายและจิตใจ ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์มีการดำเนินงานอยู่แล้ว แต่ยังขาดรูปแบบที่เป็นมาตรฐานและเป็นระบบที่ยั่งยืน ทำให้การดูแลผู้ป่วยในบางกรณีไม่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลงบประมาณที่เพียงพอ รวมถึงการขาดทักษะเฉพาะทางในการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลายคนอาจยังขาดการเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพ ทำให้ความเป็นอยู่และการฟื้นตัวของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การศึกษานี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้มีความยั่งยืนได้ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสุขทางจิตวิญญาณ อีกทั้งการวิจัยนี้ยังสามารถนำไปสู่การสร้างมาตรฐานการดูแลที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างทั่วถึงและสามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ ยังเป็นการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขโดยรวม^๙

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเมตตากรุณาและพระมหากรุณาธิคุณของพระมหาจักรีและพระบรมวงศานุวงศ์ที่ทรงห่วงใยสุขภาพและชีวิตของประชาชนไทย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ¹⁰ ด้วยเหตุนี้ การจัดรูปแบบการดูแลจึงมุ่งเน้นไปที่การให้บริการที่มีมาตรฐานสูง ครอบคลุม และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ประชาชนกลุ่มที่ได้รับพระบรมราชานุเคราะห์มักเป็นผู้ที่ขาดโอกาสทางการเงินหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงบริการทางการแพทย์เป็นไปอย่างยากลำบาก การจัดรูปแบบการดูแลนี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาที่ดีและครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพช่วยให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกับผู้ป่วยทั่วไป และยังเป็นการพัฒนามาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพสูงในทุกขั้นตอน ถือเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและเป็นต้นแบบให้หน่วยงานสุขภาพอื่นๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ในด้านต่างๆ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ที่มีความยั่งยืนและเหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ในด้านต่างๆ

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Collection) การแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยจำนวน 35 คน และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 70 คน รวมทั้งสิ้น 105 คน

2. การรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Document Review) การตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกการดูแลผู้ป่วย เอกสารทางการแพทย์ และรายงานประจำปีของการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เช่น สถิติการเข้ารับการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย และข้อมูลจากการตรวจสอบสุขภาพ

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถาม (Questionnaires) แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งสามารถออกแบบให้ครอบคลุมด้านต่างๆ ผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีลักษณะของแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อสรุปคะแนนโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ที่มีความยั่งยืนและเหมาะสมโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ

2.1 การทบทวนข้อมูลจากระยะที่ 1

ศึกษาผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในระยะที่ 1 รวมถึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เพื่อระบุปัญหาหลักและความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยรวมถึงข้อเสนอแนะจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลในระยะนี้

2.2 การตั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เชิญผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา แพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จำนวน 10 ท่าน มาร่วมประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลการจัดเวทีสนทนาหรือการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Focus Group Discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นและร่วมกันสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

2.3 การพัฒนาแนวทางการดูแล

จากข้อมูลที่ได้รับและการร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญ จะพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ที่ครอบคลุมทุกพร้อมทั้งคำนึงถึงความยั่งยืนในระยะยาว โดยอาจใช้หลักการของการดูแลที่เน้นความเป็นมิตรและการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมถึงการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย การใช้แอปพลิเคชันสำหรับการติดตามการใช้ยาและสารน้ำ หรือระบบการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขั้นที่ 1 การยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์

ขั้นที่ 2 การตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยการจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และ

พระราชานุเคราะห์ที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 7 คน

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิ วิพากษ์วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ในประเด็นต่างๆ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้ทรงคุณวุฒิจากฉันทามติในการสนทนากลุ่ม มาปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์

3.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยจำนวน 35 คน และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 70 คน รวมทั้งสิ้น 105 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 1) เอกสารรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ 2) แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีลักษณะของแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากหน่วยงานถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดตามรวบรวมแบบสอบถามที่ส่งคืนมาด้วยตนเองและนำมาตรวจสอบความถูกต้อง

ครบถ้วนของข้อมูลการตอบแบบสอบถาม เพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เกณฑ์การตัดสินประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์และคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1.00 ถือว่าผ่านการประเมิน

ผลการวิจัย

สถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์

บุคลากร การดูแลผู้ป่วยในโครงการพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ในปัจจุบันพบว่า มีปัญหาหลายด้านที่ต้องพิจารณาเพื่อพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการ ปัญหาหลักที่พบคือการขาดแคลนทรัพยากรทั้งในด้านยา อุปกรณ์ เครื่องมือ รวมถึงบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนี้ยังมีปัญหาความล่าช้าในการให้บริการและการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว จากผลสำรวจพบว่าโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยในโครงการนี้ส่วนใหญ่ได้รับการมองว่าเหมาะสมในระดับปานกลาง แต่ก็ยังมีความเห็นว่าโครงสร้างบางประการสามารถปรับปรุงได้ เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การบริการรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การฝึกอบรมบุคลากรก็เป็นหนึ่งในความต้องการหลักที่สำรวจพบ โดยส่วนใหญ่เชื่อว่าควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในด้านการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ และการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ

ดูแลผู้ป่วยในโครงการพระบรมราชานุเคราะห์ สำหรับอุปสรรคที่ขัดขวางการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ พบว่าปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานและการขาดแคลนทรัพยากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการจำกัดประสิทธิภาพการบริการ นอกจากนี้ ความต้องการในการพัฒนาความรู้ของบุคลากรและการฝึกอบรมเพิ่มเติมในด้านต่างๆ เช่น การจัดการทรัพยากรและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ก็มีความสำคัญในการยกระดับการบริการในอนาคต คาดหวังว่าโครงการนี้จะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่าการพัฒนาโครงการนี้จะสามารถทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นได้อย่างมาก การเพิ่มงบประมาณ และทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ก็ได้รับการเสนอแนะให้เป็นแนวทางสำคัญในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

จากการสำรวจความคิดเห็นในส่วนของความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจในระดับต่างๆ โดยมีการพึงพอใจสูงในบางด้าน เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาแม้ว่าจะมีบางปัญหาที่ยังคงเกิดขึ้น เช่น การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือการรอคอยที่ยาวนาน

ผู้ป่วย ในด้านการประเมินปัญหาที่พบระหว่างการเข้ารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากประสบปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และการรอนาน ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน สำหรับการรับข้อมูลสิทธิ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความตัดสินใจในการเข้ารับบริการหรือการรักษา ในส่วนของความต้องการในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการให้มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรและปรับปรุงการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมี

ความต้องการในการพัฒนาความสะดวกในการเข้าถึงบริการและลดขั้นตอนการรอคอยในการรับบริการโดยรวมแล้ว ผู้ป่วยในโครงการพระบรมราชานุเคราะห์มีความต้องการในการปรับปรุงทั้งในด้านการให้บริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพสูงขึ้น รวมถึงการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิในการรักษา การจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก และการช่วยเหลือด้านการเดินทาง สิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาและปรับปรุงบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสะดวกสบายและลดความเครียดในการเข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรได้รับความใส่ใจจากทั้งโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโครงการนี้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และรูปแบบนี้ประกอบด้วย 4 มิติหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจรแห่งการดูแล ได้แก่ มิติทางการแพทย์ (Medical Dimension) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพทันสมัย และครอบคลุม เช่น การให้บริการผ่านระบบ telemedicine การพัฒนาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ให้มีทักษะและจิตบริการ การส่งยาถึงบ้าน และคลินิกเคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล มิติทางจิตใจและอารมณ์ (Psychological & Emotional Dimension) เน้นการดูแลสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางอารมณ์และกำลังใจ รวมทั้งการบำบัดผ่านเทคโนโลยี เช่น Telepsychology และกิจกรรมศาสนาเพื่อเสริมพลังจิตใจ มิติทางสังคมและครอบครัว (Social & Family Dimension) เป็นการส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ เช่น การจัดบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยฟรี การเบิกค่าพาหนะเพื่อเข้ารับการรักษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และการติดตามอาการผ่านระบบ Home Health Monitoring เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง

ต่อเนื่องและลดภาระของครอบครัว ขณะที่มิติด้านสิทธิ และการเข้าถึงบริการ (Rights & Accessibility Dimension) ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิการรักษา ช่องทางร้องเรียน และการสนับสนุนการ สื่อสารหลายภาษา เพื่อให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มสามารถเข้าถึง บริการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

องค์ประกอบทั้งสี่มิติหมุนเวียนสัมพันธ์กัน ภายใต้อาณัติ “M-E-S-A” ซึ่งหมายถึง, Medical, Emotional, Social, และ Accessibility โดยมี จุด ศูนย์กลางของโมเดลคือ “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย” และ “การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” การเชื่อมโยงของ ทั้งสี่มิติแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์มิได้มุ่งเฉพาะการรักษา โรคเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงจิตใจ สังคม วัฒนธรรม และ สิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนได้รับการ ดูแลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างแท้จริง



ภาพที่ 1 รูปแบบที่พัฒนา (องค์ความรู้ใหม่)

การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดย ตัวชี้วัดด้าน คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.89) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมาก

ที่สุดคือ การดูแลที่ได้รับตรงกับความต้องการของท่าน (ค่าเฉลี่ย = 4.20) รองลงมา ได้แก่ คุณภาพของการให้ คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ (ค่าเฉลี่ย = 4.11) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษา (ค่าเฉลี่ย = 4.06) การตอบสนองของบุคลากรเมื่อ มีปัญหาหรือข้อสงสัย (ค่าเฉลี่ย = 3.97) ความคุ้มค่าของ บริการที่ได้รับเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย (ค่าเฉลี่ย = 3.88) ความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแล (ค่าเฉลี่ย = 3.85) การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (ค่าเฉลี่ย = 3.83) ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมของ สถานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 3.74) ผลกระทบของการดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของท่าน (ค่าเฉลี่ย = 3.71) และความ สะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.57) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน พระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ก่อนหลังการใช้รูปแบบ

การใช้ โปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	Sig.
หลัง	3.81	0.16366	5.668	0.000**
ก่อน	3.09	0.50156		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน พระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ก่อน และหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.16366 ก่อนใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50156 ผลการทดสอบทางสถิติ ด้วยค่า t-test พบว่า มีค่าความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 5.668$, Sig. = 0.000) แสดงว่าหลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนใช้ โปรแกรม

สรุปและอภิปรายผล

ปัญหาหลักที่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่างเผชิญอยู่คือการขาดแคลนทรัพยากรบุคลากรและอุปกรณ์ รวมถึงความไม่สอดคล้องในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งนี้การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรสามารถทำให้เกิดการรอคอยบริการที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจต่อระบบบริการในปัจจุบัน ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ มีความสำคัญเนื่องจากสามารถทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานอาจช่วยลดความล่าช้าและเพิ่มความสะดวกในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยสร้างความพึงพอใจและลดความเครียดของผู้ป่วยได้ ในระยะยาว การฝึกอบรมบุคลากรก็เป็นอีกหนึ่งข้อเสนอที่สำคัญ เนื่องจากบุคลากรที่มีความสามารถและความรู้ในด้านต่างๆ จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทั้งการใช้งานเทคโนโลยีทางการแพทย์และการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษก็จะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น ในส่วนของการปรับปรุงการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยนั้น การที่ผู้ป่วยมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือการรอคอยที่ยาวนาน ถือเป็นจุดที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ดีอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจสิทธิ์และขั้นตอนในการรักษา ส่งผลต่อการตัดสินใจและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ จึงควรมีการพัฒนาการสื่อสารทั้งในด้านการให้ข้อมูลและการตอบคำถามจากผู้ป่วยให้ชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น สุดท้ายการลดขั้นตอนการรอคอยในการรับบริการและการจัดเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาให้ครบถ้วนและชัดเจน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย และสามารถตัดสินใจในการรักษาได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัย

สำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโครงการพระบรมราชานุเคราะห์ให้มีประสิทธิภาพและความพึงพอใจที่สูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ¹¹ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่พบว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ คือ ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ขาดการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการดูแล หน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้านที่มีรูปแบบที่ชัดเจน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ควรเป็นระบบที่มีความยั่งยืนและครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพ โดยใช้แนวทางแบบบูรณาการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล การแพทย์ทางไกล บริการให้คำปรึกษา และเครือข่ายช่วยเหลือจากภาคสังคม ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบนี้ไปปฏิบัติต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะที่เพียงพอ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการข้อมูลและการให้บริการ การดำเนินการตามแนวทางนี้จะช่วยให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีความยั่งยืนและสามารถรองรับความต้องการของผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ¹² ที่ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเดียว 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแล 4) การสร้างเสริมพลังให้ผู้ป่วยเรื้อรัง และ 5) การสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ¹³ การพัฒนารูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่พบว่า รูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1) ลดขั้นตอนให้บริการ 2) สนับสนุนการจัดการตนเอง 3) พัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแล และ 4) พัฒนารูปแบบข้อมูลสารสนเทศ

ความพึงพอใจรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยตัวชี้วัดด้าน คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การดูแลที่ได้รับตรงกับความต้องการของท่าน รองลงมาได้แก่ คุณภาพของการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การตอบสนองของบุคลากรเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย ความคุ้มค่าของบริการที่ได้รับเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแล การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล ผลกระทบของการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของท่าน และความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ¹³ ที่ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($M = 4.62, SD = .54$) เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการให้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยการดูแลดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพทันสมัย และตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลภายใต้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความ

ต้องการของพวกเขาได้เป็นอย่างดี ปัจจัยที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ การดูแลที่ได้รับตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงการรักษาที่คำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รองลงมาคือ คุณภาพของการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในแนวทางการรักษาและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองนอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลที่ดีและมีอิสระในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง ขณะเดียวกัน การตอบสนองของบุคลากรเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือพบปัญหา ก็มีบทบาทในการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยรวมถึง ความคุ้มค่าของบริการที่ได้รับเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย แม้ว่าโครงการนี้จะเป็นการดูแลที่ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโดยตรง แต่ประสิทธิภาพของบริการที่ได้รับก็เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการรักษาและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมไปถึง การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบที่ทำให้กระบวนการรักษามีความต่อเนื่องและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งนี้ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล ก็มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษา เพราะสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบจะช่วยสร้างความมั่นใจและความสบายใจให้แก่ผู้ป่วย แม้ว่าผลการประเมินจะพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง แต่ยังมีบางประเด็นที่สามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้ โดยเฉพาะ ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะทาง ระบบการนัดหมาย และความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาในอนาคตควรมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบการให้บริการให้รวดเร็วและสะดวกมากขึ้น อาจใช้เทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุน เช่น ระบบนัดหมายออนไลน์

การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือแอปพลิเคชัน ให้คำปรึกษาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรเพื่อรองรับ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรใน ด้านต่างๆ เช่น การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การ จัดการทรัพยากรทางการแพทย์ และการดูแลผู้ป่วยที่มี ความต้องการพิเศษเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ
2. ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยให้การ บริการสะดวกและรวดเร็ว เช่น ระบบTelemedicine และ Chatbot เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล ทางสุขภาพได้ง่ายขึ้น และการปรับปรุงระบบการสื่อสาร ด้วย AI เพื่อให้การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรปรับปรุงระบบการประสานงานระหว่าง หน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่าง ราบรื่น ลดปัญหาความล่าช้าและอุปสรรคที่เกิดจากการ ขาดการประสานงาน
4. การเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการลดขั้นตอน การรอคอยและทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ง่ายขึ้น เช่น การใช้ระบบนัดหมายออนไลน์ และการ จัดตั้งระบบ Fast Track เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ต้องการ ความเร่งด่วน
5. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติทั้ง ด้านการแพทย์ จิตใจ สังคม และสิทธิในการเข้าถึง บริการ ควรให้ความสำคัญกับการดูแลทางสุขภาพจิต และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการให้ความสะดวกสบาย ในการเข้าถึงบริการ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในพื้นที่จังหวัดปัตตานี” สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลาย ฝ่าย ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่ทรงมีพระมหา กรุณาธิคุณในการพระราชทานแนวพระราชดำริ ด้าน การดูแลผู้ป่วยภายใต้โครงการพระราชานุเคราะห์ อัน เป็นแรงบันดาลใจ และแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีที่ให้การสนับสนุน ด้านนโยบาย ทรัพยากร และความร่วมมือในการดำเนิน โครงการอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดปัตตานีรวมทั้ง บุคลากรทาง การแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้ร่วม แรง ร่วมใจในการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลอันมีคุณค่าใน การพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยและครอบครัว ที่ให้ความ ร่วมมือและเปิดโอกาสให้ทีมงานได้เรียนรู้ประสบการณ์ การดูแลจากชีวิตจริงซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญให้เกิด แนวทางที่มีคุณค่าและยั่งยืนต่อไป สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้า ขอขอบคุณ คณะทำงานโครงการพระราชานุเคราะห์ จังหวัดปัตตานี และทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ ร่วมกันขับเคลื่อนให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย เพื่อสืบสานพระราชปณิธานแห่งการดูแลผู้ป่วยด้วย หัวใจแห่งความเมตตา ขออุทิศความสำเร็จของงานนี้แด่ พระมหากรุณาธิคุณแห่งองค์พระบรมวงศานุวงศ์ทุก พระองค์และเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในจังหวัด ปัตตานีอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- 1.คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง. (2567). คู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์. กองแพทย์หลวง กรมสนับสนุน สำนักพระราชวัง.
- 2.วรธา มงคลสืบสกุล. (2565). การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทย: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์. 6(1).
- 3.สุปรานี สิทธิกานต์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43 (1), 19-29.
- 4.เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒนวงศ์. (2559). การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และทีมหมอครอบครัวในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ:สุขภาพสร้างห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(2): 1-16.
- 5.Ubkin IM, Larsen PD., (1998). Chronic illness. Boston: Jones and Bartlett. Chicago.
- 6.Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization. (1997). WHOQOL: measuring quality of life. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63482>
- 7.Zhan L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced. Nursing, 17, 795 - 800.
- 8.จันจิรา หินขาว. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11(1): 23-32.
- 9.สุดารัช ชัยศรี. (2563). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของพนักงานผู้ให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร. Journal of Administrative and Management Innovation, 8(2): 33-46.
- 10.ศูนย์ประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสในสังคม. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 11.ศีล เทพบุตร. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการ แพทย์. และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 17(3),112-124.
- 12.นิมมวล โยคิน. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย. เข้าถึงได้จาก<https://shorturl.asia/LKpkM>
- 13.สุนนา ยวดยง. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.วารสารพยาบาลตำรวจ, 15(2): 320-328.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในระยะวิกฤติ : กรณีศึกษา
Nursing care for patients with chest, abdominal, and pelvic injuries in critical conditions
: A Case Study.

(Received: November 29,2025 ; Revised: December 2,2025 ; Accepted: December 6,2025)

ธเนษฐ ราชอุปนันท์¹
Thanet Ratchaupanant¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในระยะวิกฤติ ในกรณีศึกษาหญิงไทยเกิดอุบัติเหตุถูกรถยนต์ชน 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนของโอเร็มและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และดำเนินการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

ผลการศึกษา พบว่า หลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีแผลกดทับ สารคัดหลั่งจากท่อระบายเป็นสีแดงจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น จำนวนสารคัดหลั่งลดลงเป็นลำดับ หลังการฟื้นฟูสภาพร่างกายพบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บนเตียง การรับประทานอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน เช็ดตัวบนเตียง และสุขวิทยาดีขึ้น โดยสามารถออกกำลังกายด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อขา และกระดกข้อเท้าได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย สามารถที่จะปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง และไม่มีปัญหาเมื่อไปตรวจตามแพทย์นัด

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วย, การบาดเจ็บช่องอก ช่องท้องและอุ้งเชิงกราน, ระยะวิกฤติ, การผ่าตัด

Abstract

This case study aimed to study the nursing care for patients with chest, abdominal, and pelvic injuries in critical conditions in a case study of a Thai woman who was hit by a car. The data collection instrument was a form designed to record information from medical records regarding the mechanism of injury, symptoms and signs, history of current illness, history of past illnesses, history of medication, surgery, lifestyle and health behaviors, laboratory test results, and other special test results. The data were analyzed to determine nursing diagnoses using Orem's and Gordon's models of health, and to plan nursing actions using the nursing process. This process was then followed by monitoring and evaluating the nursing operations according to the plan.

The study results found that after surgery, the patient had no serious complications from the surgery. The surgical wound was not swollen or red, there were no pressure sores, and the discharge from the drainage tube was light red and odorless. The amount of discharge gradually decreased. After rehabilitation, the patient was found to be able to perform daily activities in bed, such as eating, washing her face, brushing her teeth, wiping her body in bed, and improving her hygiene. The patient was able to exercise by tensing back muscles, leg muscles, and flexing the ankle correctly. The patients and their relatives understand their illnesses and could properly manage their health after returning home to recuperate, and have no problems when attending scheduled doctor appointments.

Keywords: Nursing care, Patient, Chest, Abdominal and pelvic injuries, critical conditions, Surgery

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Trauma หรือ Polytrauma) เป็นสภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บพร้อมกันในหลายระบบของร่างกาย โดยมีการบาดเจ็บอย่างน้อยสองระบบขึ้นไป¹ ซึ่งส่งผลคุกคามต่อชีวิต เกิดผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ² นอกจากนี้การบาดเจ็บหลายระบบยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และการเกิดภาวะทุพพลภาพของประชากรทั่วโลกเป็นจำนวนมาก³ แม้ว่าปัจจุบันจะมีรายงานแนวโน้มอัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บหลายระบบเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการรักษาด้วยวิวัฒนาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย แต่การบาดเจ็บหลายระบบมีลักษณะพิเศษ คือการเกิดบาดเจ็บพร้อมกันในหลายระบบของร่างกาย ซึ่งอาจรวมถึง ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความซับซ้อนของการบาดเจ็บหลายระบบไม่ได้เกิดจากการรวมความรุนแรงของการบาดเจ็บแต่ละระบบเท่านั้น แต่ยังเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบต่างๆ ที่อาจทำให้ความรุนแรงโดยรวมเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ เป็นต้น⁴

อุบัติเหตุบนถนนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของหลายประเทศ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนมากกว่า 1.35 ล้านคนต่อปี และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 50 ล้านคนต่อปี สำหรับแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าประเทศไทยมีรายงานการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนสูงสุดอยู่ที่ 32.7 รายต่อประชากร 1 แสนราย รองลงมาคือ เวียดนาม 26.4 ราย มาเลเซีย 23.6

ราย เมียนมา 19.9 ราย กัมพูชา 17.8 ราย ลาว 16.6 ราย ฟิลิปปินส์ 12.3 ราย อินโดนีเซีย 12.2 ราย และสิงคโปร์ 2.8 รายต่อประชากร 1 แสนราย ตามลำดับ⁵ ข้อมูลสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2565-2567 พบมีผู้เสียชีวิตจำนวน 13,623, 15,015, 14,122 ราย ตามลำดับ และปี 2568 มีผู้บาดเจ็บสะสมจนถึงปัจจุบัน จำนวน 568,783 ราย ร้อยละ 68.82 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 19-59 ปี)⁶ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการพัฒนาประเทศ และผู้บาดเจ็บที่รอดชีวิตมักต้องเผชิญกับความพิการระยะยาว ความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ ที่ต้องการการดูแลและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัด เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องการการดูแลเร่งด่วนและใช้ทรัพยากรมาก ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ อุปกรณ์การแพทย์ขั้นสูง เต็มในหอผู้ป่วยวิกฤต และห้องผ่าตัด การใช้ทรัพยากรเหล่านี้ในระยะยาวยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ⁷

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ตั้งอยู่ในใจกลางกรุงเทพฯ มีศูนย์กู้ชีพบนรถที่ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จากสถิติของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเวชระเบียนให้บริการผู้บาดเจ็บที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 ปีย้อนหลังดังนี้ พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 806, 1,038 และ 1,105 คน⁸ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลราชวิถีมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงตามหลักการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง advanced trauma life support: ATLS โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันดูแลพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบุคลากรแรกในการประเมินสภาพและรับเบื้องต้น⁹ และเป็นสมาชิกสำคัญในทีมช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ซึ่งหากพยาบาลขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบอย่างเพียงพอกลับยิ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้บาดเจ็บได้

ดังนั้นพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องเป็น ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญมีทักษะในการประเมิน สภาพแรงแบบผู้บาดเจ็บหลายระบบอย่างถูกต้อง แม่นยำในการปฏิบัติการพยาบาลให้ความ ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บขั้นสูงได้¹⁰ มีการเฝ้าระวังและ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การตัดสินใจวางแผน ให้การพยาบาลได้รวดเร็ว ปลอดภัย ทันเวลาตาม มาตรฐาน รวมทั้งมีการสื่อสารกับผู้บาดเจ็บและ ครอบครัวในช่วงเวลานี้จะช่วยลดความวิตกกังวล ได้เพื่อผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ลดการเสียชีวิต ลดความ ทุกข์ทรมาน และการเพิ่มคุณภาพการดูแล ผู้บาดเจ็บหลายระบบ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บ บริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในระยะ วิกฤติ

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ การรักษา การ พยาบาลผู้บาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน

2. เลือกกรณีศึกษา โดยเลือกผู้ป่วยที่ได้รับ บาดเจ็บที่บริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน เข้ารับการรักษาห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของ ผู้บาดเจ็บเกี่ยวกับ กลไกการบาดเจ็บ อาการและ อาการแสดงประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติ การเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ ผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ และ แผนการรักษาของแพทย์

4. จัดทำกรณีศึกษาผู้ป่วยโดยใช้ กระบวนการพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดและ ทฤษฎีทางการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเรม¹¹ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน¹² ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อ

นำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย จิตใจ จิตสังคม โดยศึกษา ประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูลจาก เวชระเบียน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยเป็น ระยะตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และหลักการ ของ ATLS ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย บาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน¹³

5. นำแผนการพยาบาล ไปใช้เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา และประเมินผล การพยาบาล

6. สรุป วิเคราะห์ รวบรวมและจัดทำเป็น รายงานกรณีศึกษา

7. ตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน แก้ไข และ จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้หลักจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)
2. หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)
3. หลักความยุติธรรม (Justice)

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย บาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน ในระยะวิกฤติ ตามแบบแผนการพยาบาลของโอ เรม¹⁰ และกอร์ดอน¹¹ ซึ่งสามารถนำเสนอผล การศึกษา ได้ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยถูกรถยนต์ถอยมาชนที่สะโพกและ หลังกระแทกพื้นสลบไปไม่รู้สีกตัว ถูกส่งตัวไป รักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี แรกรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ดี ถามตอบรู้เรื่องทำตามบอกได้ ผลตรวจร่างกาย พ บ Glasgow Coma Score 15 คะแนน

(E4V5M6) pupil 3 มิลลิเมตร React to light both eyes แขนสองข้างยกได้ grade 5 ขาสองข้างยกได้ grade 2 มีอาการปวดบริเวณสะโพก ปวดท้องด้านขวา มีแผลถลอกที่สี่ข้างด้านขวา แพทย์ส่งตรวจพิเศษ CT Pelvis and C-Spine พบว่า Closed Fracture Pelvis with Sacrum Fracture grade III, Film CXR พบว่า Lung Contusion, EKG 12 Lead show NSR rate, FAST Abdominal ผล positive แพทย์พิจารณาทำการผ่าตัดฉุกเฉิน Supra-acetabular pin external fixation หลังทำการผ่าตัดให้ admit ที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังทำการผ่าตัดมีความกังวล กลัวโรคของตนเองรักษาไม่หาย กลัวความพิการหรือทุพพลภาพแล้วจะกลับไปทำงานไม่ได้ จึงให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและส่งเสริมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีความมั่นใจในการดำเนินในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง โดยครั้งแรกทำการผ่าตัดใส่เหล็กตรึงกระดูกเชิงกรานภายนอกตรงบริเวณกระดูก และครั้งที่สองได้ถูกทำการผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูกบริเวณเชิงกรานภายใน ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยให้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของกอร์ดอนซึ่งเป็นการมองการตอบสนองของบุคคลขั้นพื้นฐาน ผนวกกับแนวคิดของโอเร็ม ที่มุ่งเน้นให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในการปฏิบัติตน ในเรื่องการดูแลตนเอง และสามารถจัดการปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพให้พ้นจากโรคและความเจ็บปวดจากความบกพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในระยะวิกฤติดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤติและก่อนผ่าตัด (วันที่ 23 เมษายน 2568 และวันที่ 29 เมษายน 2568) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง ทำให้ประสิทธิภาพในการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง ข้อมูลสนับสนุน - Objective data: ผู้ป่วยมีบาดแผลถูกกระแทกบริเวณช่องอกและช่องท้อง ใช้กล้ามเนื้อทรงอกหายใจ - Objective data: Film CXR พบ Lung Contusion with Blunt abdominal injury e-FAST positive - Objective data: On HFNC Setting Flow O₂ 60 ลิตร/นาที อุณหภูมิ 34 องศาเซลเซียส	กิจกรรมการพยาบาล - การประเมินและติดตามการหายใจ โดยตรวจสอบอัตราการหายใจ และรูปแบบการหายใจ - ประเมินระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) อย่างสม่ำเสมอด้วยเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Pulse Oximeter) เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในเลือดอย่างสม่ำเสมอ - ฟังเสียงปอดเพื่อตรวจหาความผิดปกติ - ดูแลให้ออกซิเจน (Oxygen Therapy) ประเมินสภาพการหายใจทุก 2 ชั่วโมง - การจัดท่านอนโดยจัดท่า Semi-Fowler's เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขยายปอด เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่และทำให้การหายใจง่ายขึ้น - ดูแลให้ผู้ป่วยให้พักผ่อนเพียงพอและลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการเหนื่อยล้า - ติดตามผลเอกซเรย์ปอด และรายงานแพทย์รับทราบ - ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพเป็นระยะขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน - พยาบาลอยู่สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เตรียมพร้อมหากมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 23 เมษายน 2568) - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจโล่งดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
O₂ saturation 95 % เป้าหมายการพยาบาล 1. ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 2. ผู้ป่วยหายใจมีประสิทธิภาพในขณะที่ได้รับ On HFNC Setting Flow O₂ 60 ลิตร/นาที อุณหภูมิ 34 องศาเซลเซียส	2. สัญญาณชีพปกติ ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/70 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 99 % ไม่มีภาวะปลายมือปลายเท้าเขียว ชีด 3. เสียงปอดปกติ ไม่มี Capitation, Wheezing ผล CXR พบ Lung Contusion
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก เนื่องจากสูญเสียเลือดจากภาวะกระดูกเชิงกรานหัก ข้อมูลสนับสนุน 1. Objective data: CT พบ Closed Fracture Pelvis with Sacrum Fracture grade III 2. Objective data: Film CXR พบ Lung Contusion with Blunt abdominal injury e-FAST positive เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะช็อก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการแสดงของภาวะช็อก ทุก 15 นาที 2. ให้ผู้ป่วยได้รับสารละลาย LRS 500 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลทำ pelvic binder ให้และจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการ Stability ขาทั้งสองข้าง 4. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ ติดตามประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 5. ดูแลให้ออกซิเจน ประเมินสภาพการหายใจทุก 2 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 23 เมษายน 2568) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale 15 คะแนน, pupils 3 mm. RTLBE ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/81 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 96 %
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ปวดเชิงกรานร้าว ครบวงจร Pain Score 10/10 คะแนน 2. Subjective Data: มีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกและปวดท้องด้านขวา Pain Score 5/10 คะแนน 3. Objective data: ผล Film Pelvic AP พบ Closed Fracture Pelvis, On Philadelphia collar with On Pelvic Bidder Stability ขาทั้ง 2 ข้างเอาไว้ 4. Objective data: Film CXR พบ Lung Contusion with Blunt abdominal injury e-FAST positive เป้าหมายการพยาบาล เพื่อลดความเจ็บปวดและให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความปวด โดยใช้ Pain scale ทุก 1 ชั่วโมง 2. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน GCS 3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพราะผู้ป่วยมีกระดูกเชิงกรานหักอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดได้ 4. ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ทุก 15 นาที รวม 4 ครั้ง 5. ดูแลทำการ On Philadelphia collar with On Pelvic Bidder Stability ขาทั้ง 2 ข้างเอาไว้ 6. ดูแลการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยให้ปลอดภัย และลดความเจ็บปวดในการเคลื่อนไหว ดูแลพลิกตะแคงตัวโดยใช้วิธีพลิกแบบท่อนซุง (log roll maneuver) 7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 8. สอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการควบคุม การปวด เช่น การสูดลมหายใจเข้า - ออกลึกๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 25 เมษายน 2568) 1. ผู้ป่วยมีอาการสงบลง กลับได้ ไม่กระสับกระส่าย สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/69 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat 96 % 2. Pain score ลดลง = 8/10 คะแนน จาก Pain score =10/10 คะแนน คะแนนปัญหานี้ยังต้องติดตามต่อ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4: ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการบาดเจ็บจากเกิดอุบัติเหตุ และอาการอยู่ในระยะวิกฤต	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติจากสีหน้า ท่าทาง อาการแสดง พร้อมทั้งพูดคุยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ระบายความรู้สึกต่างๆ และ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยและญาติบอก พยาบาลที่ดูแลว่ากลัวผู้ป่วยเสียชีวิต 2. Subjective Data: ผู้ป่วย และญาติมีสีหน้า วิตกกังวล เป้าหมายการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและญาติ	กิจกรรมการพยาบาล สังเกตท่าทีและปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออกมาจากการพูดคุย 2. รับฟังและชี้แนะการเผชิญความเครียดหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้กำลังใจผู้ป่วย และญาติด้วยการพูดคุย สัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลที่มีอยู่ 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และขั้นตอนในการดูแลรักษา แจ้ง อาการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ พร้อมทั้งให้ความ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ 4. อธิบายให้ญาติทราบถึงการช่วยเหลือพยาบาลตั้งแต่รับที่จุดเกิดเหตุ การ ช่วยเหลือในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล การให้เลือด การให้สารน้ำ การ On Philadelphia collar with On Pelvic Binder Stability ขาทั้ง 2 ข้างเอาไว้ และการใส่ กระดานรองหลังยาวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่มีกระดูกหัก เพื่อการ รักษาและการผ่าตัดแก้ไขต่อไป 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมี ส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการรักษาร่วมกับแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 26 เมษายน 2568) ผู้ป่วยยังมีสีหน้าความวิตกกังวล ญาติคลายความวิตกกังวลลงมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์และให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5: ผู้ป่วยและ ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และ การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้า วิตกกังวล ผู้ป่วยสอบถามว่าตนเองเป็นอะไร และบอกว่ากลัวการผ่าตัดกลัวเสียชีวิต 2. Objective data: แพทย์แจ้งผลตรวจ CT scan พบว่ามีกระดูกเชิงกรานและกระดูก กระเบนเหน็บหักต้องทำการผ่าตัดด่วน 3. Objective data: แพทย์พิจารณาให้ Set ทำการผ่าตัด Emergency Supra-acetabular pin external fixation (วันที่ 23 เมษายน 2568) เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมี ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการปฏิบัติ ตนก่อนผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อ ซักถาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความไว้วางใจในการรักษาพยาบาล 2. รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและพูดระบายความรู้สึกกังวล ใจ 3. ประเมินความรู้และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในการผ่าตัด ให้ข้อมูลที่ จำเป็นเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยสังเขป และข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจ การจัดการ ความปวด 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บ แผนการรักษาพยาบาล สภาพและ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ความจำเป็นของการผ่าตัด และข้อมูล เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 5. อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมี ความมั่นใจว่าร่างกายจะฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด 7. เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมต่อแผนการรักษาพยาบาล ตรวจสอบความ พร้อมของเอกสาร ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Chest X-ray และ EKG ไบอินยอมในการผ่าตัด ไบอินยอมในการรับเลือด 8. สอนสาธิตการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ และผ่อนคลาย ใจออกช้าๆ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 23 เมษายน 2568) 1. ผู้ป่วยรับรู้ในคำอธิบายการผ่าตัด ลงนามในไบอินยอมการผ่าตัดและการ รักษา 2. ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา ลงนามเป็นพยานในการรักษา และการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนที่ 2 ข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะเวลาหลังผ่าตัด และระยะพักฟื้น ผู้ป่วยได้ทำการผ่าตัด 2 ครั้ง (วันที่ 24 เมษายน 2568 – 11 พฤษภาคม 2568)	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนอยู่ในท่าที่สบาย ท่า Fowler's position เพื่อลดอาการ ดึงรั้งของแผลผ่าตัด 2. ประเมินอาการปวดแผล โดยการสอบถาม pain score ให้ผู้ป่วยบอกความ ปวดเป็นคะแนน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองในระยะแรกหลังการทำผ่าตัดที่ไม่สามารถขยับตัวได้มากนักเนื่องจากความอ่อนเพลียจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การมีอุปกรณ์ต่างๆติดตัวทำให้การเคลื่อนไหวถูกจำกัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1: ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด Supra-acetabular pin external fixation with repair bladder ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลเชิงกราน และบริเวณหน้าท้อง ไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย 2. Objective data: หลังทำผ่าตัด Supra-acetabular pin external fixation On Radiovac Drain 1 เส้น 3. Objective data: ประเมินความปวด Pain score = 8/10 คะแนน สีหน้าแสดงความเจ็บปวด คิ้วขมวด (วันที่ 25 เมษายน 2568) เป้าหมายการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล สามารถพักผ่อนได้ และให้ผู้ป่วยสุขสบาย	3. แนะนำให้งดการใช้เสียงชั่วคราว ใช้การสื่อสารทางอื่นแทน เช่น กิริยาท่าทาง สัญลักษณ์ เพื่อลดการกระทบกระเทือนที่แผลผ่าตัดระยะยาว เพื่อสื่อสารกับญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ 4. ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg. (v) dilute ทุก 4 ชั่วโมง PRN. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามอาการหลังได้รับยา ทุก 15 นาที รวม 4 ครั้ง และรายงานแพทย์ทันที เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ 5. ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 6. ส่งเสริมการพักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด โดยรวมกิจกรรมการพยาบาล ไว้คราวเดียวกัน งดการใช้เสียงชั่วคราว แนะนำญาติไม่ชวนพูดคุยกับผู้ป่วยมากเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน 7. ประเมินอาการปวดซ้ำ หลังจากได้ยาบรรเทาปวด Morphine 3 mg. (v) dilute ทุก 4 ชั่วโมง PRN. อีก 30 นาที ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 28 เมษายน 2568) 1. อาการปวดทุเลาลง พักผ่อนได้ดี จัดท่านอนศีรษะสูงให้ สามารถนอนพักผ่อนได้เป็นระยะ ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/81 มิลลิเมตรปรอท O2 sat = 97% room air 2. Pain score ลดลง = 3/10 คะแนน จาก Pain score = 8/10 คะแนน 3. สีหน้าแจ่มใสขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2: เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ แผลผ่าตัด Supra-acetabular pin external fixation with repair bladder ข้อมูลสนับสนุน 1. Objective Data: มีไข้ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส (วันที่ 24 เมษายน 2568 เวลา 18.00 น.) 2. Objective data: ผล Lab CBC (WBC $13.13 \times 10^3/\mu\text{L}$) Neutrophil 92.1 % (วันที่ 23 เมษายน 2568 เวลา 12.01 น.) 3. Objective data: มีสายระบายสารคัดหลั่งจากอุ้งเชิงกราน 1 เส้น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบวม แดงรอบๆ แผล และสารคัดหลั่งที่ซึมจากแผล ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด 2. ดูแลทอระบายสารคัดหลั่ง ไม่ให้พับหรือเลื่อนหลุด และสังเกตลักษณะสารคัดหลั่ง 3. ทำแผลผ่าตัดโดยใช้หลัก Aseptic technique แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ 4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 5. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ Ceftriaxone 2 gm vein OD และ Metronidazole 500 mg vein q 8 hrs. และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา 6. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเย็น 7. ติดตามปัสสาวะใน 1 ชั่วโมง หากน้อยกว่า 30 cc ให้รายงานแพทย์ 8. ติดตาม intake - output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 26 เมษายน 2568) 1. ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/69 มิลลิเมตรปรอท O2 sat = 96% room air 2. ผล Lab CBC (WBC $7.35 \times 10^3/\mu\text{L}$) Neutrophil = 72.0% 3. แผลผ่าตัดไม่บวมแดง สารคัดหลั่งจากท่อระบายสีแดงจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น จำนวนสารคัดหลั่งลดลงเป็นลำดับ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3: เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำครบตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ต้องการของร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน Subjective Data: ผู้ป่วยบอก “ริมฝีปากแห้ง” Objective data: ผู้ป่วยมีท่าทางอ่อนเพลีย นอนบนเตียงตลอดเวลา Objective data: Potassium =3.35 mEq/L, Sodium =135 mEq/L, Chloride =106 mEq/L (วันที่ 24 เมษายน 2568) Albumin=2.7 g/dl (วันที่ 23 เมษายน 2568) เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	ร่างกายแห้งขาดน้ำ (Dehydration) โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังผ่าตัด และรับประทานอาหารไม่ได้ 2. ประเมินภาวะการขาดสารน้ำและสารอาหารของร่างกาย เช่น ผิวหนังแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง เยื่อบุตาแห้งซีด การแห้งแตกของริมฝีปาก เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดทำให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา ลำตัวตรงเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร 4. ดูแลรักษาเรื่องความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและก่อนนอน หรือให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก เพื่อป้องกันปากเป็นแผลและเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร 5. ติดตามการตรวจจี้เล็กโทรลิตตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. บันทึกสารน้ำเข้าและออก เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 26 เมษายน 2568) 1. ผิวหนังเริ่มชุ่มชื้นไม่แห้ง ริมฝีปากยังแห้งอยู่ 2. ผลตรวจค่าอิเล็กโทรลิต 26 เมษายน 2568 Potassium= 4.05 mEq/L, Sodium=136 mEq/L, Chloride=99 mEq/L และ Albumin=3.7 g/dl ผล Lab วันที่ 26 เมษายน 2568
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4: มีภาวะ Electrolyte imbalance ผล Potassium 3.35 mEq/L (วันที่ 24 เมษายน 2568) ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ซิฟจรเต้นเร็ว 2. Objective data: Potassium 3.35 mEq/L (ค่าปกติ 3.4-4.4 mEq/L) (วันที่ 24 เมษายน 2568) เป้าหมายการพยาบาล 1. ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia, hyponatremia 2. ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3. เกลือแร่ในร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติ Potassium 3.4-4.4 mEq/L	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินภาวะเสียสมดุล เกลือแร่ ได้แก่ ภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ ภาวะ Potassium ในร่างกายต่ำ 2. ดูแลให้ 10% E.Kcl 30 ml oral 1 dose ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้เกลือแร่โปแตสเซียมกลับมาสมดุล และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น 3. ดูแลให้สารอาหารตามแผนการรักษา 4. ดูแลบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 5. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้งทุกวันจันทร์ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในร่างกาย 6. ติดตามผลเลือดของห้องปฏิบัติการ ค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือด ตามแผนการรักษา เพื่อติดตามความก้าวหน้าของภาวะขาดสารอาหารและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 26 เมษายน 2568) 1. ค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายปกติ ดังนี้ Potassium 4.05 mEq/L ปกติ ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/69 มิลลิเมตรปรอท O2 sat = 96% 2. ไม่มีอ่อนเพลีย ไม่มีสับสน สารน้ำเข้า-ออก Intake=1,500 ml Output=2,000 ml
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน 1. Objective data: ผู้ป่วยมีอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 2. Objective data: ADL Barthel index = 35	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมรอบๆ เตียง 2. จัด position ให้ผู้ป่วยสุขสบายและยกขาข้างเตียงขึ้นหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นทุกครั้ง 3. จัดสิ่งแวดล้อมและวางของใช้ที่จำเป็นให้เป็นระเบียบง่ายต่อการหยิบใช้สอย 4. เน้นย้ำการลุกนั่งทำกิจกรรมบนเตียงอย่างถูกวิธีและการขอรับการช่วยเหลือ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
คะแนน ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เองเพียงเล็กน้อย 3. Objective data: Fall Risk score (RJ) = 12 คะแนน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม เป้าหมายการพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	จากเจ้าหน้าที่ 5. จัดหาหมอนนอนสำหรับปัสสาวะไว้ให้ผู้ป่วยในเวลากลางคืน 6. ติดตามดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะหลังจากการได้รับยา Lorazepam (5 mg) 1 tab oral hs. Quetiapine (25 mg) 1 tab oral hs ที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงซึม ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 10 พฤษภาคม 2568) ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดพลัดตกหกล้มระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมิน Barthel index = 75 คะแนน ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น และ Fall Risk score = 3 คะแนน ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6: พร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหลังทำผ่าตัด Supra-acetabular pin external fixation (วันที่ 24 เมษายน 2568) ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย 3-4 คน ในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. Subjective Data: ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลา ขยับตัวลำบาก 3. Objective data: ADL Barthel index = 35 คะแนน เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครบถ้วน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และคอยให้กำลังใจในการทำกิจกรรม เพื่อลดความรู้สึกท้อแท้ในการดูแลตนเองซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง 3. จัดหาอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นไว้ใกล้เตียงสามารถหยิบได้ง่าย จัดท่าที่ถูกต้องเหมาะสมขณะอยู่บนเตียง 4. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายหรือลุกนั่งทำกิจกรรม หรือการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ 5. ช่วยเหลือกิจกรรมในการทำความสะดวกสบายร่างกาย ปากและฟัน ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 4 พฤษภาคม 2568) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บนเตียง รับประทานอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน เช็ดตัวบนเตียง สุขวิทย์ดีขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7: เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ (วันที่ 24 เมษายน 2568) ข้อมูลสนับสนุน 1. Objective data: นอนบนเตียงตลอดเวลา คะแนน Braden score = 12 คะแนน 2. Objective data: ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Supra-acetabular pin external fixation เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับลงบนผิวหนังโดยการดูแลที่นอนให้สะอาดแห้ง อากาศถ่ายเทอยู่เสมอ เพื่อไม่ให้เกิดความอับชื้น ดึงผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงเพื่อป้องกันการระคายเคือง ใช้หมอนหรือผ้านุ่มรองบริเวณที่กดทับ เพื่อป้องกันการเสียดสี พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 2. ดูแลผิวหนังผู้ป่วยไม่ให้อับชื้น หรือแห้งเกินไปอยู่เสมอ ใช้ครีมทาผิวหนังให้ชุ่มชื้น และดูแลทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระ เช็ดบริเวณผิวหนังให้แห้ง 3. ประเมินผิวหนังทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว 4. ออกกำลังขยับแขนขา และข้อต่างๆ ให้ผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อช่วยเรื่องการไหลเวียนของเลือด ป้องกันข้อติดในท่าเดิม และลดการถูกกดทับต่อเนื่องของผิวหนัง 5. ดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 6. ประเมินและรักษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น ไข้สูง บวม ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 3 พฤษภาคม 2568) ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีรอยแดงบนปุ่มกระดูก ผิวหนังสะอาดและชุ่มชื้น คะแนน Braden score = 18 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8: ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนทำผ่าตัด (วันที่ 28 เมษายน 2568) ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าไปพูดคุยซักถามให้ความสนใจผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. Subjective data: ผู้ป่วยถามว่าจะต้องเตรียมตัวอย่างไรบ้าง และจะต้องไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอิกมัย 2. Objective data: Set OR For ORIF with TITS with SI Screw Lt. with Anterior pelvis plate (วันที่ 29 เมษายน 2568) เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจก่อนการผ่าตัด	2. ประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย 4. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะอาดทั่วไป และผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน 5. ตรวจสอบให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดเพื่อเป็นหลักฐานด้านกฎหมาย 6. ตรวจสอบ lab CBC, BUN, Cr electrolyte, anti HIV ให้พร้อม 7. พุดคุยให้กำลังใจ อยู่เคียงข้างผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด 2. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร เช่นในยินยอมในการทำผ่าตัดหัตถการ 3. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9: ฝ้าระงัภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด และผู้ป่วยใช้เวลาดมยาสลบนาน ข้อมูลสนับสนุน 1. Objective Data: Set OR for ORIF with TITS with SI Screw Lt. with Anterior pelvis plate under General Anesthesia ผู้ป่วยหลังผ่าตัด blood loss 600 ml (วันที่ 29 เมษายน 2568) 2. Objective data: ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในขณะผ่าตัด ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 55 นาที เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Hypovolemic Shock	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว พฤติกรรม รีเฟล็กซ์ต่างๆ Capillary refill ในระยะแรกหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด 2. ประเมินสัญญาณชีพตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ หลังจากนั้นจึงวัดทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด 3. บันทึกจำนวนน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ และที่ขับถ่ายออกในแต่ละวันให้ถูกต้อง 4. ควบคุมดูแลและบันทึกตำแหน่งและลักษณะของแผล ปริมาณเลือดที่ซึมผ้าปิดแผล มีเลือดออกมาหรือน้อยโดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เมื่อพบว่ามีเลือดออกมากตลอดเวลาควรทำการห้ามเลือด และรายงานแพทย์ 5. ตรวจสอบ Radivac drain ให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอ ประเมินจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด และ Radivac drain และจดบันทึกจำนวนเลือดที่อยู่ในขวด Radivac drain 6. ให้ PRC 1 unit iv drip in 3 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 0.9% Nss 1000 ml. iv drip 80 cc/hr. 8. ประเมินอาการช็อคและการเสียเลือดโดยการเจาะ Hct CBC ตามแผนการรักษา 9. ประเมินสีและปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา ถ้าน้อยกว่า 30 cc/hr ให้รายงานแพทย์รับทราบ ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 30 เมษายน 2568) 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ปลายมือปลายเท้าสีชมพู capillary refill 2 วินาที Hematocrit = 36.2% 2. ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/78 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat=96% room air-Intake =1,200 ml Output=1,000 ml 3. ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด ORIF with TITS with SI Screw Lt. with Anterior pelvis plate (วันที่ 29 เมษายน 2568)	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ผู้ปวยนอนในท่า Fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ลดอาการตึงรั้งของแผลผ่าตัด 2. สอนเทคนิคการหายใจ ลดอาการปวด โดยหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล ผ่าตัด 2. Objective data: ประเมิน Numeric rating scale = 6/10 คะแนน สีหน้าแสดงความเจ็บปวด คิ้วขมวด เป้าหมายการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้และสุขสบาย	ลมหายใจออกทางปาก พร้อมทั้งชวนพูดคุยและให้ความสนใจต่อบอกเล่า อาการปวด พร้อมทั้งสังเกตอาการแสดง และดูแลให้ยา Lorazepam (0.5 mg) 1x1 oral ก่อนนอน และยา Quetiapine (25mg) 1x1 oral ก่อนนอน 3. สอนเกี่ยวกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อให้เสมหะออกจากปอดและ ทางเดินหายใจ โดยการทำให้ Deep breathing ก่อน 4-5 ครั้ง พยายามหายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้อ้าปากไอออกจากส่วนลึกของลำคอ 4. ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain scale $\leq$ 3 ถ้ามีอาการปวดมากให้ยา Morphine 3 mg. (v) dilute ทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการข้างเคียงและประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้รับยา 5. ประเมินสัญญาณชีพ ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 3 พฤษภาคม 2568) 1. จัดทำนอนศีรษะสูงให้ พักผ่อนได้ดี ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/81 มิลลิเมตรปรอท O2 sat =96 % 2. อาการปวดทุเลาลง Pain score ลดลง = 3/10 คะแนน จาก Pain score = 6/10 คะแนน 3. สีหน้าแจ่มใสขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนที่ 3 ข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยในโรงพยาบาล และวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (วันที่ 11-14 พฤษภาคม 2568) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย (วันที่ 28 เมษายน 2568) ข้อมูลสนับสนุน Subjective Data: ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล นอนไม่ค่อยหลับ Subjective Data: ผู้ป่วยซักถามข้อมูล เกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะหายได้กลับบ้าน เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง	กิจกรรมทางการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร 2. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด และอธิบายการดำเนินไปของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันประเมินหรือคาดการณ์ผลลัพธ์ของการรักษา และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน 4. วางแผนการพยาบาลเพื่อประคับประคองผู้ป่วยอธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล 5. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังดนตรีทำสมาธิกำหนดลมหายใจ เข้า-ออก ฟังธรรมะเพื่อให้สบายใจ 6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน ไม่รบกวนเวลานอนของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น พยายามจัดตารางการพยาบาลในเวลาที่คุณป่วยตื่น ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 12 พฤษภาคม 2568) ผู้ป่วยทราบถึงการดำเนินของโรครวมทั้งแนวทางการรักษา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เรื่องการรักษาระยะสิ้นสุดและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีกำลังใจที่จะรักษาให้ดีขึ้น และผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 : ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูกเชิงกรานภายใน ข้อมูลสนับสนุน Objective Data: หลังผ่าตัด ORIF with TITS with SI Screw Lt. with Anterior pelvis plate วันที่ 29 เมษายน 2568 เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ไม่เกิดข้อติด กล้ามเนื้อลีบ สามารถออกกำลังกายตามข้อจำกัดของโรคได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย 2. อธิบายถึงความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อ โดยฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ การใช้สไปโรมิเตอร์ (Incentive spirometer)/(Triflo) ในการบริหารปอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด การออกกำลังกาย ขา และกล้ามเนื้อ 4. ให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือครอบครัว มีส่วนร่วมและรับรู้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. แนะนำการลดน้ำหนัก และบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเจ็บปวด ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 3 พฤษภาคม 2568) สามารถออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อขา และกระดกข้อเท้าได้ อย่างถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 : ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “อยากหาย อยากไปหาเพื่อน อยากไปทำงาน อยากมีรายได้มาช่วยครอบครัว” 2. Objective data: จากการสังเกตผู้ป่วยดูมีสีหน้ากังวลเมื่อถามถึงบ้านและถามถึงงานที่ทำในอดีต เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพศักยภาพและบทบาท	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินแบบแผนการดำรงชีวิต บทบาท และความรับผิดชอบของผู้ป่วยในครอบครัว 2. ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกและความรู้สึกคับข้องใจของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงในความสามารถ 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และพยาธิสภาพโรคของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและไม่กล่าวโทษตนเอง 4. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาคับข้องใจ โดยการรับฟัง และแสดงความเห็นอกเห็นใจ 5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความรู้สึกดี โดยใช้คำพูดที่สุภาพ และสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล 6. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด พร้อมกล่าวชมเชยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดและพูดในทางบวก หลีกเลี่ยงความคิดทางลบที่จะทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าลดลง 7. แนะนำญาติให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างมีคุณค่า เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในแผนการฟื้นฟู 8. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อก้าวผ่านระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านไปได้พร้อมกัน ประเมินผลการพยาบาล (ประเมินผลวันที่ 10 พฤษภาคม 2568) 1. ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง มีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับบุคคลอื่นได้ดี 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ช่วยตัวเองได้มาก ญาติให้ความช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4: ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. Objective data: แพทย์ plan D/C เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล ทำการประเมินความรู้ความเข้าใจตามหลัก D-MEDTHOD-P D= Diagnosis ให้ความรู้เรื่องการได้รับบาดเจ็บช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน อาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกหรือมีอาการปัสสาวะออกน้อย เน้นย้ำเรื่องการสังเกตอาการปวด บวม แดงบริเวณแผลอุ้งเชิงกราน แนะนำในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ M=Medicine แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ E = Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่บ้านให้สะอาดเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค อากาศถ่ายเท ห้องน้ำและเครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม T = Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา H = Health การออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ไม่หักโหม ความสะอาดร่างกาย ลุกเดินโดยใช้ Wallker ทุกครั้ง การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แนะนำหลัก D-M-H-T-T (distancing-mask wearing-hand washing-temp testing-Thai-chana) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19, Flu-A O = Out patient แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ มีไข้ ทนาวสันแผลบริเวณอุ้งเชิงกรานอักเสบ บวม แดง ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด การมาตรวจติดตามอาการตามหลังจำหน่าย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รวมทั้งช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉินติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D = Diet การเลือกอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย P = Psychological support การดูแลด้านจิตใจ กำจัดความเครียด ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ให้ญาติได้สังเกตอาการผิดปกติ ด้านจิตใจแนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วยในระยะแรกอย่างใกล้ชิด พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล สามารถปรับตัวได้ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้ สามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง ไม่มีปัญหาการมาตรวจตามนัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี เกิดอุบัติเหตุถูกรถยนต์ถอยมาชนที่สะโพกและหลังกระแทกพื้น สลบไปไม่รู้สีกตัว ถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี แรกเริ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามบอกได้ ผลตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Score 15 คะแนน (E₄V₅M₆) pupil 3 มิลลิเมตร React to light both eyes แขนสองข้างยกได้ grade 5 ขาสองข้างยกได้ grade 2 มีอาการปวดบริเวณสะโพก ปวดท้องด้านขวา มีแผลถลอกที่สีข้างด้านขวา แพทย์ส่งตรวจพิเศษ CT Pelvis and C-Spine พบว่า Closed Fracture Pelvis with Sacrum Fracture grade III, Film CXR พบว่า Lung Contusion, EKG 12 Lead show NSR rate, FAST Abdominal ผล positive แพทย์พิจารณาทำการผ่าตัดฉุกเฉิน Supra-acetabular pin external fixation หลังทำการผ่าตัดให้ admit ที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพภายหลังทำการผ่าตัด มีความกังวล กลัวโรคของตนเองรักษาไม่หาย กลัวความพิการหรือทุพพลภาพแล้วจะกลับไปทำงานไม่ได้ แพทย์และพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลการดูแลรักษา พบว่า หลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีแผลกดทับ สารคัดหลั่งจากท่อระบายเป็นสีแดงจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น จำนวนสารคัดหลั่งลดลงเป็นลำดับ หลังการฟื้นฟูสภาพร่างกายพบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บนเตียง รับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน เช็ดตัวบนเตียง สุขุขิทยดีขึ้นโดยสามารถออกกำลังกายด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อขา และกระดูกข้อเท้าได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย สามารถที่จะปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง และไม่มีปัญหาเมื่อไปตรวจตามแพทย์นัด

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกรานในระยะวิกฤติ ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ให้ความรู้ และรับฟังปัญหาพร้อมให้คำชี้แนะในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความสบายใจเพิ่มมากขึ้น มีความเครียดหรือความวิตกกังวลลดลง

ให้การปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีแผลกดทับ หลังการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้เป็นอย่างดี มีสุขวิทยาดี สามารถออกกำลังกายด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อขา และกระดูกข้อเท้าได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและการฟักฟื้นร่างกายก็ดีขึ้น ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ในการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาล และญาติคอยให้การดูแลที่ดี ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายต่อที่บ้านได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับดวงภรณ์ กุลใบ¹⁴ ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจากแพทย์และพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามอัตรภาพที่บ้าน และสอดคล้องกับศิวพันธ์ ยุทธแสน, ทิพย์ศน์ ชินตาปัญญากุล และเกษรา ธิเชียว¹⁵ ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะวิกฤต ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องจากแพทย์และพยาบาลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีคุณภาพการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันปกติได้ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. จัดทำแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบรวมถึงการมี Early warning sign ของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น Hypotension, Pulmonary Embolism, Deep Vein Thrombosis และภาวะ Internal bleeding เป็นต้น เพื่อช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถค้นพบปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

2. พยาบาลผู้ให้การดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน สภาพร่างกาย และระบบการทำงานต่างๆ ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านั้น สามารถให้การพยาบาลที่ความครอบคลุมเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

3. การกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลในการวางแผน แก้ไขปัญหา ช่องทางการติดต่อหากผู้ดูแลมีปัญหา จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ด้านระบบบริการ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กด้ามกระดูกบริเวณเชิงกรานภายใน เมื่อจำหน่ายกลับบ้านควรมีการส่งต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่องและมีเครือข่ายชัดเจนในการติดตามข้อมูล

ด้านนโยบาย

การผ่าตัดใส่เหล็กด้ามกระดูกบริเวณเชิงกรานภายใน ในบางกรณี มีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองหากผู้ป่วยไม่สามารถรับผิชอบได้ ควรมีหน่วยงานรัฐที่เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. Butcher, N., & Balogh, Z. Update on the definition of polytrauma. European journal of trauma and emergency surgery, 2014 40(2): 107-111.
2. Sigford, B. J. "To care for him who shall have borne the battle and for his widow and his orphan" (Abraham Lincoln): The Department of Veterans Affairs Polytrauma System of Care. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2008 89(1): 160-162.

3. Van Breugel, J. M., Niemeyer, M. J., Houwert, R. M., Groenwold, R. H., Leenen, L. P., & van Wessel, K. J. Global changes in mortality rates in polytrauma patients admitted to the ICU—a systematic review. *World Journal of Emergency Surgery*, 2020 15(1): 1-13.
4. Jakobsen, R. K., Bonde, A., & Sillesen, M. Assessment of post-trauma complications in eight million trauma cases over a decade in the USA. *Trauma surgery & acute care open*, 2021 6(1): e000667
5. World Health Organization. Injuries and violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
6. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. 2568. ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2568. www.thairsc.com/data-compare
7. ภัทรรัช เทศนอม. ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 2561 4(2): 237-249
8. หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลราชวิถี. สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปี 2565 - 2567. *โรงพยาบาลราชวิถี*. 2567.
9. อภิสร ส่งเสริม และณิชาภัทร กุลจันทร์. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Emergency). 2564.
10. เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา และธัญญาสิริ ธีรยสวัสดิ์. ผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดแผนคัสในกระบวนการวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 2562 47(2): 463-475
11. Orem D.E. *Nursing: concept of practice*. (2001). (6th ed.) St. Louis, MO: Mosby.
12. Gordon, M. *Nursing diagnosis: process and application* (3rd ed). Mosby. 1994.
13. นงนภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข. 2560
14. ดวงภรณ์ กุลใบ. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 2565 7(3): 43-53
15. ศิวพันธ์ ยุทธแสน, ทิปัทสน์ ชินตาปัญญากุล และเกษรา ธิเชียว. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในภาวะวิกฤต : การนำผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติทางคลินิก, *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 2564 13(2): 452-463

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปอดแฟบ Nursing care for patients with hip fractures who underwent hip replacement surgery and had collapsed lungs.

(Received: November 30,2025 ; Revised: December 9,2025 ; Accepted: December 14,2025)

กรรณิการ์ จตุรวิธวงศ์¹
Kannika Chaturawithwong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปอดแฟบ ในกรณีศึกษาหญิงไทยอายุ 85 ปี ที่เกิดอุบัติเหตุหกล้ม กระดูกสะโพกข้างขวาส่วนคอหัก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการรับยา การผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่นๆ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนของโอเร็ม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และดำเนินการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อดูอาการและการเตรียมตัวผ่าตัด โดยผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดลดลง หลังจากได้รับยา มีความวิตกกังวลลดลงเกี่ยวกับการรับการรักษาโดยการผ่าตัด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหลังผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยหายใจได้ปกติสม่ำเสมอ ไม่มีเหนื่อย ผลผ่าตัดบริเวณสะโพกด้านขวาไม่มีเลือดซึม แต่มีปัญหาปัสสาวะไม่ออก แพทย์จึงให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำเพื่อช่วยเร่งให้ปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถกลืนได้บนเตียง แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถลุกยืนข้างเตียงได้ ผู้ป่วยมีภาวะปอดแฟบ แต่ได้รับการทำกายภาพบำบัดบริหารปอดจนไม่มีอาการเหนื่อย ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะข้อติด พยาบาลแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD-P การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสภาพก่อนให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน และนัดดูอาการต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหัก, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม, ภาวะปอดแฟบ

Abstract

This case study aimed to study the nursing care for patients with hip fractures who underwent hip replacement surgery and had collapsed lungs. A case study of an 85-year-old Thai woman who had an accident and fell, resulting in a fracture of the right hip bone in the neck. The data collection instrument was a form that covered the mechanism of injury, symptoms and signs, history of past and present illnesses, history of medications, surgical history, laboratory test results, and other special test results. The data were analyzed to determine nursing diagnoses using Orem's and Gordon's models of health, and to plan nursing actions using the nursing process. This process was then followed by monitoring and evaluating the nursing operations according to the plan.

The study results found that before surgery, the patient received monitoring and surgical preparation. The patient experienced reduced pain after receiving medication and had reduced anxiety about undergoing surgical treatment. After surgery, the patient received care to prevent post-operative risks. It was found that the patient was breathing normally and steadily, without fatigue. The surgical wound on the right hip was not bleeding, but she was having problems with not being able to urinate, so the doctor gave intravenous fluids to help speed up the urination process. The patient can sit up in bed but needs support and cannot stand beside the bed. The patient had a collapsed lung but received physical therapy to exercise the lungs until he was no longer tired. The patient was

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

trained in self-care skills to prevent stiffness. The nurse advises the caregiver on the patient's personal hygiene according to the D-MEDTHOD-P principles, exercise, and rehabilitation before returning home for treatment and making follow-up appointments.

Keywords: Nursing care, Hip fracture patients, Underwent hip replacement surgery, Collapsed lungs

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ.2565 และคาดว่าปี พ.ศ.2583 ผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด¹ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ.2565 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ หกล้มทุกปีหรือปีละกว่าคิดเป็น 3 ล้านราย และร้อยละ 20 ได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บบริเวณต้นขาและข้อสะโพก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก¹ กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า มีผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมาใช้บริการ จำนวน 82, 112 และ 124 ราย ตามลำดับ² ภาวะกระดูกสะโพกส่วนคอหัก เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเนื่องจากภาวะมวลกระดูกที่ลดลง การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมมากในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถฟื้นฟูได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะปอดอักเสบ ภาวะปอดแฟบ ซึ่งเกิดกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน จากกระดูกสะโพกหักสามารถเกิดได้ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด มีโอกาสเกิดความรุนแรงได้ง่ายกว่าคนอายุน้อยทั่วไป เช่น การติดเชื้อของแผล การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อ ภาวะปอดแฟบจากการนอนนาน การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ³ แม้ว่าวิธีการรักษากระดูกสะโพกหักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การประเมินผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ก่อให้เกิดปัญหา

ทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด⁴ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ตั้งแต่รับใหม่จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงก่อนภาวะเจ็บป่วยมากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵

ภาวะปอดแฟบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หากไม่ได้รับการป้องกันและดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การติดเชื้อทางเดินหายใจและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การป้องกันและดูแลภาวะปอดแฟบจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งก่อน ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ช่วงก่อนการผ่าตัด ควรมีการสอนเรื่องการหายใจที่ถูกวิธีเพื่อเตรียมความพร้อมของปอดให้แข็งแรง ระหว่างการผ่าตัด ควรใช้ก๊าซยาสลบที่มีความชื้น เลี่ยงการใช้ออกซิเจนสูงเกินความจำเป็น หลังการผ่าตัด ควรจัดทำศีรษะสูง 30-40 องศา เปลี่ยนท่าเป็นระยะ กระตุ้นให้กลืนน้ำลายใน 24 ชั่วโมงหากปลอดภัย เพื่อลดอาการปอดแฟบและเพิ่มการระบายเสมหะ ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การพัฒนามาตรการป้องกัน การรักษา และฟื้นฟูที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสมบูรณ์⁶

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปอดแฟบ ซึ่งเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่สูงอายุ เพื่อเป็นการพัฒนากระบวนการพยาบาลให้มีครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาล

และให้เกิดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการพัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งการประสานกลุ่มสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปอดแฟบ

วิธีการศึกษา

1. เลือกหัวข้อที่สนใจเพื่อใช้เป็นกรณีศึกษา เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบันอยู่ในสังคมผู้สูงอายุ การบาดเจ็บในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจากกระดูกหักเป็นปัจจัยส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดภาวะปอดแฟบได้ง่าย การมีแนวทางในการประเมินให้การพยาบาลที่ครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ชีวิตได้และช่วยให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

2. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา การพยาบาล เกสซ์วิทยาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาลจากผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานและจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

3. ศึกษาผู้ป่วยจากการซักประวัติ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพผู้ป่วย การตรวจร่างกาย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนนำมาให้การพยาบาล

4. จัดทำกรณีศึกษาผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม⁷ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁸ ในการพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีทางการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำมาวาง

แผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม

5. นำแผนการพยาบาลไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา และประเมินผลการพยาบาล

6. สรุป วิเคราะห์ รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

7. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้หลักจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)
2. หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)
3. หลักความยุติธรรม (Justice)

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยตามรูปแบบของมาจอร์รี่ กอร์ดอน⁶ เป็นการมองการตอบสนองของบุคคลขึ้นพื้นฐาน ผนวกกับแนวคิดของโอเร็ม⁵ ที่มุ่งเน้นให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในการปฏิบัติตน ในเรื่องการดูแลตนเอง และสามารถจัดการปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพให้พ้นจากโรคและความเจ็บปวด จากความพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยรายนี้ แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ มีดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (ตั้งแต่ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2567–4 พฤศจิกายน 2567) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยบอกปวดสะโพกขวา 2. Objective Data: Pain scale =5 คะแนน (เวลาขยับตัว) และเท่ากับ 3 คะแนน (เวลาอยู่นิ่งๆ) สีหน้าไม่สุขสบาย วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยอาการปวดลดลง Pain scale ≤ 3 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมินผล 1. Pain scale < 3 คะแนน 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความปวดด้วย Numeric rating scales ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกเป็นสัญญาณชีพ 2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ไม่ให้กระทบกระเทือน เพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 3. จัด position ขาขวาโดยดูแสงขาขวา จัดในแนวตรงยกสันสูงเล็กน้อย เพื่อลดอาการปวดและบวม 4. สอนเรื่องการหายใจเพื่อบรรเทาอาการปวด ด้วยการหายใจโดยใช้กลัมนี้ออกแรงบวมบริเวณท้องเพื่อช่วยให้ร่างกายได้ออกอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจน ทำให้อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง 5. ดูแลประคบเจลเย็นบริเวณสะโพกขวา ทุก 2 ชั่วโมง ประคบนาน 20 นาที เพื่อบรรเทาความปวด 6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 7. ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg iv prn q 4 hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตผลข้างเคียงต่อสมอง CNS และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 8. ประเมิน Sedation score ก่อนและหลังให้ยาแก้ปวด และประเมิน Numeric rating scales ซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด 9. หากิจกรรมทำเพื่อคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือธรรมะ พูดคุยกับญาติที่มาเยี่ยม หรือพูดคุยกับผู้ป่วยเตียงใกล้เคียง ประเมินผลการพยาบาล อาการปวดทุเลาลง Pain scale =3 สีหน้าสดชื่นสดใสมากขึ้น นอนหลับได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/73 มิลลิเมตรปรอท (พบปัญหาวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567-สิ้นสุดปัญหาวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิดกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยถอนหายใจ พูดเสียงเบาและช้า “ไม่คิดว่าจะต้องมานอนโรงพยาบาล” : ญาติสอบถามว่า “ต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน” วัตถุประสงค์ : เพื่อลดวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อซักถาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความไว้วางใจในการรักษาพยาบาล 2. รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและพูดระบายความรู้สึกกังวลใจ 3. ประเมินความรู้และความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลที่เท่าที่จำเป็น 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาพยาบาล สภาพและการปฏิบัติตัว 5. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา 6. แนะนำญาติเกี่ยวกับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย สร้างความมั่นใจให้กับญาติในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย 7. ดูแลให้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ในคำอธิบายเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวเข้ากับสถานที่ได้ (พบปัญหาวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567-สิ้นสุดปัญหา วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL Index

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. Objective Data: ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียงบางส่วน : Barthel Index =50 คะแนน วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครบถ้วน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยสุขสบาย ร่างกายสะอาด สีหน้าสดชื่น คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 50 คะแนนและไม่ลดลงกว่าเดิม	2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และให้กำลังใจในการทำกิจกรรม เพื่อลดความรู้สึกบกพร่องในการดูแลตนเองซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง 3. แนะนำผู้ป่วยและสอนญาติดูแลในด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหว การลุกนั่งบนเตียง การเสริมสร้างทักษะ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ 4. จัดหาอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นไว้ใกล้เตียงสามารถหยิบได้ง่าย จัดทำที่ถูกต้องเหมาะสมขณะที่อยู่บนเตียง 5. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายหรือลุกนั่งทำกิจกรรม หรือการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ 6. ช่วยเหลือกิจกรรมในการทำความสะอาดร่างกาย เช่น การเช็ดตัวบนเตียง ปากและฟัน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บนเตียง เช่น รับประทานอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน ผู้ป่วยสุขสบาย ร่างกายสะอาด สีหน้าสดชื่น Barthel Index =75 คะแนน(พบปัญหาวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567-สิ้นสุดปัญหา วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: "ผ่าตัดวันพรุ่งนี้ แต่ยังไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง" 2. Objective Data: แพทย์ Set OR for ORIF with Bipolar Hemiarthroplasty Rt hip 4 พฤศจิกายน 2567 เวลา 06.00 น. และผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดมาก่อน วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและสามารถทวนกลับได้อย่างถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 2.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ดังนี้ 2.1 แนะนำการผ่าตัดที่จะได้รับภายใต้การระงับความรู้สึกด้วยการดมยาสลบหรือการทำ spinal blockและแนะนำการเตรียมความพร้อมร่างกายสระผม ตัดเล็บ ให้สะอาดป้องกันการติดเชื้อ ถอดฟันปลอม โลหะ ของมีค่าต่างๆ ชุดขึ้นในไม่นำติดตัวไปห้องผ่าตัด 2.2 แนะนำให้งดน้ำ งดอาหารหลังเที่ยงคืน จนกว่าจะทำผ่าตัด 2.3 การประเมินความปวด โดยใช้ Numeric rating scale ถ้ามีอาการปวด ≥ 3 คะแนน ให้แจ้งทันที ไม่ต้องทนปวด เพื่อพยาบาลจะได้บริหารยาให้ตามแผนการรักษา 2.4 สอนการไอ (effective cough) และการบริหารการหายใจ (Deep breathing exercise) โดยหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ จนหน้าท้องตึงและหายใจออกช้าๆ ทางปาก ทำอย่างน้อย 5-10 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2.5 การเตรียมความพร้อมร่างกายทั่วไป ถ้ามีฟันปลอมหรือสิ่งแปลกปลอม อื่นๆ ให้ถอดออก หรือแจ้งห้องผ่าตัดกรณีที่ถอดออกไม่ได้ 2.6 ตรวจสอบ Chart, ใบเซ็นยินยอมเข้ารับการผ่าตัดให้เรียบร้อย 2.7 ตรวจสอบเครื่องหมายบริเวณสะโพกด้านขวาข้างที่จะทำผ่าตัด 2.8 ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาเข้าวันผ่าตัด และเตรียมอุปกรณ์ ยา ที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดด้วย 2.9 ตรวจสอบผลเลือด CBC, BUN, Cr, electrolyte และ Anti-HIV ให้พร้อม คลื่นไฟฟ้าหัวใจเอกซเรย์ปอด เตรียมเลือด ให้พร้อมเพื่อใช้สำหรับผ่าตัด เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด โดยการโกนขนและฟอกด้วย Anti septic (คืนก่อนผ่าตัด) 3. อธิบายเกี่ยวกับสภาพทั่วไปหลังผ่าตัด ดังนี้ 3.1 การได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยวิธีดมยาสลบ หลังจากผู้ป่วยกลับมาที่หอผู้ป่วยแล้ว ให้ทำ Deep Breathing Exercise และ Effective Cough 3.2 แนะนำวิธีการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 3.3 แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การพลิกตะแคงตัว การจัดทำนอน การออกกำลังกายข้อสะโพก Quadriceps setting exercise, Ankle pump เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดลดการคั่งของเลือดดำส่วนปลายขา ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำที่ขา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	(Deep vein thrombosis) และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทำ 30 ครั้ง/นาที่ และพัก 10 นาที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถทนกลับได้บ้าง และสามารถปฏิบัติวิธีออกกำลังกายได้ขณะที่สาธิต ญาติ รับทราบแผนการรักษาการเตรียมตัวผ่าตัดของผู้ป่วย (พบปัญหาวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567-สิ้นสุดปัญหาวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567)
ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ตั้งแต่ วันที่ 4 – 5 พฤศจิกายน 2567 (หน่วยกึ่งวิกฤต Semi ICU หอผู้ป่วยชั้น 22B) และ วันที่ 5 – 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 หอผู้ป่วยชั้น 23B ออร์โธปิดิกส์หญิง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยได้รับการทำ General anesthesia 2. Objective Data: ผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียนเป็น น้ำลาย 1 ครั้ง และหลังผ่าตัดผู้ป่วย on O₂ cannular 3 LPM วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เกณฑ์การประเมินผล : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. การพยาบาลด้านการหายใจให้โล่งและคงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหายใจ ภายหลังการ ผ่าตัดระยะแรก ซึ่งอาจมีภาวะพร่องออกซิเจนที่พบได้บ่อย จากการอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะหายใจเข้า มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น 1.1 การจัดท่านอน ให้จัดท่านอนตะแคงข้างซ้าย หรือท่านอนหงายศีรษะตะแคงข้าง เพื่อ ป้องกันการสำลัก 1.2 สังเกตการหายใจของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยาระงับปวดกลุ่ม narcotic เช่น การหายใจลึกและช้าลง 1.3 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะ ในปาก จมูก กระตุ้นให้ผู้ป่วย หายใจเข้า ออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ ตามวิธีที่สอนผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและ ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1.4 กระตุ้นให้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง ได้แก่ กิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียงเพื่อ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ 1.5 ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ติดตามผลการรักษาโดยการสังเกต บันทึกลักษณะสีกลิ่น และจำนวนของเสมหะ รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา 1.6 สังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สัญญาณชีพ รวมถึงระดับ O₂ Sat 1.7 ดูแลให้ On O₂ cannular 3 LPM support ในระยะแรก พร้อมทั้งรายงานแพทย์เมื่อ เกิดความผิดปกติ 2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาด้านระบบ หลอดเวียนที่พบบ่อยหลังผ่าตัด ได้แก่ การเกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ และ ภาวะหัวใจเต้น ผิดปกติ (arrhythmia) 2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนชีพ จรสม่าเสมอ 2.2 สังเกตลักษณะบาดแผล และปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย รวมถึงประเมินการสูญเสียสารน้ำที่เกิดขึ้น หากมีปริมาณที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ 2.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด หรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และตามอาการของผู้ป่วย 2.4 เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นให้พร้อมในกรณีที่มีภาวะช็อก เช่น อุปกรณ์ดูด เสมหะ ออกซิเจน ยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น 2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ช่วย ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายของผู้ป่วย 3. ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก รายงานแพทย์เพื่อ พิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามความเหมาะสม ประเมินผลการพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/56 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat =99% (พบปัญหาวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567- สิ้นสุดปัญหาวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. Objective Data: ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Rt hip ทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง 49 นาที : Blood loss ขณะทำการผ่าตัด 250 ml วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Hypovolemic shock เกณฑ์การประเมินผล 1. Hematocrit $\geq 30\%$ 2. V/S อยู่ในช่วงปกติ PR = 60 -100 ครั้ง/นาที RR = 16-24/ min, BP = 90/60 mmHg. - 140/90 mmHg. 3. urine ≥ 30 cc/hr.	กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ และทุก 4 ชั่วโมง ติดต่อกัน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หรือจนกว่าสัญญาณชีพปกติ - บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่หรือตามแผนการรักษา keep urine ≥ 25 ml/hr. - ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและการเสียเลือดระหว่างทำผ่าตัด - สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด เช่น อาการซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะของผู้ป่วย - ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml IV 80 ml/hrs. ต่อเนื่อง - Hct 28% ได้รับ PRC 1 Unit vein drip in 3 hrs. ติดตามอาการข้างเคียงขณะได้รับ PRC - ติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ เช่น CBC Hematocrit และรายงานแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม หลังได้รับเลือด Hct 31.6% ไม่มีอาการแพ้เลือดหลังได้รับเลือด อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/56 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 99% (พบปัญหาวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567- สิ้นสุดปัญหาวันที่ 10 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพกข้างขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยบ่นปวดแผล “Pain scale =4-8 คะแนน” 2. Objective Data: ผู้ป่วยสีหน้าซีด คิ้วขมวด ไม่ยอมพลิกตะแคงตัวกลัวปวดแผล วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพกข้างขวา ลดลง pain scale ≤ 3 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดลดลง มีระดับความเจ็บปวด pain scale <3 คะแนน 2. สีหน้าแจ่มใส สดชื่นขึ้น ไม่แสดงความเจ็บปวด 3. นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่กระสับกระส่าย 4. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทฤษฎีทางการพยาบาล: การดูแลตนเองของโอเริ่ม โดยใช้ระบบทดแทนบางส่วน	กิจกรรมการพยาบาล - สอนและแนะนำวิธีการประเมินความปวด (pain assessment) โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบชุดตัวเลข 1-10 Numeric rating scales (NRS) - ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด ตามแผนการรักษา ได้แก่ morphine 3 mg IV pm q 4 hr. สังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผลข้างเคียงต่อสมอง CNS ทำให้ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ซึม มึนงง ง่วงหลับ ชัก มีผลต่อทางเดินอาหาร เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก Tramadol 50 mg 1 cap oral bid pc. และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น ยาจะกดระบบทางเดินหายใจและมีผลต่อระบบประสาทเมื่อได้รับปริมาณมากเกินไป ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล อาการสั่น กระสับกระส่าย เหงื่อท่วม นอนไม่หลับ อาการประสาทหลอน Paracetamol 500 mg 1 tab oral pm q 6 hrs. เมื่อมีอาการปวด และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น มีผื่นขึ้น บวม เป็นแผลที่เยื่อในช่องปากและเป็นไข้ ถ้ารับประทานยามากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะตับวาย อูจระเป็นเลือด หรือมีเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยลงอย่างไม่มีสาเหตุ - การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาบรรเทาปวด (non-pharmacologic management) โดยการสัมผัส (touch) การประคบเย็น (cold) การจัดปรับเปลี่ยนท่าทาง ตำแหน่ง การจำกัดการเคลื่อนไหว การเบี่ยงเบนความสนใจ (cognitive distraction) และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation and imagery technique) - ทำแผลด้วยความนุ่มนวลเบามือ ดูแลให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล - จัดให้ผู้ปวยนอนในท่าที่สุขสบายไม่ทับแผลข้างที่ทำผ่าตัด - ส่งเสริมการพักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ระบายผู้ป่วยให้น้อยที่สุด โดยรวมกิจกรรมการพยาบาลไว้คราวเดียวกัน งดการใช้เสียงชั่วคราว แนะนำญาติเรื่องการไม่ชวนพูดคุยมากเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ - ประเมินอาการปวดซ้ำหลังจากได้ยาบรรเทาปวด ประเมินผลการพยาบาล อาการปวดทุเลาลง Pain Scale =3 คะแนน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพลิกตะแคงตัวดีขึ้น สีหน้าสดชื่นแจ่มใส สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 เสี่ยงต่อภาวะอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเลือด ข้อมูลสนับสนุน Objective Data: ระดับ Hct 28% แพทย์ให้ PRC 1 Unit vein drip in 4 hrs. วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด เกณฑ์การประเมินผล 1. ระดับสัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ 2. ไม่มีอาการผื่นแพ้ หนาวสั่น ขณะได้รับเลือด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย เลขที่ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน หมายเลขเลือด หมู่เลือด ให้ตรงกัน 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพก่อน หลังให้เลือด นาที่ที่ 5, 15 และหลังเลือดหมด 1 ชั่วโมง 3. ตรวจสอบการหยดของเลือด บริเวณที่ให้เลือด และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการไข้หนาวสั่น ผื่นลมพิษ คัน เหนื่อย แน่นหน้าอก 4. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ 5. ติดตามระดับ Hct หลังให้เลือด ประเมินผลการพยาบาล ตลอดการได้รับเลือด และหลังเลือดหมดผู้ป่วยไม่มีอาการไข้ หนาวสั่น ผื่นลมพิษ หรือคัน ระดับ Hct 31.6% (5 พ.ย. 67) และ Hct 30.2% (12 พ.ย. 67) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/80 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 98% (พบปัญหาตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 - สิ้นสุดปัญหาวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 9 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า "หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยเล็กน้อย" 2. Objective Data: post op Bipolar Hemiarthroplasty Rt hip (วันที่ 4 พ.ย. 2567) : O₂ Sat Room air =93% วัตถุประสงค์ : ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล 1. O₂ Sat Room air =95-100% 2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที 3. Lung sound: clear	กิจกรรมการพยาบาล 1. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจเร็ว แรงหรือปึกจมูกบาน 2. On O₂ canular 3 LPM ตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน ปอดขยายตัวได้ดี 4. สอนและกระตุ้นในการดูด Incentive spirometer โดยการให้ผู้ป่วยอม mount piece และหายใจเข้าท้องป่องค้างไว้ 5 วินาทีแล้วจึงค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก ให้ฝึกบริหารรอบละ 10 ครั้ง ฝึกวันละ 3 รอบ เช้า กลางวัน เย็น เพื่อลดภาวะปอดแฟบ 5. สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าและออกลึกๆ (Deep breathing exercise) เพื่อเพิ่มการขยายของปอด เพิ่มปริมาณออกซิเจน 6. สอนให้ผู้ผู้ป่วยฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้า กลั้นหายใจเกร็งหน้าท้อง แล้วจึงไอเพื่อขับเสมหะ 7. ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการหายใจและการติดเชื้อที่ปอดอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจไม่มีเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที O₂ sat Room air 95% Lung sound: clear ผู้ป่วยดูด tri flow ได้ 2 ลูก นอนศีรษะสูง 30 องศา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/73 มิลลิเมตรปรอท (พบปัญหาตั้งแต่วันที่ 5 พฤศจิกายน 2567- สิ้นสุดปัญหาวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 10 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยบ่นปวดบริเวณข้อสะโพกข้างขวา 2. Objective Data: ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนท่าเองโดยไม่ใช้หมอนคั่นหว่างขา	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติว่าหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพก (flexion) >90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (external and internal rotation) 2. ดูแลจัดท่านอน โดยนอนราบหัวสูง 30 องศา ขาข้างที่ผ่าตัดกางออก ประมาณ 15-30 องศา โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ขาอยู่ใน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่พบปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม 2. ขาไม่ผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน 3. สะโพกขาไม่บวม ผิดรูป 4. ความยาวขาเท่ากันจากการประเมินโดยใช้สายตา 5. film both hip ไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก 6. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถจัดทำทางเพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุดได้ถูกต้อง	ท่าเหยียดตรง หลีกเลี่ยงการงอขาที่ การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (excessive external rotation and internal rotation) 3. ดูแลช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย โดยให้ตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวต้องวางหมอนไว้ระหว่างขาทั้งสองข้างพร้อมกับกระวังไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้า 4. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและดูแลให้ผู้ป่วยฝึกบริหารร่างกายเอง 5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ขึ้น ยืน เดิน อย่างปลอดภัยและตามสภาพผู้ป่วยที่จะทำได้ 6. สอนแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บวมบริเวณข้อสะโพกเทียม ขาไม่ผิดรูป ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยท่าทางที่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลสามารถช่วยพลิกตะแคงตัว จัดท่านั่งได้ถูกต้องเหมาะสม (พบปัญหาตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567-สิ้นสุดปัญหาวันที่ 18 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 11 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน ข้อมูลสนับสนุน Objective Data: Braden score =14 คะแนน และผู้ป่วยไม่ค่อยขยับตัว นอนท่าเดิมนานๆ วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดแผลกดทับ เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีแผลกดทับ ตามบริเวณก้นกบหรือปุ่มกระดูกอื่นๆ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมิน Braden score ทุกวัน 2. ใช้หมอนหรือใช้แผ่นเจลรองรับบริเวณ หลัง และบั้นเอว เพื่อป้องกันการกดทับของกล้ามเนื้อเส้นประสาท และปุ่มกระดูก 3. ดูแลความสะอาดของร่างกายให้แห้งสะอาด และนวดเบาๆ บริเวณปุ่มกระดูกเพื่อกระตุ้นให้โลหิตมาเลี้ยงบริเวณก้นกบมากขึ้น 4. ดูแลจัดท่านอนและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ที่โหนดัว (Trapeze) เพื่อช่วยเหลือนตนเองในการเคลื่อนไหว และให้ช่วยตัวให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก 5. ดูแลเรื่องการขับถ่ายหากผู้ป่วยถ่ายอุจจาระควรเปลี่ยนผ้าทันทันหรือขับถ่ายใส่ bed pan แทนและหลังขับถ่ายควรเช็ดทำความสะอาดทันที 6. ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ 7. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ เน้นโปรตีน แคลเซียมเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ซ่อมแซมเนื้อเยื่อและบำรุงกระดูก รวมทั้งประเมินปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ 8. แนะนำเรื่องการดื่มน้ำวันละ 1,500-2,500 ml เนื่องจากน้ำจะช่วยให้การคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิวหนัง ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีแผลกดทับตามก้นกบหรือปุ่มกระดูกอื่น (พบปัญหาวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567 - สิ้นสุดปัญหา วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 12 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้คนเดียว แต่ไม่สามารถลุกเดินได้เองต้องมีคนช่วยพยุงลูกนั่ง ผู้ป่วยมีอ่อนเพลีย ช่วยเหลือนตนเองได้น้อย 2. Objective Data: Barthel index = 50 คะแนน, Fall Risk score (RU) = 10 คะแนน วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมรอบๆ เพียง 2. จัด Position ให้ผู้ป่วยสุขสบายและยกขาข้างเตียงขึ้นหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นทุกครั้ง 3. จัดสิ่งแวดล้อมและวางของใช้ที่จำเป็นให้เป็นระเบียบง่ายต่อการหยิบใช้สอย 4. เน้นย้ำการลูกนั่งทำกิจกรรมคนเดียวอย่างถูกวิธีและการขอรับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ 5. จัดหาหมอนนอนสำหรับปัสสาวะไว้ให้ผู้ป่วยในเวลาฉุกเฉิน 6. ปรับระดับเตียงให้ต่ำและยกราวกันเตียงขึ้นทั้งสองด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาเจ้าหน้าที่เสมอ หรือมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลา 8. แนะนำและให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	9. ดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หลังจากการได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้วงซึม Risperidone 1 mg อาการข้างเคียง ง่วงนอน น้ำหนักขึ้น น้ำลายไหล ความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ตัวสั่น /แขนขากระตุก (EPS) ระดับ Prolactin สูง (อาจมีน้ำนมไหล) Lorazepam (0.5 mg) (เม็ดสีฟ้า) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน อาการข้างเคียง ง่วงมาก เวียนศีรษะ เดินเซ สับสน กัดกรากหายใจ ติดยาได้หากใช้ระยะยาว ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม กดออกเรียกเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือกิจกรรมที่ไม่สามารถทำเองได้ในบางครั้ง ประเมิน Barthel index = 85 คะแนน Fall Risk score = 3 คะแนน (พบปัญหาวันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 - สิ้นสุดปัญหา วันที่ 16 มกราคม 2568)
ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 13 ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. Subjective Data: ญาติสอบถามวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน บอกว่า “กลัวทำตัวไม่ถูกต้อง ไม่มีพยาบาลคอยเตือนเหมือนอยู่โรงพยาบาล” 2. Objective Data: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปวดแสบร่วมด้วย วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจตามหลัก D-METHOD-P D = Diagnosis ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปวดแสบ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยแต่การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดมากขึ้นและลดระดับความพิการพยาบาลจะต้องมีความเชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินวิเคราะห์ปัญหา รวมถึงสามารถทำนายแนวโน้มความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ M = Medication แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ E = Environment ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว มีพื้นที่ระดับอยู่หน้าบ้าน แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบป้องกันพลัดตกหกล้ม T = Treatment แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลมีลักษณะบวมแดงร้อน มีน้ำเหลืองซึม ให้ไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และหากมีอาการพอรอได้ให้ไปโรงพยาบาลที่นัดหมายก่อนวันนัดได้ แนะนำการดูแลแผล ระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ แนะนำการเฝ้าระวังข้อสะโพกเลื่อนหลุดเวลาพลิกตะแคงตัวหรือลุกนั่ง H = Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง แผลกดทับหากผู้ป่วยอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงท่าทางที่เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ได้แก่ การไขว้ขาและการก้มตัวเก็บของ ช่วยพลิกตะแคงตัวโดยมีหมอนคั่นระหว่างขาทุกครั้ง O = Outpatient referral แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง บางรายแพทย์อาจนัด 1 เดือน กรณีศึกษาแพทย์นัด 2 สัปดาห์หลังกลับบ้านเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง D = Diet รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูงและวิตามินซีสูง เช่น ผัก ผลไม้ ไข่ นมและเนื้อสัตว์ เพื่อช่วยการหายของแผล P = Psychological support การดูแลด้านจิตใจ กำจัดความเครียด ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2. วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 3. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ข้อสะโพกซ้ายผิดปกติ ปวดมากขึ้น แผลผ่าตัดอักเสบบวมแดง มีไข้ หายใจเหนื่อย แขนขาอ่อนแรง ต้องรีบพาผู้ป่วยพบแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยพักหน้ารับทราบ ญาติสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/64 มิลลิเมตรปรอท (พบปัญหาวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 - สิ้นสุดปัญหา วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567)

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 85 ปี เกิดอุบัติเหตุหกล้ม สะโพกข้างขวากระดูกหัก ลุกเดินไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลศูนย์แพทย์พัฒนา แพทย์ทำการตรวจและx-ray พบกระดูกสะโพกส่วนคอหัก ต้องได้รับการผ่าตัด จึงส่งตัวมารักษาต่อตามสิทธิที่โรงพยาบาลราชวิถี แพทย์ได้ทำการผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Rt hip เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 โดยมีการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด ให้การดูแลและการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดผู้ป่วย โดยมีญาติร่วมปฏิบัติการด้วย ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อดูอาการและเตรียมตัวผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดลดลงหลังได้รับยา มีความวิตกกังวลลดลงเกี่ยวกับการรับการรักษาโดยการผ่าตัด หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหน่วย Semi ICU หอผู้ป่วย 22B เพื่อป้องกันความเสี่ยงหลังผ่าตัด การประเมินผลหลังการผ่าตัดในวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 พบว่าผู้ป่วยหายใจได้ปกติ สม่ำเสมอ ไม่มีเหนื่อย แผลผ่าตัดบริเวณสะโพกด้านขวา แผลไม่มีเลือดซึม แต่มีปัญหาปัสสาวะไม่ออก แพทย์ให้ 0.9%NSS 500 ml IV load then rate 80 ml/hr. Urine ออก 200 ml/8 hr. ไม่มีอาการแพ้เลือดหลังได้รับเลือด วันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม On O₂ Cannular 3 LPM O₂ Sat = 98% หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้งต่อนาที แผลที่สะโพกข้างขวาไม่มีเลือดซึม ปวดพอทน ได้ pain score = 3-5 คะแนน วันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 พบภาวะซีดระดับ Hct=26.3% แพทย์ให้ PRC 1 Unit IV drip in 3 hr. ระดับ Hct=30.2% วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้คนเดียว แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถลุกยืนข้างเตียงได้ Ankle Pumping ได้ช้าๆ แพทย์ให้ Ambulate for

wheel chair ผู้ป่วยมีภาวะปอดแฟบ ได้ทำกายภาพบำบัดบริหารปอดจน Off O₂ cannular ได้ O₂ Sat room air=95% ไม่มีอาการเหนื่อยหลัง Off O₂

ระยะเตรียมกลับบ้าน ตั้งแต่ 12 พ.ย. 2567 เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลเป็นส่วนมากในกิจวัตรประจำวัน ฝึกทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะข้อติด และการฝึกนั่ง ยืน เดินในระยะต่อไป และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประสานเวชศาสตร์ฟื้นฟูสอนโปรแกรมการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับบ้าน

แพทย์พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย วันที่ 18 พ.ย. 2567 นัดตรวจติดตามอาการ 2 สัปดาห์ อาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม แต่ช้า E₄V₅M₆ pupil 3 mm. react to light both eyes Motor power แขนขวา-ซ้าย grade 5, ขาข้างซ้าย grade 4, ขาข้างขวา grade 2 แผลผ่าตัดสะโพกข้างขวาตัดไหมแล้วแห้งดีดี ไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง ร้อน แพทย์แผนก Chest นัดมาดูอาการต่อเนื่อง ญาติรับผู้ป่วยไปพักที่บ้าน รวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 16 วัน ก่อนกลับบ้าน แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD-P

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 85 ปี เกิดอุบัติเหตุหกล้ม สะโพกข้างขวากระดูกหัก ได้รับการผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Rt hip ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บและการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อดูอาการและเตรียมตัวผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาล หลังให้การดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดลดลงหลัง

ได้รับยาแก้ปวด และมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหลังผ่าตัด ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยหายใจได้ปกติสม่ำเสมอ ไม่มีเหนื่อย แผลผ่าตัดบริเวณสะโพกด้านขวาไม่มีเลือดซึม แต่มีปัญหาปัสสาวะไม่ออก แพทย์จึงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยขับปัสสาวะ หลังผ่าตัดได้ 7 วัน ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้บนเตียง แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถลุกยืนข้างเตียงได้ ผู้ป่วยมีภาวะปอดแฟบ ได้ทำกายภาพบำบัด บริหารปอดจนมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะข้อติด และการฝึกนั่ง ยืน โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและการฝึกฟื้นฟูร่างกายก็ดีขึ้นตามมา ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ในการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาล และญาติคอยให้การดูแลที่ดีให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายต่อที่บ้านได้เร็วขึ้น โดยการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อ แผลกดทับ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง⁵ ซึ่งสอดคล้องกับ เปรมจิต เกตษา⁹ ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม ที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจากแพทย์และพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามอัตรภาพที่บ้าน และสอดคล้องกับทิมภพร วิฑูรพงษ์ และคณะ¹⁰ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกข้อสะโพกหรือ

เปลี่ยนข้อสะโพกเนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหักสามารถเริ่มทำกายภาพได้ทันทีตั้งแต่วันแรกภายหลังการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็วขึ้น ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และลดเวลาการนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวและสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมร่วมกับมีภาวะปอดแฟบ มีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. จัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะปอดแฟบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ พยาบาลผู้ให้การดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกาย และระบบการทำงานต่างๆ ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านั้น สามารถให้การพยาบาลที่ครอบคลุมเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย
3. การกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลในการวางแผน แก้ไขปัญหา ช่องทางการติดต่อ หากผู้ดูแลมีปัญหา จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ด้านระบบบริการ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบฉุกเฉิน เมื่อจำหน่ายกลับบ้านควรมีการส่งต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่องและมีเครือข่ายชัดเจนในการติดตามข้อมูล

ด้านนโยบาย

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในบางกรณีมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบได้ ควรมีหน่วยงานรัฐที่เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน), 2566.
2. หน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลราชวิถี. สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปี 2565- 2567. โรงพยาบาลราชวิถี. 2567.
3. พัชรพร ตาใจ, บุญญภัคดี เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2020; 26: 116-28.
4. Meehan, A. M., Maher, A. B., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J., Kimber, C., Hommel, A. The International Collaboration of Orthopedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. International Journal of Orthopedic and Trauma Nursing, 2019; 32(1): 3-26
5. กองการพยาบาล. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด. 2561.
6. อรพรรณ โตสิงห์, พรสินี เต็งพานิชกุล, จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง และ ณัฐมา ทองธีรธรรม. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก เอ็นพีเพรส. 2559.
7. Orem D.E. Nursing: concept of practice. (6th ed.) St. Louis, MO: Mosby. 2001.
8. Gordon, M. Nursing diagnosis: process and application (3rd ed). Mosby. 1994.
9. เปรมจิต เกตษา. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2561; 26(3): 208-215
10. ทิมภพร วิฑูรพงศ์, พจนารถ เลิศปัญญาดี และ วทันยา วงศ์มิตกุล. การฟื้นฟูร่างกายภายหลังการผ่าตัดตามกระดูกข้อสะโพกหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2568]; เข้าได้ถึงจาก: <https://rehabmed.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2020/05/การฟื้นฟูร่างกายภายหลังการผ่าตัดตามกระดูกข้อสะโพกหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก.pdf>

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward)
โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Developing the potential of personnel in patient care and continuous treatment at home
(Home ward), Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

ภาณุพงศ์ มุลสาร¹ ไชยณรงค์ วาปี¹

Phanupong Mulsan¹ Chainarong Wapee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์การได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) และศึกษาการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2568 – เดือน ธันวาคม 2568 จำนวน 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลนาแก ในช่วงระยะเวลา ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2568 – เดือนธันวาคม 2568 จำนวน 6 เดือน ใน 7 กลุ่มโรค เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test ในการเปรียบเทียบศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย พบว่า ศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับมาก และหลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, การติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

Abstract

This research was action research. The objectives are to study the situation of patients at risk according to the criteria for receiving continuous home care (Home ward) and to study the development of personnel potential in following up and caring for patients in continuous home care (Home ward) at Na Kae Hospital, Nakhon Phanom Province. The research period was between July 2025 and December 2025, a total of 6 months. The sample consisted of hospital personnel involved in caring for patients receiving treatment in the home ward system of Na Kae Hospital during the period between July 2025 and December 2025, a total of 6 months, in 7 disease groups. Data were collected by questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test to compare the potential of personnel in following up and caring for patients in continuous home care (Home ward) before and after the implementation.

The results revealed that the overall and specific capabilities of providing home care services in accordance with the guidelines and standards for home care (Home Ward) of the Department of Medical Services, Ministry of Public Health, were at the highest level after implementation. The level of capacity for providing inpatient care at home (Home Ward) according to the guidelines and standards of the Department of Medical Services, Ministry of

¹ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Public Health, before and after implementation showed a statistically significant difference at the 0.05 level. The level of capacity for providing inpatient care at home (Home Ward) according to the guidelines and standards of the Department of Medical Services, Ministry of Public Health, after implementation was better than before implementation.

Keywords: Capacity development, Patient monitoring and continuous home care

บทนำ

การจัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ได้รับความกรุณาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กองบริหารการสาธารณสุข (กปรส.) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการจัดทำแนวทาง เพื่อใช้ในการเผยแพร่แก่หน่วยบริการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษายาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา ของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติ หรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์¹

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน หรือการดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่ใช้

บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล รักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษามีสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หลักการที่สำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนาการบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก พัฒนาศักยภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนการลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชนและค่าใช้จ่ายของสถานบริการ สุขภาพทุกระดับเพื่อลดงบประมาณของประเทศในระยะยาว การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษาลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล รวมถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ในปีงบประมาณ 2566 ข้อมูลใน dashboard home² “บ้าน” นอกจากจะเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างสุขภาพสำหรับทุกคนตั้งแต่เล็กจนโตแล้ว สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็นทวีคูณได้ทำให้ “บ้าน” มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและเฝ้าระวังความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นไปไม่ได้ที่จะดูแลรักษากันอย่างยึดเยื้อในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล การทำบ้านให้เป็นเรือนผู้ป่วยจึงเป็นทางออกสำคัญ เป็นทางออกที่หากจัดการได้อย่างเหมาะสมก็จะลดความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมหาศาล ในปัจจุบันที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนที่ต้องมีการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้านเร็วขึ้น ทีมเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการประสานงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยมีนโยบายหลักที่สำคัญเพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมและสามารถเข้าถึงได้ง่าย²

ปัจจุบันโรงพยาบาลนาแก เป็นโรงพยาบาลขนาด F2 จำนวน 60 เตียง ประชากรในเขตรับผิดชอบ 78,327 คน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 12 ตำบล 144 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 19 แห่ง ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอนาแกและพื้นที่ใกล้เคียงตลอดจนผู้มาใช้บริการที่เดินทางผ่านที่มีอาการป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีผู้ป่วยนอกมารับบริการเฉลี่ยวันละ 450 ราย ระยะเวลาการรอคอย 1 ชั่วโมง 55 นาที³ อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 75 มีการปรับใช้พื้นที่ในตึกผู้ป่วยใน เป็นหน่วยบริการไตเทียมส่วนหนึ่ง ทำให้เกิดปัญหาเรื่องพื้นที่ในการให้บริการผู้ป่วยในลดลงไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ทำให้เกิดความแออัดในการแอดมิต (Admit) ผู้ป่วยเพื่อทำการรักษา ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดต่อเพิ่มเติมจากภาวะความแออัดของพื้นที่ให้บริการ ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ทำการรักษาในแผนกผู้ป่วยในตามแนวทางการรักษาของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยบางคนขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลทั้งที่มีความจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อเนื่องในอนาคต เมื่อกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ที่มีนโยบายการเพิ่มแนวทางในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในรูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยในลักษณะของการแอดมิต (admit) เป็นผู้ป่วยใน (IPD) แต่ให้มีการสอนการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการติดตามอาการผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care

giver) โดยมีการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยทางไลน์แอปพลิเคชัน (Line application) โดยมีเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินการให้กับหน่วยบริการทางโรงพยาบาล นาแกจึงมองเห็นเป็นโอกาส ที่จะสามารถลดความแออัดของผู้ป่วยที่มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทุกคน²

เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องโดยทีมแพทย์ที่บ้าน จนกว่าภาวะความเจ็บป่วยเป็นปกติหรือไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยขณะพักอาศัยอยู่ที่บ้าน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จึงมีการจัดระบบการบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา เรื่อง การจัดระบบบริการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2568 – เดือนธันวาคม 2568 จำนวน 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรับบริการรักษาในระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลนาแก 2.2 กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในลักษณะของการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นเวลา 3-5 วัน หรือจนกว่าอาการป่วยของผู้ได้รับการติดตามนั้นจะเป็นปกติประกอบด้วยขั้นตอน

1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์การได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward)

1.2 ประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิกตามเหมาะสมและให้การดูแลรักษาตามสภาวะของผู้ป่วยโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.3 ประเมิน psychosocial wellbeing ของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับตัวต่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ที่บ้าน

1.4 ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันการเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ

1.5 บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน

2. แบบสอบถามศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับศักยภาพบุคลากร ในระดับมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับศักยภาพบุคลากร ในระดับมากเท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับศักยภาพบุคลากร ในระดับปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับศักยภาพบุคลากร ในระดับน้อยเท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับศักยภาพบุคลากร ในระดับน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁴

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีศักยภาพบุคลากร มากที่สุด

3.41 – 4.20 มีศักยภาพบุคลากร มาก

2.61 – 3.40 มีศักยภาพบุคลากร ปานกลาง

1.81 – 2.60 มีศักยภาพบุคลากร น้อย

1.00 - 1.80 มีศักยภาพบุคลากร น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์การได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward)

2. กำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

3. ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

4. การสรุปผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษา ศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ผลการวิจัย

1. ศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน ขั้นตอนดำเนินการ อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยรวมและรายด้าน หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ด้านการเตรียมความพร้อมในสถานพยาบาล ด้านการ

ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน ด้านการประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน ขั้นตอนดำเนินการ ด้านแนวทางปฏิบัติในการให้การบริการ home ward ด้านแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายโรค สามารถสรุปเป็นกำหนดการในการพัฒนาศักยภาพ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 15 สัปดาห์

3. การเปรียบเทียบระดับศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน ขั้นตอนดำเนินการ อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยรวมและรายด้าน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สมสมัย รัตนกริชากุล และคณะ⁵ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน : กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ริเริ่มนโยบายกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อลดอัตราการครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

และลดค่าใช้จ่าย 2) การสร้างทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้านพยาบาลสอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ เช่นเดียวกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3) การสร้างเครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่ม องค์กร อาสาสมัคร และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้งบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 4) ได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาคารอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตราการครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ ผลการวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริหารงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอตามบริบทพื้นที่

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ด้านการเตรียมความพร้อมในสถานพยาบาล ด้านการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน ด้านการประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน ขั้นตอนดำเนินการ ด้านแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ home ward ด้านแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายโรค สามารถสรุปเป็นกำหนดการในการพัฒนาศักยภาพ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 15 สัปดาห์ ตามแนวคิดของแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่งผลให้ ศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก่อนและหลังการดำเนินงานพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับศักยภาพในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพิมพ์ ปันระสี และภัทรบูลย์ นาคสุสุข⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์² นอกจากนี้ยังสอดคล้องกันกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยใน ที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์⁷ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ด้านการเตรียมความพร้อมในสถานพยาบาล ด้านการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน ด้านการประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน ขั้นตอนดำเนินการ ด้านแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ home ward ด้านแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายโรค สามารถสรุปเป็นกำหนดการในการพัฒนาศักยภาพ โดยการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน
15 สัปดาห์

ที่บ้าน (Home ward) จากการพัฒนาศักยภาพ
บุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง
ที่บ้าน (Home ward)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมี
การศึกษาผลจากการดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.กรกฎาคม 2565.กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก
https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน ปี 2568]
2. ฅมณญาณิ โขติการณ, ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ง, และ วิภาวิ เหล่าจตุรพิศ. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วย
ต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารอนามัย
สิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(4). สืบค้นจาก[https://he03.tci-](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/download/3119/2306/21135)
[thaijo.org/index.php/ech/article/download/3119/2306/21135](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/download/3119/2306/21135)[เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน ปี 2568]
3. โรงพยาบาลนาแก. (2566). รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลนาแก ปี 2566. โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
4. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
5. สมสมัย รัตนกริฑากุล, สุรีย์รัตน์ ธนากิจ, นิสากร กรุงไกรเพชร, อริสรา ฤทธิงาม.(2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน:
กรณีศึกษาณวัดกรรมกรพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 26(1). 79-90 สืบค้นจาก[https://he02.tci-](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/download/153348/111749/414745)
[thaijo.org/index.php/Nubuu/article/download/153348/111749/414745](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/download/153348/111749/414745)
[เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน ปี 2568]
6. เพียงพิมพ์ ปิ่นระสี ภัทราบุลย์ นาคสุสุข.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการ
ปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 32(1). 40-55 สืบค้นจาก[https://he02.tci-](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/257441/175304/951451)
[thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/257441/175304/951451](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/257441/175304/951451)[เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน ปี
2568]
- 7.นายวิเชียร เรือนอินทร์ ,กษิพัฒน์ เชียงแรง และเสาวนีย์ สำนวน. (2561).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward)
โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ สืบค้นจาก
[https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000001243-](https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000001243-0000001280.docx)
[0000001280.docx](https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000001243-0000001280.docx) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน ปี 2568]
8. สุมาลี เชื้อพันธ์, วรณัฐศิชา ทรัพย์ประเสริฐ , วรภัทร์ ตั้งทรงเจริญ , และธนากร อรุณงามวงศ์.(2568). รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
สูงอายุแบบระดับประคองโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน.วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. Volume 7, Issue 1, 2025, pp.36-
48 สืบค้นจาก <https://search.tci-thailand.org/article.html?b3B1bkFydGlibGUmaWQ9ODQ1NzAy>
[เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 เดือนธันวาคม ปี 2568]

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

Effect of self-management promotion program on blood pressure control behavior in patients with uncontrolled hypertension, Phang Khon Subdistrict, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

ชนม์ชนก จันทรมหา

Chonchanok Juntaramaha

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้และรับยาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตำบลพังโคน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 45 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2568 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและแบบบันทึกการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ paired t - test

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=93.04$, S.D.=13.56 vs $\bar{X}=101.29$, S.D.=9.70, $t=-6.190$, $p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.514$, $p=0.016$; $t=12.835$, $p<0.001$; $t=4.790$, $p<0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยของรอบเอวลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, การจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effect of self-management promotion program on blood pressure control behavior in patients with uncontrolled hypertension, Phang Khon Subdistrict, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province. The samples were uncontrolled hypertension patients who received medication in the community, purposive sampling of 45 samples. The study will be conducted between October and November 2025. Data collection tools included a general information questionnaire, a hypertension control behavior questionnaire, a self-assessment health record, and tools used for self- health monitoring. The experimental instruments were a self-management promotion program and a multidisciplinary team-based hypertension control behavior modification goal setting record. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used paired t-test.

The results found that after receiving the self-management promotion program, the sample group had a statistically significant higher mean score of hypertension control behavior than before receiving the program ($\bar{X}=93.04$, S.D.=13.56 vs $\bar{X}=101.29$, S.D.=9.70, $t=-6.190$, $p<0.001$). When comparing health outcomes, it was found that after receiving the program, the sample group had a statistically significant decrease in their average body mass index, systolic and diastolic blood pressure ($t=2.514$, $p=0.016$; $t=12.835$, $p<0.001$; $t=4.790$, $p<0.001$). However, the mean waist circumference decreased compared to before receiving the program, but no statistical difference was found.

Keyword: Hypertension, Self – management, Health behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หัวใจวายเฉียบพลัน (Heart attack) หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ไตวาย (kidney damage) และอื่นๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 32-79 ปีทั่วโลกประมาณ 1.28 พันล้านคน ส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และที่สำคัญพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ดีมีเพียงร้อยละ 21 ของผู้ป่วยทั้งหมด¹ ในประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.4 เป็นเพศชายร้อยละ 26.7 และเพศหญิงร้อยละ 24.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีเพียงร้อยละ 22.6² ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนไทย³ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย³ มี 2 วิธีคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการให้ยาลดความดันโลหิต มีการศึกษาพบว่าการลดความดันโลหิตซิสโตลิกลง 1 มิลลิเมตรปรอท หรือการลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกลง 5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดลงได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35 และลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ระดับความดันโลหิตที่ลดลงยังส่งผลต่อการป้องกันการเสื่อมต่อการทำงานของไต นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม และใน

กรณีที่ใช้ยาลดความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังช่วยเสริมฤทธิ์การลดความดันโลหิตจากยาและอาจทำให้ลดปริมาณยาที่ใช้ลงได้³ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกบุหรี่ การจัดการความเครียด หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น⁴ มีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น^{5,6} จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นหนึ่งในประเด็นของการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ได้นำแนวคิดส่งเสริมการจัดการตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง^{7,8,9} การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย แนวคิดนี้เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเองเพราะเมื่อประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้นๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิต สามารถกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย การจัดการตนเองจึงเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจของบุคคลนั้นที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง¹⁰ ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการดูแลความเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น กระบวนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹¹ ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง เป็นต้น

จากรายงาน Health Data Center พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสกลนครที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีระหว่างปี 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 50.68, 59.74 และ 60.53 ตามลำดับ ในส่วนของภาพรวมอำเภอพังโคนพบร้อยละ 62.30, 63.26, และ 67.12 ตามลำดับ เมื่อแยกข้อมูลรายตำบลพบว่าเขตตำบลพังโคนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีคิดเป็นร้อยละ 51.53, 71.07, และ 73.73 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 20 ที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพังโคน และได้ออกให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตตำบลพังโคน จึงสนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดจากการควบคุมโรคไม่ได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการศึกษา

1. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง การศึกษานี้ประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹¹ มาใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและกำหนดเป้าหมายตัดสินใจลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อความสำเร็จในการควบคุมโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เฝ้าระวังตนเอง และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง หลังจากนั้นจึงประเมินผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการเฝ้าระวังตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และสามารถสะท้อนตนเองว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ เรียนรู้ข้อจำกัดของตนเองและพัฒนาข้อบกพร่องซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

หมู่บ้านในเขตตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวน 167 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับยาในชุมชนตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร มีจำนวน 93 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 30 - 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตติดต่อกัน 3 เดือนตั้งแต่ 140/90 – 179/109 mmHg ขึ้นไป 4) สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นอีสานได้ดี และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมทุกกิจกรรมการวิจัย เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษา หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติที่เลือกใช้คือ T-test ทดสอบแบบทางเดียว ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มาตรวัดอันตรภาคขั้น ขึ้น ขึ้น ไป (Interval scale or Ration scale) กำหนดค่า Effect size กับกลุ่มตัวอย่างขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 และค่า Power of test ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน¹²

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาที่

ได้รับตามแผนการรักษา และประวัติการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567⁴ ข้อคำถาม 25 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ด้านการเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน ข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวกจึงให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนน เท่ากับไม่ปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom¹³ ดังนี้

ระดับพฤติกรรม ความหมาย

ควรปรับปรุง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 1 - 75 คะแนน
ปานกลาง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 76 - 100 คะแนน
ดี	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 101 - 125 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เป็นแบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เพื่อบันทึกผลลัพธ์จากการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว (เซนติเมตร) และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹¹ ส่วนของเนื้อหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนำมาจากแนวทางแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562³ โดยใช้แบบบันทึกการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ประยุกต์จากคู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เนื้อหาประกอบด้วย 1) เป้าหมายสุขภาพที่ตนเองต้องการในระยะเวลา 3 เดือน 2) สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้ถึงเป้าหมาย 3) ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ค่ะแนแนเต็ม 100 ตอนนีให้ตนเองก็คะแนแน 4) ปัญหาอุปสรรคหรือความยุ่งยากใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและแบบบันทึกการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือต่อไป

การตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility) หลังจากแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ตำบลพังโคน จำนวน 5 ราย สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลทดลองใช้ว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติพึงพอใจในการปฏิบัติ และพัฒนาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับชุมชนตำบลพังโคน จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.86 ซึ่งยอมรับได้

ตรวจสอบความเที่ยงของอุปกรณ์ทั้งเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติและเครื่องชั่งน้ำหนัก โดยนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับโรงพยาบาลพังโคนก่อนนำไปใช้ในการศึกษา

ขั้นตอนการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง การรักษา แนวคิดการจัดการตนเอง และจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้เพื่อใช้ในการทดลองศึกษา

2. เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3. หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

3.1 ขั้นเตรียมการ

3.1.1 ประชุมทีมงานผู้ปฏิบัติงาน ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา

3.1.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 45 คน ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจากผู้วิจัย และนัดหมายเพื่อดำเนินการทดลองโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

3.2 ขั้นตอนดำเนินการ

3.2.1 สัปดาห์ที่ 1 เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมการศึกษา และเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก่อนการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมเสริมทักษะการจัดการตนเอง

3.2.2 สัปดาห์ที่ 2 จัดอบรมเพื่อเสริมทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ การวัดรอบเอว การชั่งน้ำหนัก และการบันทึกผลในแบบบันทึกการติดตามภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 1 วัน

3.2.3 สัปดาห์ที่ 3 เยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังนี้

(1) ร่วมกันตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

(2) ทบทวนแนวทาง การเก็บรวบรวมข้อมูลตนเอง เฝาระวังตนเอง สังเกตตนเอง และบันทึกข้อมูลตนเอง ประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต เป็นต้น

(3) ทบทวนการประมวลและประเมินข้อมูล ภาวะสุขภาพของตน ประเมินการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต ในแต่ละเดือน

(4) ส่งเสริมการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเชื่อมโยงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้กำลังใจและชื่นชมความตั้งใจในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมกับมอบคู่มือการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยประกอบการทบทวนความเข้าใจ

(5) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแผนที่กำหนดไว้

(6) ส่งเสริมการสะท้อนตนเอง โดยประเมินตนเองว่าสิ่งที่ลงมือปฏิบัติเป็นไปตามแผนการดำเนินการหรือไม่ เรียนรู้ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ยั่งยืนและต่อเนื่อง

3.2.3 สัปดาห์ที่ 6 ติดตามให้กำลังใจและสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโทรศัพท์หลังดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง

3.2.4 สัปดาห์ที่ 8 ติดตามเยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูลหลังดำเนินโปรแกรม สอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สะท้อนผลการประเมินภาวะสุขภาพจากการประเมินตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ ชื่นชม ให้กำลังใจผู้ป่วย

3.2.5 หลังดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองครบทุกขั้นตอน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติอนุมาน Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ใช้สถิติอนุมาน Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และรอบเอวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025 – 089

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.4 มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี ร้อยละ 48.9 อายุเฉลี่ย 58.9 ปี (S.D.=4.9 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.9 รายได้ไม่เกิน 10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 91.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี ร้อยละ 35.6 ไม่

มีโรคร่วม ร้อยละ 88.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.9 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.7 ปัจจุบันรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต 2 ชนิด ร้อยละ 48.9

พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ระดับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.5 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 33.4 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t - test พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=93.04$, S.D.=13.56 vs $\bar{X}=101.29$, S.D.=9.70, $t=-6.190$, $p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	93.04	13.56	101.29	9.70	44	-6.190	<.001*

* $p<.01$

ผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ

ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ

26.01 กิโลกรัม/เมตร² (S.D.=4.29 กิโลกรัม/เมตร²) รอบเอวเฉลี่ย 86.27 เซนติเมตร (S.D.=9.29 เซนติเมตร) ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ

150.00 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=9.40 มิลลิเมตรปรอท) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 83.40 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=8.65 มิลลิเมตรปรอท) หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.83 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=4.25 มิลลิเมตรปรอท) รอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 85.69 เซนติเมตร (S.D.= 9.82 เซนติเมตร) ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 126.09 มิลลิเมตรปรอท (S.D.=10.68 มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 76.29 มิลลิเมตรปรอท (S.D.= 6.70 มิลลิเมตรปรอท)

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการ

ตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t – test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.514$, $p=0.016$) รอบเอวเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($t=1.860$, $p=0.070$) ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=12.835$, $p<0.001$) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=4.790$, $p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	26.01	4.29	25.83	4.25	44	2.514	0.016**
รอบเอว (เซนติเมตร)	86.27	9.29	85.69	9.82	44	1.860	0.070
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	150.00	9.40	126.09	10.68	44	12.835	<0.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	83.40	8.65	76.29	6.70	44	4.790	<0.001*

* $p<0.01$, ** $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์การศึกษาคือเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงวก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรอบเอวลดลงแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิรา สีสว่างและคณะ¹⁵ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และการศึกษาของสุพัตรา สิทธิวังและคณะ⁷ ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนพภรณ์ จันทร์ศรีและคณะ⁸ ที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการรักษาพยาบาล

ตามปกติเป็นเวลา 8 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่นำมาจัดทำเป็นโปรแกรมในการศึกษานี้เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพในการตั้งเป้าหมายการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยการงดหรือลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมถึงด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มีการตัดสินใจเลือกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของตนเอง ภายใต้การกำกับของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างปลอดภัย อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสะท้อนข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพผู้ให้การดูแลรักษาได้รับทราบ เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้เห็นเป็น

รูปธรรม เป็นการสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการจัดการตนเองที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ดี มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม⁴

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และดัชนีมวลกายลดลง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ในระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านภาวะสุขภาพ และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva, Switzerland: World Health Organization;2023.
2. วิชัย เอกพลากร, บรรณานิกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2564.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension). เชียงใหม่; 2562.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 (2024 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension). กรุงเทพมหานคร; 2567.
5. ญัฎฐิรา เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และมธุรส ทิพย์มงคลกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2561;32(2),95-116.
6. ศศิมา พิงโพธิ์ทอง, ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, อรุณ นุ่นละออง, มยุรี บุญทด และนันท์ชวัล คณาสุริยพัฒน์. ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท. วารสารแพทยธานี 2562;46(3),581-591.

7. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และเดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร 2563,47(2),85-97.
8. นพากรณ์ จันทรศรี, กนกพร นทีชนสมบัติและทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. ว. วิทย์. เทคโนโลยี. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 59 2563,6(2),58-68.
9. ศุภรסקาว เขียนนุกูล, อมรรัตน์ เนียมสวรรณ, รัชดาวรรณ บุญมีจิ๋ว, และเบญจวรรณ ทับบุรี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2564[สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2568]. แหล่งข้อมูล <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/app/frontend/web/site/researchview?id=222&byear=2564&type=1>
10. Lorig KR, & Holman H. Self-management Education: History, definition, outcome, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine 2003,26(1),1-7.
11. Creer TL. Self-management and the control of chronic pediatric illness. In D. Drotar (Ed.), Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts methods and interventions. NewJersey: Erlbaum;2000.
12. นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
13. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
14. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
15. จันทรจิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, และ ดวงหทัย ยอดทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557,20(2),179-192.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for colon and rectal cancer patients undergoing colostomy : a case study of two cases.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

เกศินี หัตถพนม¹

Kesine Hatthaphanom¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เข้ารับการรักษาศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลบรบือ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เข้ารับการรักษาศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลบรบือ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 จากกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 75 ปี รูปร่างค่อนข้างอ้วน มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง เป็นก่อนมา 1 วัน 4 วันก่อนมา ผู้ป่วยไม่ถ่าย ไม่ผายลม ไม่มีอาเจียน

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์วินิจฉัยเป็น CA descending colon with complete colonic obstruction ทำผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA ขณะเข้ารับการรักษามีภาวะ Gout attack และ Hypoglycemia หลังได้รับการรักษาอาการดีขึ้นควบคุมอาการปวดและระดับน้ำตาลได้ ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุมีอาการตามัวเล็กน้อยและจำที่สอนไม่ค่อยได้ทำให้การสอนญาติในการดูแลแผล Colostomy และการเปลี่ยนถุง Colostomy bag มีความยากลำบากพอสมควรทุกครั้งที่มีการสอนทำแผลทวารเทียมและเปลี่ยนถุง Colostomy bag กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 77 ปี รูปร่างผอม มาด้วยอาการปวดแน่นท้องรอบสะดือเป็นก่อนมา 1 วัน แพทย์วินิจฉัยเป็น CA rectum with complete colonic obstruction ทำผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA ขณะเข้ารับการรักษามีภาวะ Hypokalemia และ Hypoglycemia หลังได้รับการรักษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 8 ศัลยแพทย์พิจารณาส่องกล้องลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อประกอบการรักษา ผู้ป่วยและญาติยังไม่สามารถยอมรับความจริงเรื่องการเจ็บป่วย ญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเรื่องการผ่าตัดได้ การพยาบาลที่สำคัญคือ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทวารเทียม และผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม การพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต การจัดการความปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน การพยาบาลเพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากมีทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่,การผ่าตัดเปิดทวารเทียม, การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

Abstract

This study was a comparative study of two case studies to examine the nursing care of colon and rectal cancer patients undergoing colostomy surgery at the Surgery and Orthopaedic Surgery Building, Borabue Hospital, from preoperative, intraoperative, and postoperative stages, including discharge planning. Data were collected from patients, relatives, and medical records. Symptoms were assessed, medical histories taken, and physical examinations were performed. The data were used to determine nursing diagnoses, develop nursing care plans, and continuously evaluate nursing outcomes. This study compared the nursing care of colon and rectal cancer patients undergoing colostomy surgery at the Surgery and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบรบือ

Orthopaedic Surgery Building, Borabue Hospital, from June 1 to November 30, 2025. Case 1 involved a 75-year-old Thai male who was relatively obese. He presented with general abdominal pain 1 day before the visit. For 4 days before the visit, the patient had not defecated, farted, or vomited.

Results: The doctor diagnosed CA descending colon with complete colonic obstruction. An explore laparotomy with a loop transversal colostomy under GA was performed. During the admission, the patient had a gout attack and hypoglycemia. After receiving treatment, the patient's symptoms improved and the pain and blood sugar levels were controlled. The patient had a problem with an elderly caregiver who had slight blurred vision and could not remember the instructions. This made teaching the family about colostomy wound care and changing the colostomy bag quite difficult every time there was a teaching session on stoma care and colostomy bag changing. Case Study 2: A 77-year-old Thai man with a thin build presented with abdominal pain around the navel 1 day before the visit. The doctor diagnosed CA rectum with complete colonic obstruction. An explore laparotomy with a loop transversal colostomy under GA was performed. During the admission, the patient had hypokalemia and hypoglycemia. After treatment, the laboratory test results were normal. On the 8th day after the surgery, the surgeon considered colonoscopy and biopsy for further analysis. Patients and their relatives are still unable to accept the reality of their illness. Relatives who care for patients are unable to make decisions about surgery. Key nursing interventions include physical and psychological preparation for patients and relatives. This includes providing information about colostomy and ensuring that all patients are assigned the appropriate colostomy placement. Nursing interventions address and alleviate acute, life-threatening problems, pain management to reduce suffering, and preventing complications from colostomy. Nursing interventions include providing education, training, and skills development for patients and caregivers, as well as empowering them to care for themselves. Both patients had no complications and were discharged home.

Keywords : Colon Cancer, Colostomy Surgery, Colon Cancer Nursing

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี 2561 พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรกของโลก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย จำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ 881,000) และจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 - 2562 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก 4781, 5068 และ 5476 ราย อัตราตายต่อแสนประชากร คิดเป็น 7.3, 7.7 และ 8.4 ตามลำดับ¹ มะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกส่วน ทั้งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องหรือโคลอน (Colon) กับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานหรือเร็คตัม (Rectum) มะเร็งลำไส้ใหญ่ของทั้ง 2 ส่วนจะมีการตรวจวินิจฉัยและระยะโรค

คล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยที่มีการตรวจวินิจฉัยของโรคที่แน่นอนแล้ว แพทย์ศัลยกรรมส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและเปิดทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป อาจรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ปัจจุบันการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี เช่นการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หากก้อนมะเร็งอยู่ใกล้หูรูดทวารหนัก ศัลยแพทย์จำเป็นต้องยกลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเป็นทวารเทียมเพื่อระบายอุจจาระเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร² ผู้ป่วยที่เปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy) ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การจัดการกับ กลิ่น ก๊าซ การมีเพศสัมพันธ์ การเดินทาง และข้อจำกัดด้านการรับประทานอาหาร การดูแลผู้ป่วยตลอดจนการให้

คำแนะนำ ให้ความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ควรคำนึงถึงความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกับการยอมรับสภาพตนเอง หลังผ่าตัดจะต้องให้คำแนะนำประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้คลายความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดความร่วมมือการรักษาพยาบาล จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ราย ที่เข้ามารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในโรงพยาบาลบรบือ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม

Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ชายไทย อายุ 75 ปี รูปร่างค่อนข้างอ้วน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2568 เวลา 07.51 น. มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง เป็นก่อนมา 1 วัน 4 วัน ก่อนมา ผู้ป่วยไม่ถ่าย ไม่ผายลม ไม่มีอาเจียน ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน 1 วันก่อนมามีอาการปวดจุก แน่นท้องท้อง มีอาเจียน 1 วัน ไม่ถ่าย ไม่มีไข้ ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล ศัลยแพทย์วินิจฉัยลำไส้อุดตันแบบสมบูรณ์ จึงส่งทำ CT Whole abdomen Emergency, Retain NG decompression แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA descending colon with complete colonic obstruction ศัลยแพทย์จึง Set OR for Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA วันที่ 16 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under General anesthesia ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 56 นาที พบน้ำในช่องท้อง 100 ml Blood loss 10 ml ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลบรบือ 8 วัน ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Gout attack ดูแลให้ได้รับยา Dexamethasone 4 mg (V), Colchicin (0.6 mg) 1x3 po pc และ Hypoglycemia	ชายไทย อายุ 77 ปี รูปร่างผอม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2568 เวลา 06.28 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดแน่นท้องรอบสะดือเป็นก่อนมา 1 วัน 2 วันก่อนมามีอาการถ่ายเหลววันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาเจียน ไม่มีไข้ ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน 1 วันก่อนมามีอาการปวดแน่นท้องรอบสะดือ ไม่ถ่าย ไม่มีอาเจียน ผายลมปกติ ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล ศัลยแพทย์สงสัยลำไส้อุดตันจึงส่งทำ CT Whole abdomen Emergency, Retain NG decompression แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA rectum with complete colonic obstruction ศัลยแพทย์จึง Set OR for Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA วันที่ 12 สิงหาคม 2568 เวลา 13.00 น. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under General anesthesia ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 36 นาที พบน้ำในช่องท้อง 20 ml Blood loss 20 ml หลังผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลพอกทน Pain score 3 – 5 คะแนน แพทย์ให้ยาแก้ปวด Dynastat 40 mg (V) ทุก 12 ชั่วโมง 4 วัน, Morphine 3 mg (V) prn ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลบรบือ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ดูแลให้ได้รับยา 5%DN/2 1,000 ml (V) drip 80 ml/hr. หลังได้รับการรักษาอาการทุเลาลง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปวดแผลพอนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แผลไม่มี Bleeding ซึม รอบแผลไม่มีปวด บวม แดงร้อน ไม่มีอาการของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด สอนผู้ป่วย และญาติในการดูแล Colostomy สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยามารับประทานที่บ้าน นัดผู้ป่วยล้างแผลที่ รพ.สต. ห้วยเตย และพบศัลยแพทย์ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 1 สัปดาห์ (13 ส.ค.68) ได้ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบและติดตามอาการผู้ป่วย 30 วันจนจำหน่ายออกจากการดูแล	11 วัน ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ได้รับยา 0.9% NSS 1,000 ml+KCL 40 mEq (V) drip 80 ml/hr. และ Hypoglycemic coma ดูแลให้ได้รับยา 50% glucose 50 ml (V) push หลังได้รับการรักษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 8 ศัลยแพทย์พิจารณาส่งกลองลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อประกอบการรักษา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปวดแผลพอนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แผลไม่มี Bleeding ซึม รอบแผลไม่มีปวด บวม แดงร้อน ไม่มีอาการของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด สอนผู้ป่วยและญาติในการดูแล Colostomy สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยามารับประทานที่บ้าน นัดผู้ป่วยล้างแผลที่ รพ.สต. โนนราษี ทุกวันนัดตัดไหม 7 วัน ที่ รพ.สต. โนนราษี และพบศัลยแพทย์ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 2 สัปดาห์ (8 ก.ย. 68) ได้ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบและติดตามอาการผู้ป่วย 30 วันจนจำหน่ายออกจากการดูแล

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพราะจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำผ่าตัด และและหลังผ่าตัดส่วนการเตรียมด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีมีการประเมินสภาพจิตใจระหว่างให้ข้อมูลโดยดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลแก้ปัญหาไปด้วยกัน ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การดูแลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ 2. แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งการผ่าตัดจะมีท่อและสายต่าง ๆ ติดตัวผู้ป่วย ตำแหน่งของแผลผ่าตัดและทวารเทียม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทวารเทียมและอุปกรณ์รองรับอุจจาระที่ 3. อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหว ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว 4. สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ร่วมกับการใช้เครื่อง Spirometer (Tri-flow) ช่วยในการหายใจ โดยให้ปฏิบัติ
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพราะจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำผ่าตัด และและหลังผ่าตัดส่วนการเตรียม ด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีการ ประเมินสภาพจิตใจระหว่างให้ข้อมูลโดยดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลแก้ปัญหาไปด้วยกัน ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและพร้อมที่ จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง	10 ครั้ง ทุกหนึ่งชั่วโมง 5. สอนสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดให้เริ่มทำทันที เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยปฏิบัติดังนี้ หมุนข้อเท้าทางด้านซ้าย วนด้านขวา สลับกัน กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็งขายืดขาเหยียดตรง ควรปฏิบัติ 4-5 ครั้ง ทุกครั้งชั่วโมงในขณะตื่น 6. สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียงได้แก่ มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาที เป็นระยะเวลา นานกว่า 30 นาทีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท หรือ มากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลจะช่วยกระตุ้นการบริหารขา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อส่งเสริมการทางานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการบริโภคอาหารและซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม อาการปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม 8. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม เรื่อง ดูแลและทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดและทวารเทียม ให้คู่มือ แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียมที่หน้าท้อง ได้แก่ แป้นและถุงรองรับอุจจาระจะเป็นชนิดขึ้นเดียวซึ่งในระยะแรกจะใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดขึ้นเดียวใส เพื่อสังเกตลักษณะของทวารเทียม คือ มีสีชมพูแดง รูปวงกลม อยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร และมีรอยไหมเย็บรอบทวารเทียมกับผิวหนัง โดย 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดจะไม่มีอุจจาระ แนะนำวิธีการถ่ายเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระ การแต่งกาย อาหาร การออกกำลังกาย การเตรียมอุปกรณ์ กรรไกรตัดแป้นปิดหน้าท้องน้ำยาทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ (จุฬารักษ์ ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนสาธิตการใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทวารเทียมจากพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลและทวารเทียมจนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
การพยาบาลระยะผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ผ่าตัดผิดคน ผิดข้างผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบการระบุตัวตนของผู้ป่วย 2. ชื่อหัตถการที่ทำการผ่าตัด 3. ตรวจสอบตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดตำแหน่งที่จะลงมีด 4. เตรียมความพร้อมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดและส่งเครื่องมือตามหลักปราศจากเชื้ออย่างรวดเร็วและถูกต้อง 5. ประเมินและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 6. ตรวจสอบตรวจสอบเครื่องมือผ้าซับเลือดให้ตรงกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด 7. จัดสิ่งขึ้นเนื้อที่ตัดออกจากร่างกายผู้ป่วยให้ถูกต้องตามขั้นตอน 8. เตรียมอุปกรณ์และดูแลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้นไปยังหอผู้ป่วย 9. ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญที่ต้องดูแลให้ห้องพักฟื้น 10. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและให้การช่วยเหลือได้ทันที 11. ดูแล ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Aceta 1000 ml. iv drip 200 ml/hr. 12. เจาะ HCT ตามแผนการรักษา 13. ประเมินอาการเสียเลือดขณะผ่าตัดตลอดเวลา 14. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงเพื่อ ดูการทำงานของไตหาก < 30 ml/hr. รายงานแพทย์ทันที 15. ประเมินอาการและการแสดงเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาหลังผ่าตัดเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ ประเมินระดับความรู้สึกตัวลดลง ถ้าผู้ป่วยกระสับ กระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หายใจเร็วและลึกมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต <90/60 mmHg รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 8 L/m ตามแผนการรักษา ติดตามค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95% ขึ้นไป หากผิดปกติรายงานแพทย์

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3. การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ภายใน 24 ชั่วโมงแรกเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังการผ่าตัดทันที ได้แก่ Stoma ischemia, necrosis, bleeding เป็นต้น 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย สับสน หัวใจเต้นเร็ว ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาทาง
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ต่อ) เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาหลังผ่าตัดเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย	กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) หลุดเลือดดำตามแผนการรักษา 5. ติดตามความสมดุลของเกลือแร่เนื่องจากการตัดลำไส้ใหญ่ออกตามพยาธิสภาพ ทำให้การดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ลดลง 6. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำ 7. แจ้งอาการของผู้ป่วยและอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงแผนการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง เป้าหมายระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ปวด การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการหายใจ อาการปวดแผลผ่าตัด แผลผ่าตัด 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกต Abdominal sign ได้แก่ ท้องอืด แน่นตึง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตผลข้างเคียง 5. ดูแลความสะอาดร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน 6. ประเมินลักษณะของ stoma: end colostomy, round shape, pink color, size, mucocutaneous skin suture line intact, peristomal skin normal 7. ดูแลและสังเกตลักษณะ stoma ชุ่มชื้น ผิวมันวาว สีชมพูไม่มีสีแดงคล้ำ หรือสีซีด ความสูงอยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร ไม่ยื่นออกมามาก (prolapse) หรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง (retraction) และผิวหนังรอบบริเวณ stoma ไม่มี skin irritation หรือ skin excoriation 8. ประเมินการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายอุจจาระทางทวารใหม่ จากการผายลมหรืออุปกรณ์รองรับอุจจาระโป่ง 9. กระตุ้น early ambulation เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 10. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดูแลทวารใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับบ้านในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลทวารใหม่เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดกั้นของลำไส้แผลเย็บระหว่างผิวหนัง และ stoma แยก ผิวหนังรอบๆ stoma เป็นแผล stoma มีเลือดออกหรือมีสีคล้ำลง stoma prolapse หรือ retraction เป็นต้น 11. สอนและสาธิตขั้นตอนการเปลี่ยนและปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้ 1) เช็ดทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องและผิวหนังรอบช่อง
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง (ต่อ) เป้าหมายระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ปวด การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง	กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) เปิดลำไส้ด้วยน้ำสะอาด อาจใช้สบู่อ่อน ทำความสะอาดผิวหนังรอบๆเมื่อสกปรก น้ำจะไม่เข้าเพราะช่องเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้องจะมีแต่การบีบตัวไล่ น้ำออกสามารถอาบน้ำได้ เช็ดผิวหนังรอบๆ ให้แห้งก่อนที่จะติดถุง ถ้ามีขนบริเวณรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ควรตัดหรือโกนขนเพื่อป้องกันการอักเสบของรูขุมขนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อติดถุงรองรับอุจจาระ การใช้สบู่ที่มีส่วนผสมของสารบำรุงผิวหนังพวกมอยเจอร์ไรเซอร์ ทำให้การยึดติดของถุงรองรับอุจจาระไม่แน่น หรือแนะนำให้ใช้สบู่อย่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันและล้าให้สะอาด เนื่องจากอาจมีการตกค้างของสบู่ ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2) การใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิว/ปกป้องผิวรอบช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Skin protectant or Moisture barrier) ทาบริเวณรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวทำหน้าที่เหมือนผิวหนังชั้นบน ป้องกันการดูดซึมของสารระคายเคืองจากปัสสาวะและอุจจาระ ลดการเสียดสี ป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนัง สามารถให้ความชุ่มชื้น และช่วยป้องกันผิวหนังลอกหลุดจากการลอก เปลี่ยนถุงรองรับของเสีย มีอยู่หลายรูปแบบได้แก่ cream, liquid wipes, liquid spray ในกรณีที่ใช้ในรูปแบบ cream ต้องทาบางๆและรอให้แห้งก่อน จึงปิดถุงรองรับของเสีย 3) การเทถุงรองรับอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ถ้ามากกว่านี้ทำให้เกิดแรงดึงรั้งเป็นสาเหตุให้ถุงรองรับอุจจาระแยกหลุดจากแผ่นรองที่ติดกับผิวหนังได้ 4) การเปลี่ยนและการติดถุงรองรับอุจจาระ มีวิธีการดังนี้ คือ เช็ดผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องให้แห้ง วัดขนาดของช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และตัดขนาดของถุงให้ใหญ่กว่าช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องประมาณ 2 มิลลิเมตร ไม่ติดถุงชิดกับช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากเกินไปเพราะขอบถุงจะทำให้ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเกิดแผลได้ ไม่ติดถุงห่างกับช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากเกินไป เพราะอุจจาระจะทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคือง เกิดแผลได้
การพยาบาลระยะจำหน่าย เป้าหมายเป็นการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ให้มีความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สามารถใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้ด้วยความมั่นใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเจ็งลำไส้ สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการยอมรับการเจ็บป่วยและปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด 2. ให้ความรู้เรื่องยา ข้อบ่งใช้ การออกฤทธิ์ วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ผลข้างเคียง รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและครบถ้วน
การพยาบาลระยะจำหน่าย (ต่อ) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของ สถานที่ที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนสังคม 4. ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวการพักผ่อนนอนหลับ การลดความวิตกกังวลไม่เครียด ทำอารมณ์ให้แจ่มใส 5. ให้ความรู้การสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ การมีอุจจาระออกน้อยลงหรือไม่ออกเลย ปวดเพิ่มขึ้น หรืออาการที่แสดงว่ามีการติดเชื้อ มีแผลรอบทวารเทียม ผิวหนังรอบๆ stoma บวมบูนหรือโป่งออกเมื่อนอนราบไม่กลับคืน stoma มีความผิดปกติ มีเลือดสดๆ ออกไม่หยุดเมื่อทำการห้ามเลือดที่ stoma หรือมีลำไส้ยื่นยาว stoma ตีบตัน หรือมีถ่ายเป็นเลือดออกมาจากลำไส้ 6. ให้คำแนะนำติดตามการรักษา การตรวจตามนัดหากมีอาการผิดปกติให้ไปพบแพทย์ก่อนวันนัด 7. ประเมินทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องและส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ 8. แนะนำให้รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ควรดื่มน้ำสะอาด อาหารบางประเภท เช่น อาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารที่ทำให้เกิด gas รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ควรรับประทานอาหารเพียงพอบ่อยๆ ไม่ควรอดจนเกินไป ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดโดยเฉพาะอาหารที่แข็ง และมีกากใยสูง ควรเคี้ยวให้ละเอียดเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ ควรหลีกเลี่ยงการพูดคุยขณะรับประทานอาหาร ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว สำหรับอาหารที่ไม่คุ้นเคยควรเริ่มรับประทานเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	9. การดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติทั้งขณะใส่ถุงรองรับอุจจาระ ด้วยการปิดพลาสติกกันน้ำ เพื่อยืดระยะเวลาการเปลี่ยนแป้น และในวันที่ถอดถุงรองรับอุจจาระออกเพื่อเปลี่ยนแป้น โดยการดักน้ำอาบ หรืออาบน้ำด้วยฝักบัว แต่ไม่ควรใช้น้ำฉีดบริเวณ stoma หลังจากอาบน้ำเสร็จให้ซับน้ำบริเวณ stoma ให้แห้ง แล้วจึงเปลี่ยนอุปกรณ์ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำคลอง 10. การป้องกันและดูแลรักษาผิวหนังโดยรอบ stoma ทำความสะอาดรอบๆ stoma ด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง ไม่ควรขัด ถูหรือเกาบริเวณรอบๆ stoma เพราะจะทำให้เกิดแผลและมีการติดเชื้อได้ สังเกตอาการอักเสบของผิวหนัง เช่น ผิวหนังมีผื่นแดง มีอาการคัน ผิวหนังแห้ง แตก ลอกเป็นแผล ในระยะแรกที่ยังมี Mucocutaneous suture line หรือรอยแผลเย็บควรใช้ skin barrier powder โรยบางๆ ลูบผกแบ่งออกด้วยกระดาษชำระก่อนปิดแป้น
การพยาบาลระยะจำหน่าย (ต่อ)	11. การแต่งกาย สามารถแต่งกายได้ตามปกติ แนะนำผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้าหนาและสีเข้ม เพื่อไม่ให้ถุงรองรับอุจจาระนูนออกมาให้เห็นชัดเจน และไม่กดบริเวณ stoma 12. การเดินทาง สามารถเดินทางไกลได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไปด้วยตลอดเวลาและควรเตรียมให้มีจำนวนมากเพียงพอในกรณีที่มีความจำเป็นใช้รถด่วนหรือฉุกเฉิน 13. การทำงาน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ปกติ งดเว้น การยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ stoma ทำให้เกิด stoma herniation หรือ prolapse stoma 14. การพักผ่อนและการออกกำลังกายสามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น การบริหารแขนและขา แต่ไม่ควรหักโหม หรือเล่นกีฬาที่มีการกระทบกระแทกที่จะเป็นอันตรายต่อ stoma ได้ 15. การนอนหลับ ก่อนนอนควรทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ หรือเทอุจจาระให้เรียบร้อย และไม่ควนอนทับบริเวณ stoma

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการเกิดโรคไม่แน่ชัดและสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดได้ทั้งจากพันธุกรรมและพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบโรคมะเร็งตั้งแต่อายุต่ำกว่า 45 ปีขึ้นไป แต่อุบัติการณ์จะเพิ่มเมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะจะเพิ่มมากเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ส่วนสาเหตุจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อุจจาระเหลวกับอุจจาระแข็งสลับกัน เลือดปนอุจจาระท้องอืดแน่นท้อง น้ำหนักลด อาเจียน อาจตรวจพบว่ามีอาการซีด ซึ่งเกิดจากการเสีย

เลือดปนมาในอุจจาระแต่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (ulcer) เกิดการเสียเลือดที่น้อยจนเกิดอาการของโรคโลหิตจางได้ (จุฬารัตน์ วรศิริ, 2559) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อาการลุกลามมากมักมาด้วยอาการของลำไส้อุดตัน ซึ่งจะมีอาการปวดท้องท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระหรือผายลมลดลง (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการปวดจุกแน่นทั่วท้อง เป็นก่อนมา 1 วัน 4 วันก่อนมา ผู้ป่วยไม่ถ่าย ไม่ผายลม ไม่มีอาเจียน ได้รับการวินิจฉัยเป็นลำไส้อุดตันและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง กรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการปวดแน่นท้อง

รอบสะดือเป็นก่อนมา 1 วัน 2 วันก่อนมามีอาการถ่ายเหลววันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาเจียน ไม่มีไข้ ได้รับการวินิจฉัยเป็นลำไส้อุดตันและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม นับเป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตลอดจนวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนในทั้ง 2 ราย ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะวิกฤติ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณี พบว่ามีการวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นอึดอัดท้องจากการอุดตันลำไส้ ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะ โรคและการรักษาที่ได้รับ ในระยะผ่าตัด ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด มีความไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ระยะต่อเนื่องได้รับการสอนการดูแลแผล Colostomy โดยพยาบาล ประจำผู้ป่วย ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเหมือนกัน ระยะจำหน่าย ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้านเนื่องจากมีทวารเทียม และการสูญเสีย ภาวะลักษณะ ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกัน ระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะปวดตามข้อจาก โรคประจำตัวเดิมเป็น Gout ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการไอมีเสมหะหลังผ่าตัด ส่วนในระยะต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากการเตรียมลำไส้เพื่อทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณี

พบว่า มาด้วยอาการปวดท้องเหมือนกัน แพทย์วินิจฉัยลำไส้อุดตันจากผล CT Whole abdomen กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่าเป็น CA descending colon with complete colonic obstruction ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่าเป็น CA rectum with complete colonic obstruction ทั้งสองรายได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเปิดทวารเทียม ชนิด Colostomy เหมือนกันวณกรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำญาติสามารถยอมรับกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่เคยเจ็บป่วยได้รับข่าวร้ายทำให้ผู้ป่วยและญาติทำใจยอมรับไม่ได้ พยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความเวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจรับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตโดยเร็ว กรณีศึกษาทั้ง 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านโดยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองได้ตามอัตรภาพและมาตรฐานตามนัด

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา การขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมต้องให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพจิตใจ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และการเตรียมลำไส้ การดูแลระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญในงานสูงมาก สามารถประเมินลักษณะของทวารเทียม ลักษณะของสิ่งขับถ่าย การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วย เพราะถึงแม้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการ การดูแลต่อเนื่อง โดยการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง^{3,4,5}

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สามารถนำกระบวนการพยาบาล มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา อีกทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีสุขภาพะ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรส่งพยาบาลไปอบรมเฉพาะทาง Entrostomal Therapy Nurse (ET Nurse) ในการดูแลพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องตรวจโรค ศัลยกรรมและพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

2. ควรมีช่องทางติดต่อ เช่น Line official ให้ผู้ป่วยขอคำปรึกษาหลังจำหน่ายกรณีมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง เช่น ไม่สามารถติดอุปกรณ์ได้ มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข 2560-2562. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
2. วันดี สารานุราษฎร์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า, 1(2), 96-111.
3. จุฬารพร ประสงค์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และ เนตรสุวิณัฏฐ์จิตสวัสดิ์. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
4. สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล. (บรรณาธิการ). (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง
5. เอ็มปภา ปรัชชาธิศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ : กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 10(1), 22-34.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและมีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อตนเอง : กรณีศึกษา

Nursing Care of Breast Cancer Patients' Breast reconstruction using your own flap reconstruction : Case Study.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

นริศรา ศิริกุลเบญญา¹
Naritsara Sririkulbenya¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและมีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อตนเอง และ 2) ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและมีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อตนเอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ.2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ใช้แนวคิดข้อมูลภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Lift Skin- Sparing Mastectomy (SSM) with Axillary Lymph Node Dissection (ALND) Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap with Abdominal Wall Repair with Mesh Graft กรณีศึกษารายที่ 2 รับการผ่าตัด Right Total Mastectomy with Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap (TRAM flap) ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนจำหน่ายคล้ายคลึงกัน และแตกต่างกันในบางประเด็น

คำสำคัญ : Breast cancer, Modified Radical Mastectomy, Skin-Sparing Mastectomy, Axillary Lymph Node Dissection, Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap , Abdominal wall Repair, TRAM flap.

Abstract

This case study aimed to 1) examine nursing care for breast cancer patients undergoing total mastectomy with autologous tissue transplantation, and 2) ensure that breast cancer patients undergo safe, comorbid surgery. Two purposive case studies were conducted in Kalasin Hospital in 2024. The study tools included data collection from patient medical records, patient and family interviews, and the use of Gordon's 11 health status models and Orem's Self-Care Deficiency Theory.

Results: Case 1 involved a breast cancer patient undergoing a Lift Skin-Sparing Mastectomy (SSM) with Axillary Lymph Node Dissection (ALND) and a Pedicle-Transverse Rectus Abdominis-Musculocutaneous Flap with Abdominal Wall Repair with Mesh Graft. Case 2 involved a Right Total Mastectomy with a Pedicle-Transverse Rectus Abdominis-Musculocutaneous Flap (TRAM flap). The results revealed that the patient was safe and had no complications from the surgery. No nursing problems were noted preoperatively. The postoperative period and the discharge planning period are similar and differ in some aspects.

Keywords : Breast cancer, Modified Radical Mastectomy, Skin-Sparing Mastectomy, Axillary Lymph Node Dissection, Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap , Abdominal wall Repair, TRAM flap.

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ
ของหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลของ องค์การ

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

อนามัยโลก¹ ปี พ.ศ.2564 รายงานว่าพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.9 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.7 ล้านคน ซึ่งถือเป็นหนึ่งในหกของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ขณะที่มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ข้อมูลจาก Global Cancer Observatory² ในปี 2565 ชี้ว่า มีมะเร็ง 10 จาก 36 ประเภทที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และการเสียชีวิต เป็นอัตราส่วน 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก มะเร็งตับพบมากที่สุด ด้วยจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 27,936 คนต่อปี (คิดเป็น ร้อยละ15.2) ตามด้วยมะเร็งปอด (23,494 ราย หรือ ร้อยละ12.8) มะเร็งเต้านม (21,628 ราย หรือ ร้อยละ11.8) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (20,173 ราย หรือ ร้อยละ11.0) และมะเร็งปากมดลูก (8,662 ราย หรือ ร้อยละ4.7) มะเร็งตับยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากมะเร็งมากที่สุดในโลก มีผู้เสียชีวิต 27,143 คน หรือ ร้อยละ 22.8 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด ตามด้วยมะเร็งปอด (19,864 คน หรือ ร้อยละ16.7) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (10,158 คน หรือ ร้อยละ8.5) มะเร็งเต้านม (7,599 คน หรือ ร้อยละ6.4) และมะเร็งปากมดลูก (4,576 คน หรือ ร้อยละ3.9) มะเร็งเต้านมเป็นประเภทมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเพศหญิง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด ตามด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งตับ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านโรคมะเร็ง นอกจากจะเป็นภัยต่อสุขภาพแล้ว มะเร็งยังสะท้อนปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างประเทศ เช่น ในกรณีของมะเร็งเต้านม ประเทศที่มีค่าดัชนีชี้วัดการพัฒนามนุษย์สูง ส่วนมากเป็นประเทศที่มีรายได้สูง ประชากรจะสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยโรคได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้ 1 ใน 12 ของผู้หญิงได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรค และ 1 ใน 71 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรค แต่ในประเทศที่มีค่าดัชนีชี้วัดการพัฒนามนุษย์ต่ำ มีเพียง 1 ใน 27 ของผู้หญิง

ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมและ 1 ใน 48 ผู้หญิงเสียชีวิตจากโรค สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ.2560 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 139,206 คน เป็นเพศชายจำนวน 67,061 คน และเพศหญิง 72,145 คน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทย⁴ รายงานว่า 5 อันดับโรคมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 51.9 ของมะเร็งที่พบทั้งหมดในประเทศไทย สำหรับข้อมูลการเสียชีวิต³จากโรคมะเร็งของคนไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 83,334 คน เป็นเพศชาย 47,153 คน เพศหญิง 36,181 คน โดย 5 อันดับโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก⁴ ด้วยแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสาเหตุของโรคส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากร มีการสัมผัสสารก่อมะเร็งมากขึ้น รวมถึงความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้

อัตราการเกิดโรคมะเร็งและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกและองค์กรต่างๆ ทั่วโลกตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งจึงได้ร่วมกันจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ (National Cancer Control Program: NCCP) ขึ้น³ ด้วยตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการแก้ปัญหาดังกล่าว จากสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2565-2567 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 223, 235 และ 261 รายเข้ารับการรักษาผ่าตัดเต้านม จำนวน 157, 151 และ 167 ราย ตามลำดับ โดยเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงทั้งหมด⁵ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและลดอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและมีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	52 ปี	66 ปี
สถานภาพ	สมรส	สมรส
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	ประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ	รับราชการ	ทำนา
ภูมิลำเนา	กาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้ เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปี 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ใช้แนวคิดภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เปรียบเทียบการระบุปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษากลับเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ก้อนดิ่งรั้งทำให้เต้านมผิดรูป ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ มีปวดบางครั้ง เป็นก่อนมา 3 เดือน	คลำพบก้อนที่เต้านมข้างขวา โตขึ้นเรื่อยๆ ปวดบางครั้ง เป็นก่อนมา 2 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 เดือนก่อนมา มีก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ก้อนดิ่งรั้งทำให้เต้านมผิดรูป ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ มีปวดบางครั้ง จึงมาพบแพทย์ แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด	2 เดือนก่อนมา ผู้ป่วยคลำได้ก้อนที่เต้านมข้างขวา มีปวดตอนกลางคืน ไม่มีน้ำนมไหลออกจากเต้านม มีปวดบวมแดงร้อนบริเวณรอบๆก้อนที่เต้านมข้างขวา จึงมาพบแพทย์ แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคประจำตัว คือ เส้นเลือดในสมองตีบเมื่อ 2 ปี ก่อน ปัจจุบันแพทย์ให้หยุดรับยาอาการโดยทั่วไปปกติ ไม่มีแผนขออ่อนแรง	มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา
ปัจจัยเสี่ยง	มีประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว คือ น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม	ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว
อาการและอาการแสดง	มีก้อนที่เต้านมด้านซ้าย ก้อนดิ่งรั้งทำให้เต้านมผิดรูป ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ มีอาการปวดตึงเต้านมบางครั้ง	คลำได้ก้อนที่เต้านมข้างขวา มีปวดตอนกลางคืน ไม่มีน้ำนมไหลออกจากหัวนม ปวดบวมแดงร้อนบริเวณรอบๆก้อนที่เต้านมข้างขวา
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	9 เมษายน 2567 : Mammogram + Ultrasound(2Side) ผล High suspicious for malignancy. Biopsy tissue diagnosis should be considered. 19 เมษายน 2567 : Core needle biopsy left breast ผล Invasive breast carcinoma of no special type (ductal), The tumor is histologic grade 3 (Nottingham histologic score 8) 25 พฤษภาคม 2567 : - เอ็กซเรย์ทรวงอก ผลปกติ - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลปกติ - ผลตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT-PTT-INR ผลปกติ	4 ธันวาคม 2567 : Core needle biopsy right breast ผล Spindle cell tumor includes at least borderline phyllodes tumor and primary breast soft tissue tumor. 1 มกราคม 2568 : - เอ็กซเรย์ทรวงอก ผลปกติ - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลปกติ - ผลตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT-PTT-INR ผลปกติ
การวินิจฉัยโรค	Left breast cancer	Right phyllodes tumor
การผ่าตัด	การผ่าตัด Lift Sparing Mastectomy with Axillary Lymph Node Dissection Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap With Abdominal Wall Repair with Mesh Graft วันที่ 27 พฤษภาคม 2567	การผ่าตัด Right Total mastectomy with Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap วันที่ 2 มกราคม 2568
ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล	18 วัน	8 วัน
การพยากรณ์โรค	ผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด : Invasive ductal carcinoma, grade 2, size 34 cm in Lower inner quadrant, stage IIIA และพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง Axillary lymph node	ผลการส่งตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด : Borderline phyllodes tumor, grade 2, size 9 cm in greatest dimension, stage IIIA

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอนของนักศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้การเจ็บป่วยในครั้งนี้ แต่มีความวิตกกังวลระดับสูงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากทำงานรับราชการ อยู่ในวัยทำงานต้องพบปะบุคคลหลากหลายจากการทำงาน จึงขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองและภาพลักษณ์ที่สูญเสีย ถึงแม้การรักษาครั้งนี้มีการปลูกถ่ายเต้านมใหม่แต่ยังมีความกังวลสูงเรื่องรูปลักษณ์หลังการผ่าตัด และแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาต่อเนื่องหลังการผ่าตัด	ก่อนเป็นมะเร็งเต้านม เดิมสุขภาพแข็งแรง รับรู้การเจ็บป่วยในครั้งนี้ พร้อมทั้งจะเผชิญการกับการรักษา เกี่ยวกับภาพลักษณ์ไม่กังวลมากเนื่องจากอายุมากแล้ว
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ค่อยตรงเวลา ประกอบอาหารเอง รสไม่จัด มีปัญหาการเคี้ยวในบางครั้ง ไม่มีปัญหาการกลืน ขณะอยู่โรงพยาบาลอยากให้จัดอาหารเคี้ยวง่าย ๆ ให้	รับประทานอาหารตรงเวลา วันละ 3 มื้อ ไม่ชอบรับประทานอาหารรสจัด ชอบรับประทานผัก น้ำพริก อาหารย่อยง่าย ผู้ป่วยจะระมัดระวังพฤติกรรมรับประทานอาหารมากขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารค้างคืน ดิบๆ สุกๆ ชอบรับประทานปลาเป็นหลักหลีกเลี่ยงหมูเนื้อแดง อาหารปิ้งย่าง
3. การขับถ่าย	ปกติจะถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน มีท้องผูกบ้างนานๆ ครั้ง ละ ไม่มีเลือดหรือมูกปน ปัสสาวะ 4-5 ครั้ง/วัน ก่อนนอนจะปัสสาวะก่อนจะได้ไมตื่นบ่อยระหว่างคืน ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีเลือดปน ปัสสาวะสีเหลืองฟาง	ขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ปัสสาวะ 3-4 ครั้งต่อวัน ไม่มีปัสสาวะแสบขัดไม่มีเลือดปน ปัสสาวะสีเหลืองฟาง
4. กิจวัตรประจำวัน/การออกกำลังกาย	ปกติออกกำลังกายโดยเดินรอบๆ บ้าน และเดินเล่นในสวนครัวบ้าง ไม่มีการออกกำลังกายประจำอย่างเป็นแบบแผน ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ทำงานบ้านเบาๆ	ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกไปสังสรรค์ เดินเล่นในบริเวณบ้าน ประกอบอาหารเป็นบางครั้ง การออกกำลังกายไม่เป็นแบบแผน การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่อการใช้แขนขาในการทำงาน เพราะเป็นข้างที่ถนัด แขนยกลำบาก ส่วนแขนซ้ายยกและหมุนไหล่ได้แต่ผู้ป่วยงดการใช้ทำงานและยกของหนัก เพราะผ่านการผ่าตัดมะเร็งมาก่อน กิจวัตรประจำวันทำได้เอง แต่ช่วยสามีทำไร ทำไม่ได้
5. การพักผ่อน นอนหลับ	ส่วนใหญ่นอนพักผ่อนหลับ วันละ 6-8 ชั่วโมง เข้านอนประมาณ 20.30 น.หลับๆ ตื่นๆ บ้างตอนกลางคืน ตื่นมาสดชื่นดี	นอนพักผ่อนหลับ วันละ 8-9 ชั่วโมง เข้านอนประมาณ 21.30น. หลับๆ ตื่นๆ บ้าง นอนหลับในเวลากลางวันเกือบทุกวัน
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	เรียนจบระดับปริญญาตรีและทำงานรับราชการ อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ ทำตามคำสั่งได้ พร้อมทั้งจะรับการผ่าตัดเพราะเป็นการรักษาที่จำเป็น	จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ทำตามคำสั่งได้ พร้อมทั้งจะรับการผ่าตัดเพราะเป็นการรักษาที่จำเป็น
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	กังวลเรื่องการตัดเต้านม ซึ่งจะทำให้เสียภาพลักษณ์กลัวสามีรังเกียจ แต่เรื่องการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล คิดว่าตนเองยังสามารถปฏิบัติได้เพื่อให้อาการดีขึ้น	จากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ถึงแม้จะต้องตัดเต้านมออก ตนยอมรับได้ รับรู้ว่าจะไม่ทำให้เสียภาพลักษณ์ เพราะตนเองสูงอายุแล้ว แต่กังวลกลัวปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
8. บทบาทและความสัมพันธ์ทาง	ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี เมื่อเกิดปัญหาภายในครอบครัวสามารถปรึกษาและพูดคุยกับสามีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสามีเข้าใจและยอมรับโรคและการรักษาในครั้งนี้	ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี เมื่อเกิดปัญหาในครอบครัวส่วนใหญ่ปรึกษาปัญหากับบุตรสาวและบุตรเขย รวมทั้งการรักษาในครั้งนี้ครอบครัวเข้าใจในโรคและการรักษาดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	หลังหมดประจำเดือน มีอารมณ์ทางเพศลดลงแต่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ปกติ มีความวิตกกังวล	มีเพศสัมพันธ์กับสามีลดลง เนื่องจากสูงอายุ ส่วนใหญ่สามีจะแยกไปนอนบ้านสวน เพื่อความสะดวกในการทำนา ทำไร่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	เรื่องความสัมพันธ์กับสามีค่อนข้างสูง เนื่องจากเดิมสามีเป็นคนเจ้าชู้ มีภรรยาหลายคนมาก่อน ประกอบกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ อาจทำให้สามีเกิดความท้อแท้ได้	
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	มีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแผนการรักษา เนื่องจากทำงานรับราชการต้องลงงานบ่อย การสูญเสียสภาพลักษณะที่อาจทำให้ความสัมพันธ์กับสามีเปลี่ยนแปลงไปอาจต้องใช้ธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และปรึกษาศาสนาพุทธที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน	ยอมรับโรคและผลการรักษาของแพทย์ได้ เนื่องจากอายุมากแล้ว อาชีพทำนา และการใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บ้านกับครอบครัว
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว เข้าร่วมในวันสำคัญทางศาสนาสม่ำเสมอ ซึ่งขณะเข้ารับการรักษามีการไหว้พระทุกคืนก่อนนอนทุกวัน	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ใส่บาตรตอนเช้าทุกวัน เข้าร่วมในวันสำคัญทางศาสนาสม่ำเสมอ สวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า มีแบบแผนสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน 5 แบบแผน ส่วนแบบแผนสุขภาพที่แตกต่างกัน 6 แบบแผน ดังนี้
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียดซึ่ง
ผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณร่วมกับทฤษฎี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด 1.มีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด เนื่องจาก กลัวการสูญเสียสภาพลักษณะ หลังการผ่าตัด วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนการผ่าตัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนก่อนการผ่าตัดได้ 6-8 ชั่วโมง 2.ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	ข้อมูลสนับสนุน S : นอนไม่หลับเลยกลัวการผ่าตัดมีปัญหา หลังผ่าตัดเดี๋ยวจะสวดยาเดิมไหมคะหรือขนาดไม่เท่ากัน หรือดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น O : ผู้ป่วยนอนกระสับกระส่าย กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การคาดการณ์ถึงสภาพตนหลังการผ่าตัด ประเมินการรับรู้ด้านการผ่าตัดเดี๋ยวจะสวดยาเดิมไหมคะ 2.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดดมยาสลบเดี๋ยวจะสวดยาเดิมไหมและการผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเดี๋ยวใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อตนเองโดยแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3.ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเดี๋ยวจะสวดยาเดิมไหมคะ 4.ให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก รับฟังและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอก 5.ให้รับประทานยา Ativan 1 tablet ก่อนนอน การประเมินผล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองหลังการผ่าตัด กลัวการผ่าตัดไม่ราบรื่น กลัวภาพลักษณ์หลังผ่าตัดมีผลต่อการดำเนินชีวิต	ข้อมูลสนับสนุน S : กลัวการดมยาสลบ กลัวไม่ฟื้น หลังผ่าตัดจะปวดแผลมากไหมคะ O : นอนพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การคาดการณ์ถึงสภาพตนหลังการผ่าตัด ประเมินการรับรู้ด้านการผ่าตัดเดี๋ยวจะสวดยาเดิมไหมคะ 2.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดดมยาสลบเดี๋ยวจะสวดยาเดิมไหมและการผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเดี๋ยวใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อตนเองโดยแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3.ให้แลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเดี๋ยวจะสวดยาเดิมไหมคะ 4.ให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก รับฟังและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอก การประเมินผล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่สูญเสียพอควรแต่ไม่กังวลมาก เนื่องจากมีอาชีพทำนาและอายุมากแล้วจึงกังวลเล็กน้อย แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	เนื่องจากผู้ป่วยรับทราบการ จึงอาจทำให้เกิดการสูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต หลังการพูดคุยและอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัด ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้บ้างและสามารถนอนหลับก่อนการผ่าตัดได้บ้างเล็กน้อย หลังการรับประทานยา Ativan 1 tablet	และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดมากกว่า หลังการพูดคุยและอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัด ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้บ้าง นอนหลับได้นาน 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด
2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วม <u>วัตถุประสงค์</u> -1.เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการดมยาสลบ เช่น ชีพจร ความดันโลหิต < 90/60 mmHg	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : กล้ามเนื้อสลบแล้วไม่ฟื้น O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพผิดปกติ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 2.ประเมินผู้ป่วยจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบมีความผิดปกติรีบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด 3.ประสานงานวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ไม่พบอาการแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : กล้ามเนื้อสลบแล้วไม่ฟื้น O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพผิดปกติ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 2.ประเมินผู้ป่วยจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบมีความผิดปกติรีบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด 3.ประสานงานวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ไม่พบอาการแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก
<u>ระยะหลังผ่าตัด</u> 1.เสี่ยงต่อการเสียเลือดจากการผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด <50 ml 2.สัญญาณชีพหลังการผ่าตัดปกติ 3.แผลผ่าตัดไม่มีลักษณะของSign active bleeding และสารคัดหลั่งจากท่อระบายออกไม่เกิน 200 ml/hr. 4.ค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว >30 Vol%	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : O : -External blood loss 50 ml, ค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว = 40 Vol%, สารคัดหลั่งจากท่อระบายออก 285 ml/day, สัญญาณชีพปกติ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.สังเกตความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระยะเวลาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงในโซนผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาในการผ่าตัด 8 ชั่วโมง 10 นาที และเสียเลือดขณะผ่าตัด 50 มิลลิลิตร 2.ประเมินภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด โดยประเมินแผลผ่าตัด มีเลือดซึมออกมาหรือไม่ สังเกตบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาตามท่อระบายต่างๆ เฝ้าระวังดูแลและรายงานแพทย์เมื่อใน 1 ชั่วโมงสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 2 ชั่วโมงและสารคัด	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : O : -External blood loss 100 ml, ค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว = 37 Vol%, สารคัดหลั่งจากท่อระบายออก 90 ml/day, สัญญาณชีพปกติ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> สังเกตความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระยะเวลาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงในโซนผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาในการผ่าตัด 6 ชั่วโมง 20 นาที และเสียเลือดขณะผ่าตัด 100 มิลลิลิตร ประเมินภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด โดยประเมินแผลผ่าตัด มีเลือดซึมออกมาหรือไม่ สังเกตบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาตามท่อระบายต่างๆ เฝ้าระวังดูแลและรายงานแพทย์เมื่อ ใน 1 ชั่วโมงสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 2 ชั่วโมงและสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 4 ชั่วโมง ติดตามค่า

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	หลังเพิ่มขึ้นมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 4 ชั่วโมง 3.ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว รายงานแพทย์เมื่อค่าที่ได้น้อยกว่า 30 Vol% หรือ ลดลงจากเดิมมากกว่า 3 Vol% <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัว O2 saturation 98 % แผลผ่าตัด เต้านมข้างซ้ายซีมีเป็อนก๊อสเล็กน้อย แผล Donor ที่หน้าท้องไม่ซีมี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สารคัดหลั่งจากท่อระบายจากแผลผ่าตัดออกใน 24 ชั่วโมงแรก 285 มิลลิลิตร ผลความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว = 40 Vol%	ความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว รายงานแพทย์ เมื่อค่าที่ได้น้อยกว่า 30 Vol% หรือลดลงจากเดิมมากกว่า 3 Vol% <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัว O2 saturation 99 % แผลผ่าตัด เต้านมข้างขวาซีมีเป็อนก๊อสเล็กน้อย แผล Donor ที่หน้าท้องไม่ซีมี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สารคัดหลั่งจากท่อระบายจากแผลผ่าตัดออกใน 24 ชั่วโมงแรก 90 มิลลิลิตร ผลความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว = 37 Vol%
2.ไม่สุขสบายปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> 1.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2.เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการปวด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้หลังการผ่าตัดวันละ 6-8 ชั่วโมง 2.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ปวดแผลผ่าตัดบางครั้ง O : นอนหลับพักผ่อนได้นานวันละ 5-6 ชั่วโมง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ประเมินความเจ็บปวด ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บปวด ดูแลจัดทำนอนศีรษะสูง 60 องศา ห้ามนอนราบ และใช้เครื่อง Pneumatic Compression ที่ขาทั้ง 2 ข้าง เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติห้ามนอนกดทับบริเวณแผล และห้ามยกขาเพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อเต้านมเสริมได้ ดูแลสายท่อระบายไม่ให้ตึงรั้งแผล ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากที่สุด <u>การประเมินผล</u> หลังให้การพยาบาลพบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยปวด Pain scale 7-8 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 2-8 ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain scale 4-5 คะแนน และขอยาแก้ปวดเป็นช่วงๆ สีหน้าสดชื่นมากขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ด้วยตนเอง และนอนพักผ่อนได้	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ปวดแผลผ่าตัดบางครั้ง O : นอนหลับพักผ่อนได้นานวันละ 5-6 ชั่วโมง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ประเมินความเจ็บปวด ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บปวด ดูแลจัดทำนอนศีรษะสูง 60 องศา ห้ามนอนราบ และใช้เครื่อง Pneumatic Compression ที่ขาทั้ง 2 ข้าง เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติห้ามนอนกดทับบริเวณแผล และห้ามยกขาเพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อเต้านมเสริมได้ ดูแลสายท่อระบายไม่ให้ตึงรั้งแผล ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากที่สุด <u>การประเมินผล</u> หลังให้การพยาบาลพบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยปวด Pain scale 7-8 คะแนน หลังผ่าตัดวันที่ 2-8 ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain scale 4 คะแนน สีหน้าสดชื่น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ด้วยตนเอง และนอนพักผ่อนได้
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม : แขนบวม ข้อไหล่ติด และมีเลือดหรือซีรั่มคั่งอยู่ใต้แผล เนื่องจากมีความรู้และทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองไม่เพียงพอรวมทั้งขาดความมั่นใจ <u>วัตถุประสงค์</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ปวดตึงแผลเล็กน้อยยกแขนลำบาก O : สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติและ ROM Exercise ได้ดี <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแขนบวม ข้อไหล่ติดและการมีเลือดหรือซีรั่มคั่งอยู่ใต้แผลอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการ	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ปวดตึงแผลเล็กน้อยยกแขนได้ค่ะ O : สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติและ ROM Exercise ได้ดี <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแขนบวม ข้อไหล่ติดและการมีเลือดหรือซีรั่มคั่งอยู่ใต้แผลอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจทักษะในการดูแลตนเอง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่พบภาวะแขนบวม ข้อไหล่ติดหลังการผ่าตัด 2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	บริหารข้อไหล่ สอนสาธิตให้ผู้ป่วย เริ่มบริหารข้อไหล่ 10 ท่า งดท่าที่หักการแขนข้างซ้าย ให้ผู้ป่วยนอนยกแขนซ้ายสูงกว่าระดับหัวใจ หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับที่คับเกินไป ดูแลตรวจสอบการทำงานของท่อระบายให้อยู่ในระบบสุญญากาศ ไม่ให้เลื่อนหลุด และตั้งรั้งให้ท่อระบายสารคัดหลั่งอยู่ระดับต่ำกว่าเอว พร้อมบันทึกสีและปริมาณ สอนการประเมินอาการเบื้องต้นภาวะข้อไหล่ติดด้วยตนเอง การประเมินผล ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดเต้านมและผ่าตัดเสริมเต้านมข้างซ้าย ทำทางอ่อนเพลีย นอนพักในโซนผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด แพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มบริหารไหล่ ในวันที่ 4 หลังผ่าตัด เริ่มมีบริหารแขนได้ 1-2 ท่า และหลังผ่าตัด วันที่ 7-8 บริหารแขนและไหล่ได้ถูกต้องทั้ง 10 ท่า แต่ต้องมียาติคอยดูแลเนื่องจากยังมีอาการปวดแผลร่วมด้วย ไม่มีอาการข้อไหล่ติด ไม่มีอาการบวมแขนข้างซ้าย หลังถอดท่อระบายแผลผ่าตัดซึมเล็กน้อย	บริหารข้อไหล่ สอนสาธิตให้ผู้ป่วย เริ่มบริหารข้อไหล่ 10 ท่า งดท่าที่หักการแขนข้างขวา ให้ผู้ป่วยนอนยกแขนขวาสูงกว่าระดับหัวใจ หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับที่คับเกินไป ดูแลตรวจสอบการทำงานของท่อระบายให้อยู่ในระบบสุญญากาศ ไม่ให้เลื่อนหลุด และตั้งรั้งให้ท่อระบายสารคัดหลั่งอยู่ระดับต่ำกว่าเอว พร้อมบันทึกสีและปริมาณ สอนการประเมินอาการเบื้องต้นภาวะข้อไหล่ติดด้วยตนเอง การประเมินผล ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดเต้านมและผ่าตัดเสริมเต้านมข้างขวา ทำทางอ่อนเพลีย นอนพักในโซนผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด แพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มบริหารไหล่ ในวันที่ 4 หลังผ่าตัด เริ่มมีบริหารแขนได้ 1-2 ท่า และหลังผ่าตัด วันที่ 7-8 บริหารแขนและไหล่ได้ถูกต้องทั้ง 10 ท่า แต่ต้องมียาติคอยดูแลเนื่องจากยังมีอาการปวดแผลร่วมด้วย ไม่มีอาการข้อไหล่ติด ไม่มีอาการบวมแขนข้างขวา หลังถอดท่อระบายแผลผ่าตัดซึมเล็กน้อย
4. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลผ่าตัดและท่อระบายต่างๆ วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อในร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล - 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ	ข้อมูลสนับสนุน S : ปวดแผลแต่ไม่มีอาการไข้ O : สัญญาณชีพปกติและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ กิจกรรมการพยาบาล วัดและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติเพื่อรายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตสีและปริมาณของสารคัดหลั่งจากท่อระบาย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลแผลผ่าตัดและแผลที่หน้าท้อง ให้กำลังใจเรื่องแผลผ่าตัดเต้านมที่มีเลือดซึมแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นว่าจะได้รับการประเมินแผล การดูแลแผลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องแผล การประเมินผล วันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.3 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดเต้านมไม่ซึม กลิ่นไม่เหม็น Drain ออกในปริมาณปกติ วันที่ 4 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดเต้านมไม่ซึม แผล Donor แห้งดี	ข้อมูลสนับสนุน S : ปวดแผลเล็กน้อยแต่ไม่มีอาการไข้ O : สัญญาณชีพปกติและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ กิจกรรมการพยาบาล วัดและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติเพื่อรายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตสีและปริมาณของสารคัดหลั่งจากท่อระบาย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลแผลผ่าตัดและแผลที่หน้าท้อง ให้กำลังใจเรื่องแผลผ่าตัดเต้านมที่มีเลือดซึมแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นว่าจะได้รับการประเมินแผล การดูแลแผลจากแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องแผล การประเมินผล วันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ 37.5 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดเต้านมไม่ซึม กลิ่นไม่เหม็น Drain ออกในปริมาณปกติ วันที่ 4 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดเต้านมยังซึมลดลง แผล Donor แห้งดี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	วันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดเต้านมไม่ซึม หลังถอดท่อระบายแผลไม่ซึม	วันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดเต้านมไม่ซึม หลังถอดท่อระบายแผลไม่ซึม
5.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดจากภาวะการเจ็บป่วย <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ยังมีปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย O : ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่มีญาติคอยช่วยเหลือ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่ายและสิ่งแฉะ ล้างให้สะอาด กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุดเมื่ออาการดีขึ้นตามลำดับ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นตามลำดับจนเป็นปกติ ในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1-4 หลังการผ่าตัดแพทย์ให้ทำกิจวัตรต่างๆบนเตียง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ยังมีปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย O : ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่มีญาติคอยช่วยเหลือ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่ายและสิ่งแฉะ ล้างให้สะอาด ซึ่งหลังผ่าตัด 1-5 วันหลังการผ่าตัดให้นอนศีรษะสูง 60 องศาห้ามลุกจากเตียง กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุดเมื่ออาการดีขึ้นตามลำดับ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นตามลำดับในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1-4 หลังการผ่าตัดให้ทำกิจวัตรต่างๆบนเตียงตามคำสั่งแพทย์ จนเป็นปกติในวันที่ 6 หลังการผ่าตัดและสามารถลุกเดินเพื่อทำกิจวัตรในห้องน้ำได้เอง
6.สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากการสูญเสียเต้านมด้านขวาจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและมีภาพลักษณ์ที่ดีหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง 2.ให้ความร่วมมือในการรักษา	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ยอมรับในรูปปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ค่ะ และสามีเข้าใจดี O : นอนหลับพักผ่อนได้นาน 6 ชั่วโมงต่อวันแต่ยังมีความวิตกกังวลต่อภาพลักษณ์ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้ระบายความรู้สึกและซักถามรวมทั้งอธิบายให้สามีผู้ป่วยเข้าใจว่าการผ่าตัดเต้านมไม่กระทบกับการมีเพศสัมพันธ์ สามีควรให้กำลังใจและดูแลอย่างใกล้ชิดและแสดงให้ภรรยาเห็นว่ายังรักและห่วงใย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้มีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมเป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างรูปทรงเต้านมขึ้นมาใหม่ให้ใกล้เคียงเต้านมเดิมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผ่าตัดเต้านมออกไป ช่วยลดความรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่บ่งบอกความเป็นเพศหญิง ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจเพิ่มความมั่นใจ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ รวมทั้งการหาย	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ยอมรับในรูปปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ค่ะ อาหารหลังผ่าตัดปลอดภัยก็ไม่กังวลอะไรแล้วค่ะ O : นอนหลับพักผ่อนได้นาน 5-6 ชั่วโมงต่อวันและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดี <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้ระบายความรู้สึกและซักถามรวมทั้งอธิบายให้สามีผู้ป่วยเข้าใจว่าการผ่าตัดเต้านมไม่กระทบกับการมีเพศสัมพันธ์ สามีควรให้กำลังใจและดูแลอย่างใกล้ชิดและแสดงให้ภรรยาเห็นว่ายังรักและห่วงใย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดครั้งนี้มีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมเป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างรูปทรงเต้านมขึ้นมาใหม่ให้ใกล้เคียงเต้านมเดิมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผ่าตัดเต้านมออกไป ช่วยลดความรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่บ่งบอกความเป็นเพศหญิง ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจเพิ่มความมั่นใจ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ รวมทั้งการหาย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ของแผลผ่าตัด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ เป็นต้น <u>การประเมินผล</u> สามีเอาใจใส่ดูแลรยาอย่างใกล้ชิด แสดงความห่วงใย ทำให้ภรรยารู้สึกดีขึ้น มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล สามียอมรับความจำเป็นในการผ่าตัดเต้านมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงได้สามารถปรับตัวและสนใจในการดูแลตนเองมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและผู้ป่วยข้างเตียง มีการซักถามข้อมูลในการดูแลฟื้นฟูให้ร่างกายแข็งแรง	ของแผลผ่าตัด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ เป็นต้น <u>การประเมินผล</u> สามีเอาใจใส่ดูแลรยาอย่างใกล้ชิด แสดงความห่วงใย ทำให้ภรรยารู้สึกดีขึ้น มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล สามียอมรับความจำเป็นในการผ่าตัดเต้านมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงได้สามารถปรับตัวและสนใจในการดูแลตนเองมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและผู้ป่วยข้างเตียง มีการซักถามข้อมูลในการดูแลฟื้นฟูให้ร่างกายแข็งแรง
<u>ระยะวางแผนจำหน่าย</u> 7.ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเนื่องจากคิดว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอ <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยยอมรับในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง 2.ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ เช่น การดูแลแผล, การรับประทานยา, การมาตรวจตามนัด 3.ผู้ป่วยสามารถอธิบายอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ถูกต้อง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ต้องยกแขนบ่อยแค่ไหนคะแขนถึงไม่บวม O : ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้หลังการแนะนำ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องต่างๆ ตามหลัก D-METHOD เน้นย้ำการดูแลแผลผ่าตัดและแผลที่ต้นขาขวา <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจรับฟัง ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง สาธิตวิธีการบริหารข้อไหล่ได้ถูกต้องครบทั้ง 10 ท่า โดยมีญาติคอยช่วยเหลือเรื่องท่าบริหารแขนและข้อไหล่ มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้ทันที	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S : ยกแขนทุกวันเลยไหมคะ ทานข้าวได้ปกติใช่ไหม O : ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้บ้างต้องมีญาติคอยช่วยกระตุ้น มีความสับสนในท่าบริหารแขนบางครั้ง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องต่างๆ ตามหลัก D-METHOD เน้นย้ำการดูแลแผลผ่าตัดและแผลที่หน้าท้อง <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจรับฟัง ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง สาธิตวิธีการบริหารข้อไหล่ได้ถูกต้องครบทั้ง 10 ท่า โดยมีญาติคอยช่วยเหลือเรื่องท่าบริหารแขนและข้อไหล่ มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้ทันที

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดคล้ายคลึงกัน แต่มีความ

แตกต่างในบางประเด็น ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 52 ปี มีโรคประจำตัวเดิมเป็นเส้นเลือดในสมองตีบและสิ้นสุดการรักษาแล้ว มีประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมบุคคลในครอบครัว คือน้องสาว มีภาวะวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัด เรื่องภาพลักษณ์และแผนการรักษาต่อเนื่องที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

และการปฏิบัติงานราชการ ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขในระยะแรกปรับแนวทางแก้ไขเรื่องการสูญเสียภาพลักษณ์ โดยผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่าตัดเสริมเต้านมโดยใช้เนื้อเยื่อหน้าท้องของตนเองเพื่อสร้างรูปทรงเต้านมขึ้นมาใหม่ให้ใกล้เคียงเต้านมเดิม ช่วยลดความรู้สึกสูญเสียอวัยวะที่บ่งบอกความเป็นเพศหญิง ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Lift Skin - Sparing Mastectomy with Axillary Lymph Node Dissection Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap with Abdominal wall Repair with Mesh Graft ระยะเวลาในการผ่าตัด 8 ชั่วโมง 10 นาที สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 50 มิลลิลิตร แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพบริหารและข้อไหล่ได้ในวันที่ 4 หลังการผ่าตัด แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงมาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้เองค่อนข้างช้าต้องให้สามีคอยช่วยเหลือตลอด ทำให้การฟื้นฟูร่างกายเป็นไปได้ช้าในช่วงหลังการผ่าตัดวันที่ 1-8 พยาบาลแนะนำให้ญาติคอยกระตุ้นและดูแลในระหว่างการบริหารแขนและข้อไหล่ ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพิ่มความมั่นใจและช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อาการทุเลา ถอดสายระบายออกตัดไหมแผลผ่าตัดดีดี นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 18 วัน นัดฟังผลชิ้นเนื้อและกลับบ้านได้ ซึ่งจากผลการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัดพบเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma, grade 2, size 34 cm in Lower inner quadrant, stage IIIA และพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง Axillary lymph node โดยภาพรวมกรณีศึกษารายที่ 1 มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เนื่องจากพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง แพทย์เจ้าของไข้วางแผนการรักษาต่อเพื่อรับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดใกล้เคียง ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 66 ปี มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ทำการผ่าตัด Right Total mastectomy with Pedicle Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap

ระยะเวลาการในผ่าตัดนานกว่าคือ 6 ชั่วโมง 20 นาที แต่สูญเสียเลือด 100 มิลลิลิตร ซึ่งมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 การดูแลหลังการผ่าตัดจะคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 คือสามารถออกกกำลังกายหลังผ่าตัดได้หลังวันที่ 5 หลังการผ่าตัด และการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดใช้ระยะเวลาใกล้เคียงกันกับรายที่ 1 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน ใช้เวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่ารายกรณีที่ 1 เนื่องจากยอมรับในรูปปลักษณ์หลังการผ่าตัดได้ดี มีความวิตกกังวลน้อยกว่า ทำให้การฟื้นฟูหลังการผ่าตัดได้ผลลัพธ์ที่ดีสามารถกลับบ้านได้เร็วกว่ารายกรณีที่ 1 ซึ่งจากผลการตรวจชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัดพบเป็นมะเร็งเต้านม Borderline phyllodes tumor, grade 2, size 9 cm in greatest dimension, stage IIIA และผลความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์หลังการผ่าตัดที่ดีทั้ง 2 รายกรณี

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาทั้ง 2 ราย ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษาและแก้ปัญหาซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การนำกระบวนการพยาบาลกรอบแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพวางแผนการดูแล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานทางการพยาบาล มีความปลอดภัย สามารถดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านได้ใช้ชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ตามอัตภาพอย่างมีความสุข^{6,7,8}

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ทักษะความชำนาญที่สั่งสมมาจากการเรียนรู้และฝึกฝนเก็บสะสมประสบการณ์ (Tacit knowledge) และปัจจุบันได้มีพยาบาลน้องใหม่ที่ขาดทักษะ และความเชี่ยวชาญใน

การทำงาน ทำให้บางครั้งขาดความพร้อมในการทำงาน เนื่องจากไม่มีคู่มือที่เป็นแนวทางในการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดนี้ เมื่อมีการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจึงต้องมีการวางแผนทางให้เป็นระบบ และมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านบุคลากร

1. จัดให้มีระบบพี่เลี้ยงในการสอน ชี้นำนิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลใหม่อย่างใกล้ชิด เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่ และป้องกันความเสี่ยงจากพฤติกรรมการพยาบาล
2. จัดทำคู่มือสำหรับพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและมีการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อโดยใช้เนื้อเยื่อตนเอง เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมทุกด้านตลอดจนการใช้เครื่องมือแต่ละประเภทอย่างละเอียดและชัดเจน จัดให้มีการเสริมความรู้อย่างต่อเนื่องก่อนการดูแลผู้ป่วย
3. ควรจัดระบบการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน โดยใช้ระบบ In house training ให้

สามารถพัฒนาบุคลากรตามความต้องการ รวดเร็ว และประหยัดงบประมาณในการจัดอบรม

ด้านผู้ป่วย

1. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าและปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเต้านมใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อตนเอง พบผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ต้องมีการสอน ให้คำแนะนำบ่อยครั้ง ผู้สูงอายุมีความเกรงใจในการซักถาม ดังนั้นในผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลควรใช้สื่อวีดิทัศน์ในการเล่าเรื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้ได้เอง และไม่จำกัดจำนวนครั้งในการหาข้อมูล
2. ควรมีกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ การปรับตัวกับการเป็นโรคในผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมออกทั้งเต้าและปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเต้านมใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อตนเองด้วยกัน เพื่อถ่ายทอดความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีความเข้าใจชัดเจนมากขึ้น
3. จัดทำสื่อการสอนในรูปแบบวีดิทัศน์ เพื่อง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ และเหมาะสมตามความต้องการ ของผู้ป่วยในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). [Internet]. 2021. [cited 2025 OCT 29] Available from: <https://data.who.int/countries/764>
2. Global Cancer Observatory (GCO). 2022. [cited 2025 OCT 29] Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme พ.ศ. 2567-2575. [อินเทอร์เน็ต]; กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/New_web2024/officer/download/nccp/NCCP_67_75.pdf
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2565. หน้า 82.
5. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถิติข้อมูลผู้บริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. 2567.
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. [อินเทอร์เน็ต]; กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nci.go.th/th/cpg/cpgรักษาโรคเต้านมและมะเร็งเต้านม.pdf>7. อัจฉราภรณ์ ม่วงมูลตรี, กุมาสีพร ตรีสอน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;(16): 103-89. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/262000>
8. Oncology Nursing society. Toolkit for safe Handling of Hazardous Drugs for Nurses in Oncology. [Internet]. 2018. [cited 2025 OCT 29] Available from: https://www.ons.org/sites/default/files/201806/ONS_Safe_Handling_Toolkit_0.pdf

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for patient undergoing Laparoscopic Cholecystectomy at BanphaiHospital,KhonKaen Province.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

ปาริชาติ สิริภาคย์โสภณ¹
Parishad Siriphaksophon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง และประเมินผลลัพธ์ด้านระยะเวลาในการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ การวิจัยดำเนินการตามวงจรการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยเริ่มจากการทบทวนปัญหา การจัดสนทนากลุ่มพยาบาลจำนวน 10 คน เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงกับผู้ป่วย 70 รายที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่พัฒนา แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการหาความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในระดับดี ($\bar{x} = 4.11$) ระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดอยู่ที่ 58.7 นาที ($SD = 21.28$) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบร้อยละ 18.57 โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาในการนำถุงน้ำดีออก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.54$, $SD = 0.07$) ขณะที่พยาบาลมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.56$, $SD = 0.02$) โดยเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจน เป็นระบบ ใช้งานง่าย และช่วยเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

คำสำคัญ: การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง; ความพึงพอใจของผู้ป่วย; แนวปฏิบัติการพยาบาล

Abstract

This action research aimed to develop a nursing practice guideline for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy and to evaluate its outcomes in terms of operative time, postoperative complications, adherence to the guideline, patient satisfaction, and nurses' opinions toward its implementation. The research process followed the action research cycle, beginning with problem review and conducting a focus group discussion with ten nurses to develop the guideline. The guideline was then implemented among 70 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Research instruments included the developed guideline, a guideline adherence assessment form, a nurses' opinion questionnaire, and a patient satisfaction questionnaire. All instruments were validated for content validity, and reliability was established. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: showed that nurses demonstrated a good level of adherence to the guideline ($\bar{x} = 4.11$). The average operative time was 58.7 minutes ($SD = 21.28$), which is within the standard range. Postoperative complications occurred in 18.57% of cases, mostly related to gallbladder removal difficulties. Patient satisfaction was at a very high level ($\bar{x} = 4.54$, $SD = 0.07$), and nurses expressed a very high level of agreement with the developed guideline ($\bar{x} = 4.56$, $SD = 0.02$), noting that it was clear, systematic, user-friendly, and enhanced patient safety in the operating room.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy; Nursing practice guideline; Patient satisfaction

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาโรคนี้ในถุงน้ำดีในปัจจุบัน เนื่องจากมีความปลอดภัยสูง อาการปวดหลังผ่าตัดน้อย ฟื้นตัวเร็ว และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดชนิดนี้ต้องอาศัยความแม่นยำของทีม ศัลยกรรมและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพของทีมพยาบาลห้องผ่าตัด¹ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเตรียมเครื่องมือ การควบคุมสภาพแวดล้อมปลอดเชื้อ การประสานงานกับ ศัลยแพทย์ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้ง ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและลดภาวะแทรกซ้อน²

โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ระดับ M2 พบปัญหาหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง ได้แก่ จำนวนศัลยแพทย์ที่จำกัด ประสิทธิภาพของพยาบาลช่วยผ่าตัด (RNFA) ที่แตกต่างกัน และข้อจำกัดของอุปกรณ์ผ่าตัด โดยเฉพาะชุดกล้องและ Light Source ที่มีเพียงชุดเดียว ส่งผลให้การผ่าตัดบางครั้งล่าช้า และเพิ่มความเสี่ยงจากความผิดพลาดในการถือกล้องหรือการจัดการอุปกรณ์ นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกหรือภาวะจากการจัดการถุงน้ำดีที่ไม่ราบรื่น ซึ่งสัมพันธ์กับความพร้อมและทักษะของทีมผ่าตัด แม้โรงพยาบาลบ้านไผ่จะพัฒนานวัตกรรม “ปลอดกล้องป้องกัน” เพื่อลดความเสี่ยงของอุปกรณ์ชำรุดและเพิ่มจำนวนการผ่าตัดต่อวัน แต่ปัญหาสำคัญที่ยังคงอยู่ คือ การขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสำหรับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องที่เป็นระบบและครอบคลุมทุกขั้นตอน การดูแลผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์รายบุคคล ทำให้คุณภาพการดูแลไม่สม่ำเสมอ และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนา

ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีบุคลากรเชี่ยวชาญและอุปกรณ์ครบถ้วน แต่ยังขาดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความพร้อมของบุคลากร ดังนั้น โรงพยาบาลบ้านไผ่จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องที่สอดคล้องกับบริบทจริงของการปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพของทีมศัลยกรรมและทีมพยาบาล³

จากความจำเริญดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และประเมินผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติจริง ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพบริการผ่าตัดอย่างยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดยพิจารณาใน 4 มิติย่อย ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ 2) ระยะเวลาในการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน 3) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ และ 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁴ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ทั้งกระบวนการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและระยะดำเนินการวิจัย

ในระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเริ่มจากการศึกษา ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้องของโรงพยาบาล บ้านไผ่ โดยพิจารณาจากรายงานความเสี่ยง ข้อจำกัดของทรัพยากร และความแตกต่างด้าน ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด จากนั้น ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนด โครงร่างแนวปฏิบัติ ก่อนจัดการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เพื่อร่วมกันระบุ ปัญหา ความต้องการ และข้อมูลเชิงลึกที่จำเป็น สำหรับการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล จากผล การสนทนา ผู้วิจัยจึงจัดทำร่างแนวปฏิบัติที่ ครอบคลุมการพยาบาลก่อน ระหว่าง และหลัง ผ่าตัด

ระยะดำเนินการวิจัยประกอบด้วยการนำ แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงกับผู้ป่วยจำนวน 70 รายที่เข้ารับการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางเดียวกันในทุก ขั้นตอน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างการทำงาน อย่างเป็นระบบ ทั้งข้อมูลผลลัพธ์การผ่าตัด ระยะเวลา ภาวะแทรกซ้อน ระดับการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติของพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นวน ปฏิบัติ ตลอดจนกระบวนการ ผู้วิจัยสังเกตการณ์การ ปฏิบัติงานของพยาบาลและการตอบสนองต่อแนว ปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลย้อนกลับมาใช้ปรับปรุง

เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน ผู้วิจัยจัดให้มี การสะท้อนผลร่วมกับทีมพยาบาล เพื่ออภิปราย ผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน ก่อนสรุปเป็นข้อมูลเชิง คุณภาพเพื่อประกอบการตีความผลเชิงปริมาณ ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568 ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบ้าน ไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้องจำนวน 70 รายที่ เข้าเกณฑ์การศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือพัฒนาแนวปฏิบัติ และ เครื่องมือ เก็บข้อมูลผลลัพธ์ ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ (ระยะเตรียมการ) เป็นแบบสัมภาษณ์การสนทนา กลุ่ม (Focus Group Interview Guide) ผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำและดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง โดยมีประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินและเตรียม ผู้ป่วย 2) การสื่อสารและการสร้างความเข้าใจแก่ ผู้ป่วย 3) การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและ ทีม 4) ปัญหาและอุปสรรคในขั้นตอนการผ่าตัด และ **เครื่องมือบันทึกเสียง** ใช้บันทึกข้อมูลการสนทนา กลุ่มเพื่อถอดความและวิเคราะห์เนื้อหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ (ระยะดำเนินการวิจัย) ประกอบด้วย

2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิว ในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัด ขอนแก่น เป็นแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการ ทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลระยะเตรียมการ

1.2.2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติ (5 ระดับ – Likert scale) ประเมิน ความครบถ้วน ความถูกต้อง และประสิทธิภาพของ การปฏิบัติพยาบาลในแต่ละระยะ โดยแปลผลเป็น 5 ระดับตั้งแต่ “ต้องปรับปรุง” ถึง “ดีมาก”

1.2.3 แบบประเมินความคิดเห็นของ พยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวนปฏิบัติ (5 ระดับ – Likert scale) แปลผลเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

1.2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้นวนปฏิบัติ ได้แก่ ระยะเวลาในการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน ระหว่างและหลังผ่าตัด

1.2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (5 ระดับ – Likert scale) แปลผลตั้งแต่ “ไม่พอใจ อย่างยิ่ง” ถึง “พอใจอย่างยิ่ง”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน

การผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นโดยการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้ววิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ผลดังนี้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเท่ากับ 0.89, แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติเท่ากับ 0.92, แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณรณานำเสนอข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency, ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum), แปรผลระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจตามช่วงคะแนน เปรียบเทียบความแตกต่างของพยาบาลที่มีประสบการณ์ต่างกันด้วย Chi-Square Test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 21 มกราคม 2568 ใบรับรอง EC เลขที่ 073/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลผู้ปฏิบัติทั้ง 10 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด (100%) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25–35 ปี และมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 40 เท่ากัน) แสดงถึงการมีทั้งพยาบาลรุ่นใหม่และผู้มีประสบการณ์ร่วมกันในทีม ระดับการศึกษาทั้งหมดเป็นปริญญาตรี ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดพบว่าร้อยละ 50 มีประสบการณ์ 1–5 ปี และร้อยละ 30 มากกว่า 10 ปี สะท้อนการผสมผสานระหว่างผู้ที่กำลัง

พัฒนาทักษะและผู้เชี่ยวชาญ ในบทบาท Circulating Nurse และ Scrub Nurse ส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ) แสดงถึงความเชี่ยวชาญค่อนข้างสูง ขณะที่บทบาท RNFA ยังไม่แพร่หลาย พบว่าร้อยละ 40 ไม่เคยปฏิบัติหน้าที่นี้ และมีผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทางเพียงร้อยละ 20 แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมในบทบาทดังกล่าว

ผู้ป่วยจำนวน 70 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.86) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 37.14) การกระจายอายุพบว่ากลุ่มอายุ 41–60 ปีมีมากที่สุด (ร้อยละ 41.43) รองลงมาคือ 61–65 ปี (ร้อยละ 27.14) และ 20–40 ปี (ร้อยละ 30) ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปีมีเพียงร้อยละ 1.42 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา (ร้อยละ 35.71 และ 34.29) รองลงมาคืออนุปริญญา/ปริญญาตรี (ร้อยละ 30) ในด้านประสบการณ์การผ่าตัด พบว่าร้อยละ 75.71 ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน

2. ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติ

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติในระยะเตรียมการ พบว่า พยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด พร้อมทั้งให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและใช้สื่อภาพเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ในส่วนของความพร้อมของห้องผ่าตัด พยาบาลสะท้อนปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ อุปกรณ์ไม่ครบถ้วน กล้องไม่ชัด หรือเครื่องมือชำรุด จึงมีความจำเป็นต้องใช้ Checklist และการตรวจสอบอุปกรณ์อย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด รวมทั้งพบปัญหาทักษะของบุคลากรใหม่ที่ยังไม่เชี่ยวชาญ ส่งผลให้หน่วยงานต้องมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผลการสนทนาในส่วนการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติ สรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ใน

ระดับต่ำ แต่พบข้อจำกัดสำคัญคือ ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร และ อุปกรณ์บางชนิดไม่พร้อมใช้ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนครอบคลุมทุกขั้นตอน

2. แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติ พยาบาลเสนอให้พัฒนาความรู้และทักษะตั้งแต่ระยะประเมินผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ การสื่อสาร ไปจนถึงทักษะเฉพาะทางของบทบาทต่าง ๆ ได้แก่ Scrub Nurse, Circulating Nurse และ RNFA อีกทั้งควรเพิ่มการประเมินความเสี่ยง การให้คำแนะนำผู้ป่วย และการอบรมแบบเข้มข้นเพื่อเพิ่มสมรรถนะทีมผ่าตัด

3. ความชัดเจนของบทบาทพยาบาล มีความเห็นร่วมกันว่าควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลแต่ละตำแหน่งให้ชัดเจนเพื่อลดความคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะบทบาท RNFA ซึ่งต้องใช้ทักษะสูง การอบรมแบบ Simulation ถูกมองว่าเป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาความชำนาญได้ดี

4. การปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเสนอให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติเป็นระยะ

ตามหลัก CQI มีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ประกอบการปรับปรุง รวมถึงการใช้เครื่องมือสนับสนุน เช่น Benchmark checklist, Team briefing และ Module ความรู้ เพื่อเพิ่มความเป็นมาตรฐานของการทำงาน

พยาบาลมีระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับ ดี (เฉลี่ย 4.11) โดยบทบาท Circulating Nurse และ Scrub Nurse มีผลการปฏิบัติสูงในด้านการจัดเตรียมห้องผ่าตัด การตรวจสอบอุปกรณ์ และการตรวจนับเครื่องมือในทางตรงกันข้าม บทบาท RNFA มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางในขั้นตอนสำคัญ เช่น การช่วยสอดกล้อง การแยกถุงน้ำดี และการห้ามเลือด ขณะที่ระยะหลังผ่าตัดพยาบาลมีผลการปฏิบัติในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะการประเมินหลังผ่าตัด และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ความแตกต่างการปฏิบัติของพยาบาลตามประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด (n=10)

ประสบการณ์(ปี)	ระดับ ดี จำนวน(ร้อยละ)	ระดับ ดีมาก จำนวน(ร้อยละ)	รวม(n)	Chi-square	df	p-value
น้อยกว่า 1	1 (100)	0 (0)	1			
1 – 5	4 (80)	1 (20)	5			
6 – 10	1 (100)	0 (0)	1			
มากกว่า 10	2 (66.67)	1 (33.33)	3			
รวม	8 (80)	2 (20)	10	2.24	3	>0.05

ตารางที่ 2 ระยะเวลาในการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน(n=70)

ผลลัพธ์ด้าน	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD	Minimum	Maximum
ระยะเวลาในการผ่าตัด(นาที)	-	58.7	21.28	40	165
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	57 (81.43)				
มีภาวะแทรกซ้อน					
- stump หลุด bile leak	1 (1.43)				
- มีปัญหาการนำถุงน้ำดีออก	12 (17.14)				
รวม	70 (100)				

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลในทุกช่วงประสบการณ์อยู่ในระดับ ดีถึงดีมาก โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 1–5 ปี และมากกว่า 10 ปีมีผู้ปฏิบัติในระดับ “ดีมาก” มากกว่ากลุ่มอื่น แม้จะมีความแตกต่างของร้อยละในแต่ละช่วงประสบการณ์ แต่ผลการทดสอบ Chi-Square ($\chi^2 = 2.24$, $df = 3$, $p > 0.05$) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของระดับการปฏิบัติตามประสบการณ์ทำงาน

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดอยู่ที่ 58.7 นาที ($SD = 21.28$) ช่วงเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 40–165 นาที ด้านภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 81.43) ส่วนผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนคิดเป็น ร้อยละ 18.57 โดยพบ 1) stump หลุด / bile leak ร้อยละ 1.43 2) ปัญหาในการนำถุงน้ำดีออก ร้อยละ 17.14 พยาบาลวิชาชีพ 10 คน มีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ยรวม 4.56, $SD = 0.02$) อยู่ในระดับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ข้อ 9 (ค่าเฉลี่ย 5.00) ข้อ 2, 4 และ 10 รองลงมา ข้อที่ต่ำสุดคือ ข้อ 7 (ค่าเฉลี่ย 4.1) แต่ยังอยู่ในระดับ “เห็นด้วย” โดยรวมแนวปฏิบัติมีความเหมาะสม ชัดเจน ใช้งานง่าย สนับสนุนการทำงานในห้องผ่าตัด และมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย 70 ราย พบว่ามีค่าเฉลี่ยรวม 4.54 ($SD = 0.07$) อยู่ในระดับ “พอใจอย่างยิ่ง” ข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ข้อ 4 การให้คำแนะนำหลังผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย 4.80) รองลงมาคือ ข้อ 10, 3 และ 6 ข้อที่ต่ำสุดคือ ข้อ 7 และ 5 (ค่าเฉลี่ย 4.13–4.17) แม้อยู่ในระดับ “พอใจ”

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติในห้องผ่าตัดทั้งหมดเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างของวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย จากการศึกษาระดับประเทศโดย กฤษดา แสงดี และคณะ⁵ ในโครงการ Thai Nurse Cohort Study พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 96.7 เป็นเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าวิชาชีพพยาบาลของไทยมีสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพเพศหญิงสูงอย่างต่อเนื่อง ช่วงอายุของพยาบาลกระจายทั้ง 25–35 ปี และมากกว่า 45 ปี สะท้อนการผสมผสานระหว่างพยาบาลรุ่นใหม่และผู้มีประสบการณ์ยาวนาน ซึ่งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามกรอบ Competency-based practice⁶ ประสบการณ์ทำงานส่วนใหญ่กระจุกในช่วง 1–5 ปี และมากกว่า 10 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chan & Chen⁷ ที่พบว่าพยาบาลรุ่นใหม่มีสัดส่วนสูง ขณะเดียวกันผู้มีประสบการณ์นานมักกลายเป็นกำลังหลักในห้องผ่าตัด ประสบการณ์ในบทบาท Circulating Nurse และ Scrub Nurse ส่วนใหญ่มีมากกว่า 5 ปี ซึ่งสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย⁸ สำหรับบทบาท RNFA พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ได้ปฏิบัติงานในบทบาทนี้ สอดคล้องกับบริบทไทยที่ RNFA ยังไม่ได้ใช้อย่างกว้างขวาง แม้ว่าการมี RNFA จะช่วยลดระยะเวลาผ่าตัดและเพิ่มความปลอดภัยในการทำหัตถการ (Farmer et al., 2018) การอบรมด้านการผ่าตัดนิวโรในถุงน้ำดีผ่านกล้องพบว่าพยาบาล RNFA ได้รับการฝึกอบรมเพียงร้อยละ 20 ขณะที่พยาบาล Circulating และ Scrub ได้รับการอบรมร้อยละ 50 ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ AORN⁶ และคำแนะนำของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย⁹ ว่าพยาบาลที่สนับสนุนการผ่าตัดผ่านกล้องต้องมีทักษะเฉพาะทางเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

สำหรับกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.86) สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ระบุว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีสูงกว่าเพศชาย 2–3 เท่า ด้านอายุ ผู้ป่วยส่วน

ใหญ่มีอายุ 41–60 ปี (ร้อยละ 41.43) และ 61–65 ปี (ร้อยละ 27.14) สอดคล้องกับรายงานของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย¹⁰ ที่ระบุว่าโรคนี้พบในหญิงมากกว่าชายในอัตราส่วน 1.5 : 1 อายุระหว่าง 40–60 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความเข้าใจข้อมูลก่อนผ่าตัด และความร่วมมือในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ด้านประสบการณ์การผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.71) เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่าตัดครั้งแรก ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะเตรียมการผ่าตัดให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่มผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติ ในระยะเตรียมการ พบว่าพยาบาลประเมินผู้ป่วยอย่างครบถ้วนทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด¹¹

ความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์พบปัญหาหลัก ได้แก่ กล้องส่องผ่าตัดภาพไม่ชัด อุปกรณ์ไม่ครบหรือชำรุด และถังแก๊ส CO₂ ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ศิริรัตน์ จึงสมาน และภาวิณี แพงสุข¹² ที่รายงานปัญหาในลักษณะเดียวกันและเสนอให้ใช้ checklist ตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนผ่าตัดพร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์สำรองเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคระหว่างผ่าตัด พบปัญหาอุปกรณ์ไม่พร้อมและบุคลากรขาดทักษะ ส่งผลต่อเวลาผ่าตัดและความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน แนวทางแก้ไข ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์สำรอง การอบรมและปรึกษาพยาบาลอาวุโส

การวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติ พยาบาลเสนอ 4 ด้านสำคัญ (1) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ราบรื่นแต่ต้องมีแนวปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรและอุปกรณ์พร้อม (2) พัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลทุกด้าน รวมถึงการอบรมเฉพาะทาง (3) กำหนดบทบาทแต่ละตำแหน่งอย่างชัดเจนและ

ใช้การจำลองสถานการณ์ (Simulation) (4) ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ข้อมูลผลลัพธ์และตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษานำไปสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติ เช่น การพัฒนา checklist การ brief ทีมก่อนเริ่มผ่าตัด และเพิ่ม module การเรียนรู้ทักษะพยาบาล สอดคล้องกับแนวทางของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2566) และงานวิจัยในไทยที่สนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของทีมช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ¹³

2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลในกระบวนการผ่าตัดนิวในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 4.11) สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานของดร.ณิ สมบูรณ์กิจ และคณะ (2561) ที่รายงานว่าแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการดูแลและลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน **ก่อนผ่าตัด** พบว่าพยาบาลช่วยรอบนอกมีผลการปฏิบัติอยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สอดคล้องกับวิลาสินี อุดมทรัพย์¹³ ที่ชี้ว่าการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดเป็นปัจจัยสำคัญต่อความปลอดภัย แม้ว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยจะอยู่ในระดับดี แต่ยังต่ำกว่าที่คาดหวังเมื่อเทียบกับงานของวิไล เหมือนทองจีน¹⁴ ที่พบว่าทำให้ข้อมูลอย่างรอบด้านช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงสะท้อนประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม ในระหว่างผ่าตัด ผลการปฏิบัติของ Circulating Nurse และ Scrub Nurse อยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะขั้นตอนการจัดเตรียมห้องผ่าตัด และการตรวจนับเครื่องมือ ซึ่งสนับสนุนผลของมาริษา มีสุข¹⁵ ที่พบว่าแนวปฏิบัติที่เป็นระบบช่วยให้ทีมผ่าตัดบริหารจัดการอุปกรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระยะเวลาผ่าตัดลดลง อย่างไรก็ตาม บทบาทของ RNFA ยังมีผลการ

ปฏิบัติในระดับปานกลาง โดยเฉพาะทักษะเฉพาะทาง เช่น การปรับตำแหน่งกล้อง การแยกถุงน้ำดี และการช่วยหยุดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ ศิริรัตน์ เกียรติชัย¹⁶ และอัมพร สายศิลป์¹⁷ ที่ชี้ว่าทักษะ RNFA ต้องอาศัยประสบการณ์จริงและการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความชำนาญหลังผ่าตัด พยาบาลทุกบทบาทมีผลการปฏิบัติอยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการตรวจนับอุปกรณ์หลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานของนัธน์ชัย สุวรรณอุดม¹⁸ ที่พบว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินภาวะผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงยังสะท้อนถึงความสม่ำเสมอในการยึดมั่นมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวม ผลการทดสอบ Chi-Square พบว่า $\chi^2 = 2.24$, $df = 3$, $p\text{-value} > 0.05$ หมายความว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของระดับการปฏิบัติของพยาบาลตามช่วงประสบการณ์ทำงาน พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นไปในระดับดีถึงดีมาก โดยไม่ขึ้นกับระยะเวลาประสบการณ์ทำงาน

ด้านระยะเวลาในการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องเท่ากับ 58.7 นาที ($SD = 21.28$) ซึ่งอยู่ภายในช่วงเวลามาตรฐาน 45–90 นาที ตามที่นริสา จันทรสว่าง และคณะ¹⁹ รายงานไว้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดชนิดนี้ในโรงพยาบาลทั่วไปของไทย สอดคล้องกับแนวคิดด้านการจัดระบบบริการผ่าตัดที่เน้นความพร้อมของผู้ป่วย อุปกรณ์ และทีมผ่าตัด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของมาตรฐานบริการพยาบาล¹¹ ดังนั้น ระยะเวลาการผ่าตัดที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยสนับสนุนกระบวนการทำงานที่เป็นระบบและเพิ่มประสิทธิภาพของทีมผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบอัตรารวมเพียง ร้อยละ 18.57 โดยส่วนใหญ่เกิด

จากปัญหาเกี่ยวกับการนำถุงน้ำดีออก และ bile leak/stump หลุด ซึ่งจัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ต่ำถึงปานกลางเมื่อเทียบกับข้อมูลอ้างอิงของสมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยที่ระบุว่าอัตราภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องอยู่ระหว่าง ร้อยละ 5–20 อัตราภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำในงานวิจัยนี้มีความเชื่อมโยงกับการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในด้านการเตรียมเครื่องมือ การควบคุมความปลอดภัยในห้องผ่าตัด และการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ

ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าพยาบาลมีระดับความคิดเห็นสูงมาก (เฉลี่ย 4.56) สะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ใช้งานได้จริง และตอบโจทย์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ อุไรพร คำฉัตร²⁰ และ เบญจพร พรหมจันทร์²¹ ที่รายงานว่าพยาบาลมีความคิดเห็นเชิงบวกต่อแนวปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ด้วยคะแนนเฉลี่ย 4.2 และ 4.5 ตามลำดับ แสดงถึงการยอมรับแนวทางอย่างกว้างขวาง รายการที่ได้คะแนนสูงสุด คือ “แนวปฏิบัติช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล” (ค่าเฉลี่ย 5.00) สอดคล้องกับแนวคิด Practice-Based Learning และผลการศึกษาในอดีตที่ระบุว่าแนวทางที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน เช่น งานของ ศิริกัญญา ศรีปาน²² และ ศิริรัตน์ เกียรติชัย¹² ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจสูงต่อแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมคุณภาพบริการ อย่างไรก็ตาม ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ “ความสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลระดับประเทศ” แม้ยังอยู่ในระดับเห็นด้วย แต่ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการปรับรายละเอียดบางประการเพื่อให้เชื่อมโยงกับมาตรฐานวิชาชีพได้มากขึ้นในอนาคต

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.54$) ซึ่งสะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered

Care) ทั้งในด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการสนับสนุนการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัด โดยรายการที่ได้รับคะแนนสูงสุด คือ การให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ($\bar{x} = 4.80$) แสดงถึงความชัดเจนและความครบถ้วนของข้อมูล ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา บุตรประเสริฐ (2563) ที่รายงานว่าการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นระบบช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความร่วมมือของผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่องกล้อง ในขณะที่รายการที่ได้คะแนนต่ำที่สุด ได้แก่ ความครบถ้วนของข้อมูลระหว่างการรักษา ($\bar{x} = 4.13$) และ ความรวดเร็วในการตอบสนอง ($\bar{x} = 4.17$) แม้อยู่ในระดับพึงพอใจ แต่สะท้อนถึงประเด็นที่ควรปรับปรุง โดยเฉพาะการให้ข้อมูลระหว่างขั้นตอนการรักษาให้กระชับ เข้าใจง่าย และสอดคล้องตามความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพการสื่อสารในหอผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล²³

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลวิจัยไปใช้ จัดทำ SOP สำหรับการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง เพื่อให้พยาบาล

ทุกบทบาทปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน พัฒนาทักษะ RNFA ผ่านการฝึกปฏิบัติจริง, simulation และโค้ชจากผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาระบบ ให้ข้อมูลและสื่อสารกับผู้ป่วย อย่างเป็นขั้นตอน เสริมระบบจัดการและตรวจสอบอุปกรณ์ อย่างเป็นทางการ จัดระบบ ติดตามคุณภาพ ตัวชี้วัดสำคัญและประชุมทบทวนผลเป็นระยะ ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติ ทุกปี เพื่อให้ทันสมัยและสอดคล้องมาตรฐานวิชาชีพ

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป เพิ่มจำนวนตัวอย่าง และหลากหลายบริบทการศึกษา ศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อเวลาและภาวะแทรกซ้อน ประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วย ทำวิจัยแบบ ก่อน-หลังใช้แนวปฏิบัติ ศึกษาการพัฒนาบทบาท RNFA พัฒนาและทดสอบ สื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยรูปแบบใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาล โรงพยาบาลบ้านไผ่ ทีมผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือและแนวปฏิบัติการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สมพร นาคะวารี.(2563) . คู่มือการผ่าตัดผ่านกล้องในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพ
2. อมรเทพ กุลชาญ. (2562) .การพยาบาลห้องผ่าตัดในยุคดิจิทัล. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. จิราวรรณ รัตนวงศ์. (2561) การพัฒนาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิทยาศาสตร์
4. Kemmis S, McTaggart R. (2000). Participatory Action Research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE; 567-605.
5. กฤษดา แสงดี และคณะ. (2016). Thai Nurse Cohort Study: ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและผลการศึกษาที่สำคัญ. BMC Nursing, 15(10). สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2568, จาก <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0126-8>
6. AORN. (2023). Guidelines for perioperative practice. Association of periOperative Registered Nurses
7. Chan, S., & Chen, J. (2019). Perioperative nursing workforce characteristics in Asian hospitals. Journal of Perioperative Nursing, 32(2), 45–52.
8. Spruce, L. (2020). Back to basics: Roles of the circulating and scrub nurse. AORN Journal, 112(2), 109–121.
9. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.
10. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2565). Gall Stone : แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2568, จาก <http://www.rcst.or.th/view.php?group=8&id=204>.

11. สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล(ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
12. ศิริรัตน์ จีงสมาน และภาวิณี แพงสุข.(2563).การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดร, 28(2), 130-142.
13. วิลาสินี อุดมทรัพย์. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 12(3), 45-52.
14. วิไล เหมือนทองจีน. (2566). ผลการใช้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy) ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกุมภวาปี .วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(3), 539-548.
15. มาริษา มีสุข. (2562). ผลกระทบของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี: การศึกษาในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีในโรงพยาบาลศิริราช.วารสารพยาบาลศาสตร์. ม.มหิดล, 32(2), 200-215.
16. ศิริรัตน์ เกียรติชัย.(2565). ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 17(1), 70-85.
17. อัมพร สายศิลป์.(2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง. วารสารการพยาบาล, 30(2), 45-54.
18. นัทธิณีย์ สุวรรณอุดม.(2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร, 32(3), 55-64.
19. นริสา จันทรสว่าง, ปรีดา สวัสดิ์, และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ผ่านกล้อง. วารสารศิลปศาสตร์, 41(3), 120-128.
20. อุไรพร คำฉัตร.(2563). ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีในโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารโรงพยาบาลราชวิถี, 15(2), 50-65
21. เบญจพร พรหมจันทร์.(2564). ศึกษาแนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี โรงพยาบาลกรุงเทพ. วารสารเวชสารโรงพยาบาลกรุงเทพ, 15(2), 80-95.
22. ศิริกัญญา ศรีปาน. (2561). ผลของการฝึกอบรมทักษะการพยาบาลห้องผ่าตัดต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 36(2), 45-56.
23. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2566). การดูแลผู้ป่วยแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care): แนวทางและมาตรฐาน. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.

ประสิทธิผลของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด
โดยใช้ Early Warning Signs

Effectiveness of the Assessment and Surveillance Guidelines for Newborn Breathlessness
Using Early Warning Signs.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

รุ่งฤดี นนทะมัตย์¹
Rungrudee Nontamat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหา ระบบทางเดินหายใจและศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิดโดยใช้ Early Warning Signs มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 ถึง เดือน ตุลาคม 2568 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ตึกหลังคลอดและเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 22 คน เก็บข้อมูลจาก แบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหา ระบบทางเดินหายใจ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้าน Colour (SpO₂) Respiratory rate และ Feeding อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ โดยรวมและ รายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหา ระบบทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาที่ที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตึก ผู้ป่วย) ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด 3) ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรก เกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหา ระบบทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาที่ที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่ง ได้ส่งต่อตึกผู้ป่วย) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการ ดำเนินงาน 4) ผลการใช้แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs พบว่า สามารถประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs ครบ ร้อยละ 100.00 และสามารถคัด เข้า SNB ได้ ร้อยละ 23.26

คำสำคัญ: การประเมินและเฝ้าระวัง ภาวะหายใจหอบ ทารกแรกเกิด Early Warning Signs

Abstract

This study was an action research study. The objectives were to study the understanding of the use of Newborn Early Warning Signs (NEWS) and the Respiratory Distress Score (RD score) in newborns up to 1 month of age with respiratory problems and to examine the effectiveness of the Early Warning Signs assessment and monitoring approach for newborns. The study was conducted between July 2025 and October 2025 (a total of 3 months). The sample consisted of 22 medical personnel from the maternity and pediatric ward at Somdej Hospital and other relevant personnel. Data were collected from questionnaires and medical records. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The results of the study revealed that: 1) Comprehension of the use of Newborn Early Warning Sounds (NEWS) and the Respiratory Distress Score (RD score) in infants up to 1 month of age with respiratory problems. Before the intervention, the overall and individual levels were moderate, except for Color (SpO₂), Respiratory rate,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกหลังคลอดและเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จ

and Feeding, which were high. After the intervention, the overall and individual levels were at the highest level. 2) Comprehension of the use of the Respiratory Distress Score (RD score) in infants up to 1 month of age with respiratory problems (first assessed at 10 minutes after birth, then assessed every 15 minutes until transfer to the ward). Before the intervention, the overall and individual levels were at the highest level. After the intervention, the overall and individual levels were at the highest level. 3) Comprehension of the use of Newborn Early Warning Signs (NEWS) by the Pediatrics Division of Somdej Hospital to assess clinical sepsis in newborns up to 1 month of age. Understanding of the use of the Respiratory Distress Score (RD score) in newborns up to 1 month of age with respiratory problems (first assessment at the 10th minute after birth, then every 15 minutes until transfer to the inpatient unit). A statistically significant difference was found at the .05 level, with post-implementation results better than pre-implementation results. 4) Results of the implementation of the guidelines for assessing and monitoring newborns for wheezing using Early Warning Signs revealed that 100.00% of newborns were able to assess and monitor wheezing using Early Warning Signs, and 23.26% were able to be included in the SNB.

Keywords: Assessment and monitoring, wheezing, newborns, Early Warning Signs

บทนำ

ภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด หรือที่เรียกว่า "ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress) ในทารกแรกเกิด" เป็นกลุ่มอาการที่ทารกแสดงอาการหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หอบ หรือมีเสียงดังผิดปกติ ภายในช่วงไม่กี่ชั่วโมงหลังคลอด โดยมักเกิดจากการปรับตัวของระบบทางเดินหายใจที่ยังไม่สมบูรณ์. ภาวะนี้ไม่ใช่โรคเฉพาะเจาะจง แต่เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) ที่มีสาเหตุหลากหลาย พบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดแบบผ่าตัด และอาจรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (NICU) หากไม่ได้รับการดูแลทันทีที่ทั่วโลกมีทารกแรกเกิดจำนวนมากที่เผชิญภาวะหายใจลำบาก โดยข้อมูลปัจจุบันประเมินว่าประมาณ 1% ของทารกแรกเกิดทั้งหมดจะเกิด respiratory distress syndrome (RDS) และถ้ารวมภาวะหายใจลำบากทุกสาเหตุ (เช่น RDS, TTN, ปอดบวม, ภาวะลิ่มเลือดทางเดินหายใจ) จะพบได้ตั้งแต่ไม่ถึง 1% ไปจนมากกว่า 80% ขึ้นกับกลุ่มเสี่ยงและระบบบริการในแต่ละประเทศ โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางในเอเชียและแอฟริกา¹

ภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิดส่งผลกระทบต่อตัวทารก มารดา ครอบครัว และระบบสุขภาพ สำหรับทารก ภาวะหายใจลำบากทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (hypoxemia) ส่งผลให้สมอง หัวใจ ไต และอวัยวะสำคัญเสี่ยงต่อ

การบาดเจ็บเฉียบพลัน หากภาวะนี้รุนแรงหรือยืดเยื้ออาจเกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน ชัก หรือภาวะช็อกได้ ทารกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและออกซิเจน ความเข้มข้นสูงนาน ๆ มีโอกาสเกิดปอดรั่ว (pneumothorax), ความดันหลอดเลือดปอดสูง (PPHN), และโรคปอดเรื้อรังในทารก (BPD) สูงขึ้น. ในระยะยาว เด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางเดินหายใจเรื้อรัง หอบหืด สมรรถภาพปอดต่ำ ติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย รวมถึงความบกพร่องด้านพัฒนาการ การเรียนรู้ หรือสติปัญญา โดยเฉพาะในทารกคลอดก่อนกำหนดที่เคยมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในช่วงแรกเกิด² ผลกระทบต่อมารดา มารดามักเผชิญความเครียดสูง วิตกกังวล และความรู้สึกผิดเมื่อบุตรต้องนอน NICU หรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง โดยงานวิจัยจำนวนมากพบว่ามารดาของทารกป่วยใน NICU มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) และภาวะเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) สูงกว่าปกติ การที่ไม่สามารถอุ้ม กอด หรือให้นมบุตรได้ตามปกติในช่วงแรก ส่งผลต่อความผูกพันระหว่างแม่กับลูก (bonding) และทำให้มารดารู้สึกโดดเดี่ยวหรือหมดหวังมากขึ้น. ภาระด้านเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปเยี่ยมบุตรในโรงพยาบาล รวมทั้งความไม่แน่นอนของพยากรณ์โรค ยิ่งเพิ่มความเครียดและส่งผลต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของมารดาในระยะยาว ภาวะหายใจลำบากในทารกทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ทั้งค่ารักษาใน

NICU ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าเสียโอกาสจากการที่พ่อหรือแม่ต้องลาหยุดงานมาดูแลบุตร. หากทารกมีภาวะเรื้อรังหรือต้องติดตามระยะยาว ครอบครัวยังมีภาระค่าใช้จ่ายด้านยารักษา เวชภัณฑ์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น³ ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการใช้งบประมาณและทรัพยากรของผู้ป่วยทารกแรกเกิด (NICU) เนื่องจากต้องใช้เตียงพิเศษ เครื่องช่วยหายใจ ออกซิเจน และบุคลากรที่มีทักษะสูง. การที่ NICU มีผู้ป่วยล้นหรือครองเตียงนาน ส่งผลต่อความสามารถในการรับดูแลทารกรายใหม่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปที่ต้องรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน²

การใช้ Early Warning Signs ในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด เป็นการนำ “สัญญาณเตือนระยะแรก” มาใช้ร่วมกับเครื่องมือประเมินและการติดตามสัญญาณชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ทีมสุขภาพตรวจพบความผิดปกติของการหายใจให้เร็วที่สุด ก่อนที่ทารกจะเข้าสู่ภาวะหายใจล้มเหลวหรือช็อก โดยแนวทางปฏิบัติเริ่มจากการกำหนดตัวชี้วัดพื้นฐาน เช่น หายใจเร็วเกิน 60 ครั้งต่อนาที ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม มีเสียงครางขณะหายใจออก สีผิวซีดหรือเขียว และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) ต่ำกว่า 90–92% โดยเฉพาะในรายที่ได้รับออกซิเจนอยู่แล้ว รวมถึงอาการซึมลง คุณนมลดลง หรือมีช่วงหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ซึ่งทั้งหมดถือเป็น Early Warning Signs ว่าทารกกำลังใช้กล้ามเนื้อหายใจอย่างหนักและเสี่ยงต่อการล้มเหลวทางระบบหายใจ ในทางปฏิบัติ สัญญาณเตือนเหล่านี้จะถูกผนวกเข้ากับเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Silverman–Andersen Respiratory Severity Score (RSS), Downes score และ Pediatric Early Warning Score (PEWS) รุ่นทารกแรกเกิด โดยพยาบาลจะบันทึกคะแนน RSS/Downes จากการสังเกตปีกจมูกบาน หน้าอกบวม เสียงคราง และสีผิว ร่วมกับการวัด SpO₂ และสัญญาณชีพอื่น ๆ ทุก 1–2 ชั่วโมงในช่วง 6 ชั่วโมงแรกหลังพบอาการ และทุก 2–4 ชั่วโมงใน 24–48

ชั่วโมงแรก หรือถ้ามีการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างฉับพลัน แล้วนำ “แนวโน้มคะแนน” (trend) มาใช้แทนการดูค่าเพียงครั้งเดียว หากพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง หรือ SpO₂ ลดลงแม้เพิ่มออกซิเจนถือเป็น Early Warning ว่าเด็กกำลังทรุด ต้องรีบแจ้งแพทย์ ปรับระดับการช่วยหายใจ (เช่น เพิ่ม CPAP หรือพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ) และอาจส่งต่อเข้า NICU หากเกินศักยภาพหน่วยบริการเดิม⁴

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ปัญหาภาวะหายใจหอบหรือหายใจลำบากในทารกแรกเกิดสามารถมองได้ว่าเป็น “กลุ่มปัญหาเชิงระบบ” ที่คล้ายกับโรงพยาบาลชุมชนอื่นในเขตสุขภาพเดียวกัน กล่าวคือ เกิดจากทั้งปัจจัยด้านตัวทารกซึ่งมักเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่มารดาเป็นเบาหวาน หรือทารกที่คลอดโดยการผ่าตัด ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหายใจลำบาก เช่น RDS และภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (TTNB) และจากรายงานระดับเขตสุขภาพเดียวกับกาฬสินธุ์พบว่า TTNB เป็นสาเหตุสำคัญของการนอนรักษาในหอทารกป่วย คิดเป็นประมาณร้อยละ 5 ของทารกที่เจ็บป่วย และมีอุบัติการณ์ในทารกครบกำหนดราวร้อยละ 2.14 ของการเกิดมีชีพ แสดงให้เห็นว่าทุกโรงพยาบาลในเขตรวมถึงโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ต้องเผชิญปัญหาทารกหายใจหอบในระดับหนึ่ง โดยมีความเสี่ยงที่จะคัดกรองไม่ทันหรือไม่ใช้คะแนนประเมินอย่างเป็นระบบ ทำให้บางรายถูกมองว่า “เหนื่อยนิดหน่อยแต่ดีด้วยตัวเอง” จนกลับมาพบอีกครั้งเมื่ออาการทรุดลงรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชในฐานะโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น จำนวนเตียง NICU เครื่องช่วยหายใจ เครื่อง CPAP บุคลากรเฉพาะทางด้านทารกแรกเกิด และอุปกรณ์ควบคุมอุณหภูมิ ทำให้เมื่อมีทารกหายใจลำบากหลายรายพร้อมกัน การจัดลำดับความสำคัญ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการตัดสินใจส่งต่อเป็นเรื่องท้าทาย พยาบาลในหอทารกต้องดูแลทั้งทารกปกติ ทารกกุ่มเสี่ยง และทารกป่วยในเวลาเดียวกัน หากยังไม่มีแนวทาง Early Warning และแบบฟอร์มประเมินมาตรฐาน เช่น RSS หรือ Downes score

รวมถึงไม่มีระบบบันทึกแนวโน้มคะแนนหรือเกณฑ์การปรึกษาแพทย์และการส่งต่อที่ชัดเจน ก็อาจนำไปสู่ภาวะ “จับอาการช้า” หรือส่งต่อไม่ทันการณ์พร้อมกันนั้น ปัญหาการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลศูนย์โดยยังขาดระบบ NICU transport ที่ครบถ้วนอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะตัวเย็นและการทรุดระหว่างเดินทาง และสร้างภาระทั้งด้านค่าใช้จ่ายเวลา และผลกระทบต่อรายได้และภาระดูแลบุตรคนอื่นของครอบครัวในอำเภอสมเด็จด้วย⁵

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดความล่าช้าในการส่งต่อและการให้การพุงการหายใจ ตลอดจนเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกและระบบการดูแลทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ
2. เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิดโดยใช้ Early Warning Signs
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิดโดยใช้ Early Warning Signs เป็นการศึกษาเชิง

ปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 ถึงเดือน ตุลาคม 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ดึกหลังคลอดและเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ดึกหลังคลอดและเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 22 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์

เกณฑ์คัดเข้า (Include Criteria) 1) เป็นแพทย์พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลทารกแรกเกิดหรือทารกอายุต่ำกว่า 1 เดือนในดึกหลังคลอดหรือหอผู้ป่วยเด็ก 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนเพื่อให้มีประสบการณ์และความคุ้นเคยกับระบบการดูแลทารกของหน่วยงาน 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent) 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอบรม อภิปรายกลุ่ม และการทดลองใช้แนวทาง Early Warning Signs ตามแผนการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclude Criteria) 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลทารกแรกเกิดหรือทารกอายุต่ำกว่า 1 เดือน เช่น บุคลากรฝ่ายสนับสนุน งานธุรการ หรืองานเวชระเบียน 2) บุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในดึกหลังคลอดหรือหอผู้ป่วยเด็กน้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งอาจยังไม่คุ้นเคยกับระบบการดูแลทารกในหน่วยงาน 3) บุคลากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม การประชุมระดมความคิด หรือการทดลองใช้แนวทาง Early Warning Signs ได้ครบตามแผนการวิจัย เช่น อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือมีแผนย้ายหน่วยงานในช่วงเวลาวิจัย 4) บุคลากรที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม 5) บุคลากรที่ถอนตัวระหว่างการวิจัย หรือไม่ส่งแบบประเมิน/แบบสอบถามครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ

1.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ

1.3 การดำเนินการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs

1.4 การสรุปประสิทธิผลของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมิน Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จฯ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน

2.3 แบบประเมิน Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จฯ

2.4 แบบประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จฯ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน 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 ดังนี้⁶

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 ผู้ ศี ก ษ า ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ

2.5 แบบประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่วันที่ 10 หลังคลอด

จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตึกผู้ป่วย) 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 ดังนี้⁶

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 ผู้ ศี ก ษ า ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อคำถามที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .958

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด

โดยใช้ Early Warning Signs ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล ตึกหลังคลอดและตึกเด็ก) จะร่วมกันศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลสมเด็จ เช่น ข้อมูลเวชระเบียน อัตราทารกที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ อัตราการส่งต่อ การใส่ท่อช่วยหายใจ และกรณีที่มีการคัดกรองล่าช้า เพื่อมองเห็น “ภาพปัญหาจริง” ในหน่วยงาน จากนั้นจึงทบทวนเอกสารวิชาการ แนวทางสากล และแนวทางในประเทศไทยเกี่ยวกับการใช้ Early Warning Signs, NEWS และ Respiratory Distress Score (RD score) ในทารกแรกเกิด เพื่อนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จ เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว จึงออกแบบ “แนวทางการประเมินและเฝ้าระวัง” เช่น กำหนดว่าจะประเมิน NEWS/RD score ที่จุดใดบ้าง (หลังคลอด นาทีที่ 10 ทุก 15 นาทีในช่วงแรก แล้ว ทุก 1-4 ชั่วโมง) ใครเป็นผู้บันทึก ใช้แบบฟอร์มใด และกำหนดเกณฑ์การแจ้งแพทย์หรือการส่งต่อให้ชัดเจน พร้อมทั้งสร้างและปรับปรุงแบบสอบถาม / แบบประเมินความเข้าใจบุคลากร รวมถึงเตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้ เช่น แบบฟอร์ม NEWS, RD score ตารางแปลผล คะแนน และคู่มือสั้น ๆ สำหรับใช้ข้างเตียง เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานเดียวกันก่อนเริ่มดำเนินการจริง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 Plan ย่อยในระดับหน่วยงาน

ทีมวิจัยและบุคลากรตึกหลังคลอด-ตึกเด็กจะประชุมวางแผนรายละเอียดการนำแนวทาง Early Warning Signs ไปใช้ เช่น การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกร่างกายที่จะใช้ NEWS และ RD score (เช่น ทารกแรกเกิด-1 เดือนที่มีอาการหายใจเร็ว หายใจหอบ หรือมีปัจจัยเสี่ยง), การกำหนดเวลาการประเมิน (หลังคลอดนาทีที่ 10 ทุก 15 นาทีในช่วงแรก ทุก 1-2

ชั่วโมงใน 6 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงถัดมา), การกำหนดผู้รับผิดชอบการบันทึก (พยาบาลเวรเช้า-บ่าย-ดึก) และเส้นทางการแจ้งแพทย์เมื่อคะแนนถึงเกณฑ์ Early Warning

ขั้นตอนที่ 2 Act ลงมือใช้แนวทาง Early Warning Signs

ทีมบุคลากรจะเริ่ม “ทดลองใช้จริง” แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้แบบประเมิน NEWS และ RD score กับทารกที่เข้าเกณฑ์ตั้งแต่หลังคลอด หรือเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบหายใจ บันทึกคะแนนลงในแบบฟอร์มที่ออกแบบไว้ พร้อมระบุเวลาและการดำเนินการที่ให้กับทารกในแต่ละครั้ง เช่น การให้ออกซิเจน การใช้ CPAP หรือการปรึกษาแพทย์ ปฏิบัติตามเกณฑ์ Early Warning ที่กำหนดไว้ เช่น เมื่อ RD score สูงขึ้นจากครั้งก่อน หรือ NEWS เกินเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับ SpO2 ต่ำกว่า 92% ให้รีบแจ้งแพทย์หรือเตรียมส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 Observe การสังเกตและติดตามผลในระหว่างดำเนินการ

ระหว่างที่แนวทางถูกนำไปใช้จริง ผู้วิจัยจะทำหน้าที่ “สังเกต” และเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของการบันทึกคะแนน NEWS/RD score และการใช้แบบฟอร์มในเวรต่าง ๆ บันทึกเวลาและลำดับเหตุการณ์ในกรณีที่มี Early Warning เช่น เวลาเริ่มมีอาการ เวลาได้คะแนนเตือน เวลาแจ้งแพทย์ และเวลาที่ได้รับการรักษา สอบถาม/สัมภาษณ์สั้น ๆ บุคลากรหลังใช้แนวทางในบางเคส เพื่อรวบรวมความคิดเห็นว่าขั้นตอนไหนทำได้ดี ขั้นตอนไหนยุ่งยาก หรือมีส่วนใดที่ยังสับสน ติดตามเบื้องต้นว่าการใช้ Early Warning Signs ช่วยให้พบอาการทรุดเร็วขึ้นหรือไม่ ลดการส่งต่อฉุกเฉิน หรือช่วยให้เตรียมการส่งต่ออย่างปลอดภัยมากขึ้นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 4 Reflect การสะท้อนผลในปลายระยะดำเนินการ

เมื่อสิ้นสุดช่วงทดลองใช้แนวทาง ผู้วิจัยจะรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งในด้านคะแนนความรู้

และความเข้าใจของบุคลากรก่อน-หลังการอบรมและการใช้แนวทาง เปรียบเทียบความครบถ้วนของการบันทึก NEWS/RD score เปรียบเทียบตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับการประเมิน/ปรึกษาแพทย์ อัตราการส่งต่อ อัตราทารกที่ทรุดหนักหรือเสียชีวิต และความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มของบุคลากรเกี่ยวกับข้อดี-ข้อจำกัดของแนวทาง จากนั้นนำผลที่ได้มาสะท้อนกลับ (Reflect) ในทีม เพื่อชี้ให้เห็นว่าแนวทาง Early Warning Signs ที่นำมาใช้มีจุดแข็งอะไรสามารถช่วยให้ “เห็นอาการก่อนทรุด” ได้จริงหรือไม่ มีปัญหาเช่น แบบฟอร์มซับซ้อนเกินไป ภาระงานเพิ่มหรือเกณฑ์คะแนนที่ควรปรับหรือไม่ พร้อมทั้งออกข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ว่าควรปรับแก้แนวทางอย่างไร และจะขยายผล/ทำให้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงานต่อไปอย่างไร

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ประสิทธิภาพผลของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิดโดยใช้ Early Warning Signs ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และ การใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้าน Colour (SpO₂) Respiratory rate และ Feeding อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาทีที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตักผู้ป่วย)

ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs ได้แก่

3.1 การใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน ประกอบด้วย Neuro, Colour (SpO₂), Heart rate, Respiratory rate, Temperature, Grunting (ร้องคราง), และFeeding

3.2 การใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาที่ที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้

ส่งต่อตึกผู้ป่วย) ได้แก่ Cyanosis, Retraction, Grunting, Air entry และRespiratory rate

4. ประสิทธิภาพของแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs

4.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. Neuro	3.29	0.56	4.36	0.72	21	-5.116	.000	-1.51307	-.63845
2. Colour	3.41	0.51	4.21	0.52	21	-4.419	.000	-1.18095	-.42511
3. Heart rate	3.23	0.69	4.39	0.70	21	-5.408	.000	-1.61529	-.71804
4. RR	3.42	0.50	4.24	0.46	21	-4.602	.000	-1.18795	-.44841
5. Temp	3.33	0.68	4.33	0.67	21	-4.946	.000	-1.42050	-.57950
6. Grunting	3.38	0.49	4.11	0.53	21	-4.259	.000	-1.08243	-.37211
7. Feeding	3.44	0.65	4.27	0.63	21	-4.309	.000	-1.23550	-.43117
รวม	3.36	0.23	4.27	0.43	21	-8.698	.000	-1.13718	-.69832

4.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาที่ที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตึกผู้ป่วย) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ

ใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาที่ที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตึกผู้ป่วย) หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาฬิกาที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตักผู้ป่วย) ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Cyanosis	3.35	0.38	4.23	0.59	21	-5.193	.000	-1.23074	-.52684
Retraction	3.42	0.58	4.32	0.49	21	-4.858	.000	-1.27659	-.51129
Grunting	3.26	0.67	4.38	0.64	21	-5.593	.000	-1.53810	-.70433
Air entry	3.36	0.58	4.23	0.65	21	-4.182	.000	-1.29309	-.43418
RR	3.29	0.55	4.36	0.55	21	-5.629	.000	-1.47319	-.67832
รวม	3.34	0.22	4.30	0.41	21	-10.278	.000	-1.16226	-.77108

4.3 ผลการใช้แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs พบว่า สามารถประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs ครบ ร้อยละ 100.00 และสามารถคัดเข้า SNB ได้ ร้อยละ 23.26

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้าน Colour (SpO₂) Respiratory rate และ Feeding อยู่ในระดับมาก และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาฬิกาที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตักผู้ป่วย) ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริวรรณ วัฒพงษ์⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการคัดกรองด้วย Pediatric Early Warning Score : PEWS ระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลันเพื่อดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวช

กรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ก่อนดำเนินการให้ความรู้พบว่า ภาพรวมความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลันร่วมกับการคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ การประเมิน ($\bar{X}$ =0.82, S.D.=0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 3 ข้อ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs ได้แก่ การใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน ประกอบด้วย Neuro, Colour (SpO₂), Heart rate, Respiratory rate, Temperature, Grunting (ร้องคราง), และ Feeding และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาฬิกาที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตักผู้ป่วย) ได้แก่ Cyanosis, Retraction, Grunting, Air entry และ Respiratory rate เป็นไปตามแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด (Mathai SS, Raju U, Kanitkar M., 2011;

Williams, E., Dassios, T., 2025) และ การใช้ Early Warning Signs ในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด (Mathai SS, Raju U, Kanitkar M., 2011) ส่งผลให้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) และการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางเดินหายใจ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาที่ที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตึกผู้ป่วย) หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จฯ ใช้ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ Respiratory Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาทางเดินหายใจ (ประเมินครั้งแรกที่นาที่ที่ 10 หลังคลอด จากนั้นประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตึกผู้ป่วย) ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการใช้แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs พบว่า สามารถประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs ครบ ร้อยละ 100.00 และสามารถคัดเข้า SNB ได้ ร้อยละ 23.26 สอดคล้องกันกับการศึกษาของสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริวรรณ วัดพ่วง.(2563) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองด้วย Pediatric Early Warning Score : PEWS ระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 0.98, S.D.=0.04) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 0.82,

S.D.=.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, 1.2) ด้านความคิดเห็นพบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองด้วย Pediatric Early Warning Score : PEWS ระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 4.61, S.D.=0.23) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 4.32, S.D.=0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, และ 1.3) ด้านการปฏิบัติพบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองด้วย Pediatric Early Warning Score : PEWS ระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลัน ($\bar{X}$ = 0.92, S.D.=0.05) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 0.73, S.D.=0.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ โสรดา ชุมน้อย.(2566) ได้ศึกษาผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า มีแนวทางการใช้สัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤต (MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสื่อสารแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพื่อให้สามารถนำไปใช้ประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยพบว่า พยาบาลมีการบันทึกบันทึกค่าองค์ประกอบทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือนทั้ง 5 องค์ประกอบได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของ หัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกายและออกซิเจนในร่างกายวัดที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 100 รองลงมาคือระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) ร้อยละ 98.17 แต่ไม่พบบันทึกองค์ประกอบที่ 7 ด้านจำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง (มิลลิลิตร) มากถึง ร้อยละ 70.12 เป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังการทำงานของไต มีการเฝ้าระวังค่าระดับคะแนน 1 สูงสุดร้อยละ 49.39 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ระดับคะแนนที่กำหนด และได้รับการติดตามอาการภายหลังให้การพยาบาล ร้อยละ 100 อาการดีขึ้นที่ระดับค่าคะแนน 1- 2 ร้อยละ 98.33 การส่งต่อสูงสุดที่ระดับคะแนน 4 ร้อยละ

25 มีการรอดชีวิตสูงสุดที่ระดับคะแนน 1-2, 4 และ
คะแนน ≥ 6 ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย
ประสิทธิผลของแนวทางการประเมินและเฝ้า
ระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรกเกิด โดยใช้ Early
Warning Signs สามารถดำเนินการได้โดยการจัดทำ
แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบใน
ทารกแรกเกิด โดยใช้ Early Warning Signs ได้แก่
การใช้ Newborn Early Warning Signs (NEWS)
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จฯ ใช้
ประเมิน Clinical sepsis ในทารกแรกเกิด – 1 เดือน

ประกอบด้วย Neuro, Colour (SpO₂), Heart rate,
Respiratory rate, Temperature, Grunting (ร้อง
คราง), และ Feeding และการใช้ Respiratory
Distress Score (RD score) ใช้ในทารกแรกเกิดถึง
อายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ
(ประเมินครั้งแรกที่นาฬิกาที่ 10 หลังคลอด จากนั้น
ประเมินทุก 15 นาที จนกระทั่งได้ส่งต่อตักผู้ป่วย)
ได้แก่ Cyanosis, Retraction, Grunting, Air entry
และ Respiratory rate

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการ
ประเมินและเฝ้าระวังภาวะหายใจหอบในทารกแรก
เกิด โดยใช้ Early Warning Signs ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ศิริวรรณ วัดพ่วง.(2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองด้วย Pediatric Early Warning Score : PEWS ระบบทางเดินหายใจติด
เชื้อเฉียบพลันเพื่อดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอมะ
เมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (2563)
- ศิริวรรณ วัดพ่วง.(2563). ผลของ Pediatric Early Warning Score : PEWS ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อเฉียบพลัน หอผู้ป่วยกุมาร
เวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอมะเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (2563)
- โศรดา ชุมน้อย.(2566). ผลการพัฒนาระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการผู้ป่วยก่อน
เข้าสู่ภาวะวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ปีที่
8 ฉบับที่ 4 (2023)
- Prepladder Medical. (2024, December 3). *Neonatal respiratory monitoring: Diagnosis & assessment in newborns*.
Prepladder. Retrieved December 7, 2025, from [https://www.prepladder.com/neet-ss-
pediatrics/pediatric-pulmonology/neonatal-respiratory-monitoring](https://www.prepladder.com/neet-ss-pediatrics/pediatric-pulmonology/neonatal-respiratory-monitoring)
- รัชฎา กิจสมมารณ.(22553). การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด Neonatal Resuscitation. มหาวิทยาลัยมหิดล ออนไลน์
https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/cpr/content/Neonatal%20resuscitation_2010.pdf
- Mathai SS, Raju U, Kanitkar M.(2011). Management of Respiratory Distress in the Newborn. Med J Armed Forces
India. 2007 Jul;63(3):269-72. doi: 10.1016/S0377-1237(07)80152-3. Epub 2011 Jul 21. PMID: 27408014; PMCID:
PMC4922755.
- Yadav S, Lee B. Neonatal Respiratory Distress Syndrome. [Updated 2023 Jul 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure
Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>
- Ekhuagere OA, Okonkwo IR, Batra M, Hedstrom AB. Respiratory distress syndrome management in resource
limited settings-Current evidence and opportunities in 2022. Front Pediatr. 2022 Jul 29;10:961509. doi:
10.3389/fped.2022.961509. PMID: 35967574; PMCID: PMC9372546.
- Tochie JN, Sibetchu AT, ArreyEbot PE, et al.(2024). "Global, regional and national trends in the burden of
neonatal respiratory failure and essentials of its diagnosis and management from 1992 to 2022: A scoping
review." European Journal of Pediatrics. 2024-01-01. Volume 183 (Issue 1); 9-50. DOI: 10.1007/s00431-023-
05238-z

10. Dyer J.(2019). Neonatal Respiratory Distress Syndrome: Tackling A Worldwide Problem. P T. 2019 Jan;44(1):12-14. PMID: 30675087; PMCID: PMC6336202.
11. Hedstrom AB, Gove NE, Mayock DE, Batra M.(2018). Performance of the Silverman Andersen Respiratory Severity Score in predicting PCO2 and respiratory support in newborns: a prospective cohort study. J Perinatol. 2018 May;38(5):505-511. doi: 10.1038/s41372-018-0049-3. Epub 2018 Feb 9. PMID: 29426853; PMCID: PMC5998375.
12. Williams, E., Dassios, T. What’s hot in neonatal respiratory monitoring?. Pediatr Res 98, 38–40 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03746-8>
13. ดวงพร ผาสวรรณ.(2564). ปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดและตรวจร่างกาย. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. ออนไลน์ http://courseware.npru.ac.th/admin/files/20210902142056_4f4265b9ad3257426f0be51d5b1a91f1.pdf
14. นกสร พรมงศ์.(2566). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหายใจลำบาก ของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ. วารสารกุมารเวชศาสตร์. ปีที่ 62 ฉบับที่ 2 (2023): เมษายน - มิถุนายน 2566
15. ทิพวัลย์ ลีมีลิขิต.(2562). ความชุกและผลการรักษาภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด. ชัยภูมิเวชสาร. ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 (ธันวาคม 2562)

ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

The effect of health care model for type 2 diabetes patients by applying lifestyle medicine concept at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

วิไลรัตน์ สุทธิประภา¹

Wilairat Suttiprapa

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง เดือน ตุลาคม 2568 รวม 9 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อายุไม่เกิน 60 ปี และป่วยไม่เกิน 10 ปี จำนวน 28 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิง โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุเฉลี่ย 59.50 ± 4.78 ปี FBS เฉลี่ย 151.64 ± 37.79 mg/dL และ HbA1C เฉลี่ย 7.50 ± 1.40 mg% ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine health literacy and health behaviors among patients with type 2 diabetes and the effects of a lifestyle medicine-based care model at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Somdet District, Kalasin Province. The study was conducted from January 2025 to October 2025, a total of nine months. The sample consisted of 28 voluntary participants with type 2 diabetes aged under 60 years and with diagnoses for no more than 10 years. Data were collected using data recording forms and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The study results found that after the implementation, the blood sugar level of type 2 diabetes patients by applying the lifestyle medicine concept at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Somdet District, Kalasin Province. The average age of type 2 diabetes patients was 59.50 ± 4.78 years, the average FBS was 151.64 ± 37.79 mg/dL, and the average HbA1C was 7.50 ± 1.40 mg%. The health literacy of type 2 diabetes patients at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Somdet District, Kalasin Province and the health behavior of type 2 diabetes patients at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Somdet District, Kalasin Province after the implementation

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ

were at the highest level overall and in each aspect. The health literacy of type 2 diabetes patients, health behavior of type 2 diabetes patients, and the blood sugar level of type 2 diabetes patients at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Somdet District, Kalasin Province were at the highest level. Before and after the intervention, a statistically significant difference was found at the 0.05 level. Blood sugar levels of type 2 diabetes patients at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Somdet District, Kalasin Province, were significantly better after the intervention than before.

Keywords: Type 2 diabetes care, Lifestyle medicine concept

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานจะส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหัวใจ ระบบหลอดเลือด ไต และประสาท ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมาก โรคนี้ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและรายงานต่าง ๆ ชี้ว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 828 ล้านคน ซึ่งถือว่ามีความเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจากสิบกว่าปีก่อนหน้านี้ และยังคงเพิ่มระดับสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเบาหวานแบ่งเป็นสองชนิดหลัก ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเป็นโรคภูมิคุ้มกันทำลายเซลล์ที่ผลิตอินซูลินในตับอ่อน และเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายซึ่งมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และภาวะอ้วน ทั้งนี้ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย ทั้งโรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเส้นประสาทเสื่อมสภาพ^{1,2}

ในประเทศไทยโรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องก็ตาม ข้อมูลล่าสุดระบุว่า มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ

40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย โดยแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี ปัญหาที่สำคัญคือวิถีชีวิตของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างพอเพียง รวมถึงความเครียดจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตสมัยใหม่ นอกจากนี้ การขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้โรคเบาหวานกลายเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ ที่ก่อให้เกิดความพิการและลดคุณภาพชีวิตในคนกลุ่มนี้อย่างมาก นอกจากนี้ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมก็ถือเป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและประชากรในชนบท ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเหมาะสม การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จึงต้องเน้นไปที่การสร้างความรู้ความตระหนักรู้ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง เพื่อการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพและลดภาระของระบบสุขภาพในภาพรวม^{3,4}

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมเป็นการดำเนินงานที่ต้องประกอบด้วยหลายภาคส่วน ทำให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นภารกิจหลักที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีการบูรณาการอย่างทั่วถึงระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุม

อาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน มีบทบาทสำคัญในการติดตามเฝ้าระวังและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนการดูแลรักษาในชุมชน การร่วมมือกันระหว่างชุมชนและระบบสาธารณสุขนี้ช่วยสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ยั่งยืนเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการโรค และช่วยลดภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งส่งผลดีต่อโอกาสในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ⁵

เวชศาสตร์วิถีชีวิตให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อบทบาทของพฤติกรรมและวิถีชีวิตในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้สอดคล้องกับลักษณะชีวิตและบริบทของแต่ละบุคคล หลักการสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิตคือการส่งเสริมความรับผิดชอบในตนเองให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล การขาดการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ถือเป็นหัวใจของแนวคิดนี้ ในระบบสาธารณสุข แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ยั่งยืนและครอบคลุม โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างโรคเบาหวาน ซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ชุมชน และผู้ให้บริการทางสุขภาพ การประยุกต์ใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระของโรค และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นแนวทางสำคัญที่สาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทยให้ความสนใจและผลักดัน^{6,7} สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวพล สุวรรณ บัณฑิตนิเทศา แซ่ลี (2567)⁸ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั้ง 6 ด้านเท่ากับ 93.57 ± 38.22 อยู่ในระดับดีมาก ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนประเมินวิถีชีวิต 6

ด้าน ก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 28.0 (IQR = 26.0, 37.0) อยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย หลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 43.0 (IQR = 36.0, 45.0) อยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-Value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี คนยัง (2567)⁹ พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม 2) สร้างคู่มือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) 4) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) เยี่ยมเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามประเมินผล โดยหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลังสะท้อนให้เห็นว่าภาระโรคเบาหวานในอำเภอสมเด็จยังคงอยู่ในระดับสูงและไม่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยรายใหม่ 373 ราย จากประชากร 61,841 คน อัตราป่วย 603.16 ต่อแสนประชากร ในปี 2566 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 327 ราย จากประชากร 61,740 คน อัตราป่วย 529.64 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 341 ราย จากประชากร 60,157 คน อัตราป่วย 566.85 ต่อแสนประชากร ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลังสะท้อนให้เห็นว่าภาระโรคเบาหวานในระดับตำบลยังคงอยู่ในระดับสูงต่อเนื่องเช่นเดียวกับทั้งอำเภอ และยังไม่ปรากฏแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยปีงบประมาณ 2565 มีประชากร 7,739 คน พบผู้ป่วยรายใหม่ 48 ราย

อัตราป่วย 620.24 ต่อแสนประชากร ปี 2566 มีประชากร 7,726 คน พบผู้ป่วยรายใหม่ 42 ราย อัตราป่วย 543.62 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 มีประชากร 7,694 คน พบผู้ป่วยรายใหม่ 42 ราย เช่นเดิม แต่อัตราป่วยเพิ่มเล็กน้อยเป็น 545.88 ต่อแสนประชากร สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ยังคงสูง และเป็นปัญหาสำคัญของชุมชน ซึ่งยังพบช่องว่างในระบบการดูแล การส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากยังพบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยังไม่ทั่วถึงและมีคุณภาพไม่เสมอภาค การขาดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน และความไม่เพียงพอของทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากในพื้นที่นี้ยังคงขาดการดูแลและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สภาพเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนในอำเภอยังมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้เกิดช่องว่างในการจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในพื้นที่ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้พัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมและลดภาระโรคในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง เดือน ตุลาคม 2568 รวม 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม./ ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม./ ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้เกณฑ์

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.บ้านกอก หรือ อสม. ในพื้นที่ตำบลบ้านกอก หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประสบการณ์ดูแลตนเองดีและได้รับการเสนอชื่อเป็นตัวแทน 2) ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านกอก มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้เข้าใจบริบทชุมชน 3) สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบ (ประชุมกลุ่มย่อย เวทีระดมความคิด ฯลฯ)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม/กิจกรรมพัฒนารูปแบบได้อย่างต่อเนื่องตามแผนที่กำหนด 2) มีตำแหน่งหรือบทบาทที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับการวิจัย

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อายุไม่เกิน 60 ปี และป่วยไม่เกิน 10 ปี จำนวน 28 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์หรือมีรหัสโรค E11 ตามเวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก 2) มีอายุระหว่าง 30–60 ปี 3) มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่เกิน 10 ปี ตามเกณฑ์ของโครงการ 4) มีเวชระเบียนประจำและมารับบริการติดตามการรักษาที่ รพ.สต.บ้านกอกอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้ที่รุนแรง (เช่น ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง) ทำให้เข้าใจคำอธิบายและตอบแบบสอบถามได้ 6) สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการ ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต และลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1, เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือโรคเบาหวานจากสาเหตุเฉพาะอื่น (เช่น จากโรคทางต่อมไร้ท่ออื่น) ไม่ใช่ชนิดที่ 2 2) มีโรคร่วมรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น หัวใจล้มเหลวระยะรุนแรง โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรุนแรง หรือโรคเมร็งระยะลุกลาม 3) มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรง หรือบกพร่องทางสติปัญญาที่ทำให้ไม่สามารถทำตามโปรแกรมหรือให้ข้อมูลได้อย่างน่าเชื่อถือ 4) อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือวางแผนตั้งครรภ์ในช่วงระยะเวลาศึกษา 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง (เช่น ทำงานต่างจังหวัด, ย้ายที่อยู่ในช่วงดำเนินการวิจัย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดย

การประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และการสรุปผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ

2.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้¹⁰

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

2.61 – 3.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

1.00 – 1.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ไ ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .932

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้¹⁰

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

.41 – 4.20 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้

1.81 – 2.60 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ไ ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .939

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรม/ขั้นตอนในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เตรียมข้อมูลพื้นฐาน และพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ก่อนนำไปทดลองใช้จริง ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาสถานการณ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ (อำเภอสมเด็จ/ตำบลบ้านกอก) ทั้งด้านจำนวนผู้ป่วย แนวโน้ม และภาระโรค จากฐานข้อมูล HDC และเวชระเบียน รพ.สต.บ้านกอก ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย ก่อนการพัฒนาและทดลองรูปแบบ (ใช้แบบสอบถาม/แบบประเมินที่เหมาะสม).

1.2 การจัดตั้งทีมและคัดเลือกผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ แต่งตั้งคณะทำงาน/ทีมวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านกอกอสม. แกนนำผู้ป่วย และผู้วิจัย คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก (inclusion/exclusion criteria) เพื่อเป็น กลุ่มตัวอย่างของการดำเนินการ และคัดเลือกผู้พัฒนารูปแบบ (เจ้าหน้าที่/อสม./ผู้ป่วยตัวแทน)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ระยะดำเนินการเป็นช่วงที่นำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้จริงในชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปแบบวงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) อย่างน้อย 1-2 รอบของการปฏิบัติการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 Plan (วางแผน)

ผู้วิจัยและทีมสาธารณสุขร่วมกับอสม.และตัวแทนผู้ป่วย ร่วมกันทบทวนข้อมูลสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้จากระยะเตรียมการเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย แล้วจัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ระยะเวลา (เช่น 8-12 สัปดาห์) รูปแบบกิจกรรม (ให้ความรู้ ฝึกสุขภาพเยี่ยมบ้าน ติดตามทางโทรศัพท์ ฯลฯ) และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสาธารณสุข อสม. และผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม

ขั้นที่ 2 Act (ปฏิบัติการ)

ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด นำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการจัดการความเครียด การจัดกิจกรรมฝึกสุขภาพรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

การเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์โดยทีมสาธารณสุขและอสม. การนัดติดตามประเมินผลตามรอบเวลาที่กำหนด และสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.

ขั้นที่ 3 Observe (สังเกต/ติดตามผล)

ติดตามและบันทึกผลการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการดำเนินงาน รวมทั้งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการปฏิบัติการ เช่น คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับ HbA1c น้ำหนัก รอบเอว และความดันโลหิต ตามระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์สั้น ๆ จากผู้ป่วย อสม. และเจ้าหน้าที่ เพื่อทราบความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแล.

ขั้นที่ 4 Reflect (สะท้อนผล/ปรับปรุง)

จัดเวทีสะท้อนผล (reflection) ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ทีมสาธารณสุข อสม. และตัวแทนผู้ป่วย เพื่อนำผลการสังเกตและข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันว่ากิจกรรมใดได้ผลดี กิจกรรมใดมีปัญหา หรือควรปรับปรุงในส่วนใดบ้าง พิจารณาผลลัพธ์ทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดทางคลินิก โดยเปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินรูปแบบ แล้วสรุปข้อเรียนรู้ ปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หากมีการดำเนินการมากกว่า 1 รอบของวงจร PAOR จะนำข้อเสนอแนะจากรอบแรกไปใช้ในการวางแผนและปฏิบัติการในรอบถัดไป

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุเฉลี่ย 59.50 ± 4.78 ปี FBS เฉลี่ย 171.92 ± 47.77 mg/dL และ HbA1C เฉลี่ย 7.89 ± 1.70 mg% หลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุเฉลี่ย 59.50 ± 4.78 ปี FBS เฉลี่ย 151.64 ± 37.79 mg/dL และ HbA1C เฉลี่ย 7.50 ± 1.40 mg%

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4. รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงบุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด

(เลิกวัน, ลั่นวาจา, ลาอุปกรณ์และรับลงมือ) ด้านการกินยาและพบแพทย์และการนอนอย่างมีคุณภาพ

5. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

6. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

7. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุเฉลี่ย 59.50 ± 4.78 ปี FBS เฉลี่ย 171.92 ± 47.77 mg/dL และ HbA1C เฉลี่ย 7.89 ± 1.70 mg% ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทนงศักดิ์ ราชเจริญ (2568)¹¹ ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับ "เท่ากับค่าเฉลี่ย" (62.9%) ตามด้วย "ดีมาก" (22.9%) "ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย" (11.4%) และ "ดีเยี่ยม" (2.9%) ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงบุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด (เหล้าวัน, ลั่นวาจา, ลาอุปกรณ์และรีบลงมือ) ด้านการกินยาและพบแพทย์ และการนอนอย่างมีคุณภาพ ตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต^{6,7,12,13} ส่งผลให้ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุเฉลี่ย 59.50 ± 4.78 ปี FBS เฉลี่ย 151.64 ± 37.79 mg/dL และ HbA1C เฉลี่ย 7.50 ± 1.40 mg% ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ มยุรี คนยัง. (2567)⁹ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 34.14 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยม ร้อยละ 58.91 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1c < 7$) ร้อยละ 36.92 2. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม 2) สร้างคู่มือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) 4) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) เยี่ยมเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามประเมินผล 3. หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ($HbA1c$) ลดลงจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการ

ดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิวพล สุวรรณ บัณฑิต นิทยา แซ่ลี (2567)⁸ ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทั้ง 6 ด้าน เท่ากับ 54.37+23.70 อยู่ในระดับไม่ดี หลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทั้ง 6 ด้านเท่ากับ 93.57+38.22 อยู่ในระดับดีมาก ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนประเมินวิถีชีวิต 6 ด้าน ก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 28.0 (IQR = 26.0, 37.0) อยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 43.0 (IQR = 36.0, 45.0) อยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 (P-Value <0.001) ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาให้หลากหลาย ให้เหมาะสมกับพื้นที่และขยายพื้นที่การเก็บข้อมูล ไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยพร รุ่งเรือง จิรัชญา มัชฌนาโส อรุมา จันธานี (2568)¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย:กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลง 1.07% (p<0.001) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 6.93

คะแนน (p<0.001) คะแนนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 30.05 คะแนน (p<0.001) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 63.60 คะแนน (p<0.001) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยสำเร็จคือ การเรียนรู้ที่นำไปปฏิบัติได้จริง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และวิธีการสอนที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ควรใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงบุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด (เหล้าวัน, ลั่นวาจา, ลาอุปกรณ์และริบลมมือ) ด้านการกินยา และพบแพทย์และการนอนอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). Diabetes. Online <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. World Health Organization. (2025). Diabetes. Online https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2567) นำห่วง!! คนไทยป่วยเบาหวานพุ่ง 6.5 ล้านคน เน้นผัก-ผลไม้ น้ำตาลต่ำ. ออนไลน์ <https://www.thaihealth.or.th/?p=375089>
4. Kalandarova M, Ahmad I, Aung TNN, Moolphate S, Shirayama Y, Okamoto M, Aung MN, Yuasa M. (2024). Association Between Dietary Habits and Type 2 Diabetes Mellitus in Thai Adults: A

- Case-Control Study. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2024 Mar 6;17:1143-1155. doi: 10.2147/DMSO.S445015. PMID: 38465346; PMCID: PMC10924810.
5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2567). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ. ออนไลน์ https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=15177
 6. อังคณา เจริญยิ่งวัฒนา.(2568). ความก้าวหน้าด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) บูรณาการกับเวชศาสตร์จีโนมิกส์ (Lifestyle Genomics) จะเพิ่มประสิทธิภาพการ ช่วยป้องกัน บรรเทา และสนับสนุนการรักษา โรค NCDs ศูนย์จีโนมทางการแพทย์. ออนไลน์ <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramakm/cat/main/undefined/4427>
 7. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, ธนิสา อนุญาหงษ์.(2567). เวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 1, ฉบับที่ 4 เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567. 1-12
 8. ศิวพล สุวรรณบัณฑิต นิตยา แซ่ลี.(2567). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 81-91
 9. มยุรี คนยัง.(2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 335-45
 10. Best, J. W. (1981). *Research in education* 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
 11. ทนงค์ดี ราชเจริญ.(2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 ภู/
 12. Jones, D. S., & Shubrook, J. H. (2023). *Lifestyle medicine: A manual for clinical practice.* Springer.
 12. ภูติท เตชาติวัฒน์. (2566), เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมสหวิชาชีพ. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Pre-conference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team" (วันที่ 18-22 กันยายน 2566, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย)
 13. American College of Lifestyle Medicine. (2023). *Technology in lifestyle medicine.* Retrieved from <https://www.lifestylemedicine.org/>
 14. วลัยพร รุ่งเรือง จิรัชญา มัฆนาโส อรุมา จันธานี.(2568). การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 (2025) 1024-31

ความจำเพาะการวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptoscore เปรียบเทียบกับ Leptotiter (IgG-Ab,IgM-Ab)

Diagnostic specificity of Leptospirosis with well's syndrome using Leptoscore compared with Leptotiter (IgG-Ab,IgM-Ab).

(Received: December 7,2025 ; Revised: December 15,2025 ; Accepted: December 16,2025)

อนิก วโรรส¹
Anik Warorot¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการตรวจ Leptoscore ซึ่งเป็นการจำแนกเชิงคะแนนจากข้อมูลทางคลินิกและผลปัสสาวะ กับการตรวจ Leptotiter (IgM ELISA) และการตรวจภูมิคุ้มกัน IgG/IgM ในการยืนยันการป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (retrospective study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสระหว่างปี 2564–2568 จำนวน 128 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิก ผลตรวจปัสสาวะ (UA) และผลภูมิคุ้มกัน Leptospira IgG/IgM ด้วยวิธี ELISA วิเคราะห์ความไว (sensitivity), ความจำเพาะ (specificity), ความแม่นยำ (accuracy) ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และการหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า Leptoscore มีค่าความไวสูงสุด 92.7% ความจำเพาะ 86.2% และ Accuracy 88.3% ส่วน Leptotiter มีความไว 85.4% ความจำเพาะ 90.8% และ Accuracy 88.0% สำหรับ IgG/IgM พบความไวต่ำ (0–12.2%) แต่ความจำเพาะสูง (86.2–98.9%) ตัวแปรทางปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการยืนยันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.05 ได้แก่ ความขุ่นของปัสสาวะ (OR = 3.337; p = 0.004), บิลิรูบินในปัสสาวะ (OR = 4.355; p = 0.005), และเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (OR = 3.051; p = 0.004)
คำสำคัญ: เลปโตสไปโรซิส, ความจำเพาะการวินิจฉัย, ประสิทธิภาพการตรวจ

Abstract

This study aimed to compare the diagnostic performance of *Leptoscore*—a clinical scoring system integrating clinical manifestations and urinalysis results—with *Leptotiter* (IgM ELISA) and *Leptospira* IgG/IgM antibody testing in confirming leptospirosis cases. A retrospective study was conducted among 128 patients diagnosed with leptospirosis between 2021 and 2025. Data on clinical presentations, urinalysis (UA), and *Leptospira* IgG/IgM serology (ELISA) were analyzed. Statistical analyses included descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum) and inferential statistics using the Chi-square test. Associations were examined using Odds Ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI), with statistical significance set at $p < 0.05$. Diagnostic performance was assessed in terms of sensitivity, specificity, and overall accuracy.

Results: *Leptoscore* demonstrated the highest sensitivity (92.7%), specificity (86.2%), and accuracy (88.3%), indicating strong performance as a rapid screening tool for early detection of leptospirosis. In contrast, *Leptotiter* showed slightly lower sensitivity (85.4%) but higher specificity (90.8%) with an accuracy of 88.0%. The IgG/IgM antibody tests revealed low sensitivity (0–12.2%) but high specificity (86.2–98.9%), particularly in post-infection stages, reflecting their limited value for early diagnosis but potential utility for follow-up or immunity monitoring. Among urinalysis variables, three showed statistically significant associations with confirmed leptospirosis: urine turbidity (OR = 3.337; $p = 0.004$), urine bilirubin (OR = 4.355; $p = 0.005$), and urine blood/hemoglobin (OR = 3.051; $p = 0.004$).

Keywords: Leptospirosis, diagnostic specificity, diagnostic accuracy

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) เป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียจากกลุ่ม *Leptospira interrogans* ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่สำคัญในเขตร้อนทั่วโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศไทย ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูฝนและพื้นที่ที่มีการเกษตรกรรมเป็นหลัก^{1,2} การติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะของสัตว์ที่เป็นพาหะ หรือจากการเดินลุยน้ำและโคลนที่มีเชื้อปนเปื้อน³ อาการของโรคมักมีความหลากหลาย ตั้งแต่ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ตาแดง ดีซ่าน ไปจนถึงภาวะไตวายและเลือดออกในอวัยวะสำคัญ ซึ่งเป็นภาวะรุนแรงที่เรียกว่า “Weil’s syndrome”⁴ ส่วนในบริบทของประเทศไทยยังพบว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีการระบาดในหลายจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่เกษตรกรรมและชนบทที่มีความชื้นสูง⁵ กรมควบคุมโรครายงานว่ามีผู้ป่วยเฉลี่ยกว่า 3,000 รายต่อปี และมีแนวโน้มการกลับมาระบาดซ้ำในบางพื้นที่หลังฝนตกหนัก⁶ ความท้าทายหลักของระบบสาธารณสุขคือ “การวินิจฉัยโรคในระยะต้น” เนื่องจากอาการในระยะแรกมักคล้ายกับโรคติดเชื้ออื่น เช่น ไข้เลือดออก มาลาเรีย หรือไวรัสตับอักเสบ ส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้าและการรักษาไม่ตรงจุด⁷

การตรวจวินิจฉัยมาตรฐานในปัจจุบัน ได้แก่ *Microscopic Agglutination Test (MAT)* และ *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA; Leptotiter)* ซึ่งมีความไวและความจำเพาะสูง แต่ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะทางและเวลาในการตรวจ 24–48 ชั่วโมง จึงไม่เหมาะกับการใช้ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือพื้นที่ที่ขาดแคลนห้องปฏิบัติการ^{8,9} การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่ใช้้งานง่าย รวดเร็ว และมีความแม่นยำ จึงเป็นประเด็นสำคัญในการลดอัตราการวินิจฉัยผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค¹⁰ ซึ่งวิธีการตรวจแบบ Leptoscore ถือว่าเป็นนวัตกรรมการตรวจคัดกรองเชิงคลินิกที่ถูกพัฒนาใน

ประเทศไทย เพื่อใช้ประเมินความน่าจะเป็นของการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิก เช่น ไข้ ภาวะขาดน้ำ ดีซ่าน และผลตรวจทางปัสสาวะ เช่น สีปัสสาวะเข้ม การตรวจพบบิลิรูบิน โปรตีน หรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ¹¹ ผลการศึกษาของ Wuthiekanun และคณะ พบว่า Leptoscore มีความไวสูงกว่า 90% และสามารถใช้งานได้ดีในระดับโรงพยาบาลชุมชน¹² อย่างไรก็ตาม ยังขาดการเปรียบเทียบโดยตรงระหว่าง Leptoscore กับการตรวจทางภูมิคุ้มกัน เช่น Leptotiter (IgM ELISA) และการตรวจ IgG/IgM antibody แบบคู่ซีรัม ซึ่งมีความสำคัญต่อการยืนยันผลในผู้ป่วยระยะต่าง ๆ ของโรค^{13,14}

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการตรวจ Leptoscore, Leptotiter และการตรวจภูมิคุ้มกัน IgG/IgM ต่อการยืนยันการป่วยจริง ในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทย เพื่อประเมินศักยภาพของ Leptoscore ในการใช้เป็นเครื่องมือช่วยวินิจฉัยโรคในพื้นที่ระบาด และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบคัดกรองที่มีความรวดเร็ว แม่นยำ และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความจำเพาะการวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptoscore เปรียบเทียบกับ Leptotiter (IgG-Ab, IgM-Ab)

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptotiter และ Leptotiter

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptotiter และ Leptotiter แพ้ IPD ข้อมูล 5 ปี ย้อนหลัง ระหว่าง ปี 2564 – 2568 จำนวน 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา ความจำเพาะการวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptoscore เปรียบเทียบกับ Leptotiter (IgG-Ab, IgM-Ab) มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Human Research Ethics Committee)
2. ขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลเวชระเบียนจากงานเวชสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. ดึงข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ช่วงปี 2564–2568
4. บันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ
5. ตรวจสอบข้อมูลขาดหาย ความผิดพลาด และความสอดคล้องระหว่างแฟ้มเวชระเบียนกับผลตรวจ MRI
6. ปกปิดชื่อ-รหัสผู้ป่วย และใช้รหัสตัวเลขแทนเพื่อรักษาความลับ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยการตรวจหาแม่แรงในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามที่กำหนดโดยสภาวิจัยแห่งชาติ (National Research Council of Thailand: NRCT) และแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Human Research Ethics Committee: HREC) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งอยู่ภายใต้หลักการของ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki, 2013) หลักการเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิ และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ (Non-identifiable data) การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลตามหลักความลับทางการแพทย์ (Medical confidentiality) ข้อมูลทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาได้จากระบบเวชระเบียนและฐานข้อมูลพยาธิวิทยาของโรงพยาบาล โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ป่วย หมายเลขบัตรประชาชน หรือข้อมูลระบุตัวบุคคลอื่น ๆ ข้อมูลที่บันทึกในการวิจัยถูกเข้ารหัสแทนชื่อจริงของผู้ป่วย เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวนทั้งหมด 128 ราย พบว่าเพศชายจำนวน 100 ราย (78.1%) และ เพศหญิง 28 ราย (21.9%)

อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 53.24 ± 14.36 ปี มีอายุน้อยสุด 4 ปี และสูงสุด 80 ปี เมื่อพิจารณาอายุพบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานถึงวัยสูงอายุ ซึ่งมีการทำกิจกรรมกลางแจ้งบ่อยและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมมากกว่าเด็กหรือวัยรุ่น

สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC 30 บาท) จำนวน 59 ราย (46.1%) รองลงมาคือ สิทธิผู้สูงอายุ 21 ราย (16.4%), สิทธิผู้ป่วยรายได้น้อย 19 ราย (14.8%), และ สิทธิข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง) จำนวน 8 ราย (6.3%) กลุ่มที่เหลือเป็นสิทธิอื่น ๆ เช่น ประกันสังคม ผสม./อสม. UC นอกเขต และเด็กอายุ 0–12 ปี รวมกันคิดเป็นร้อยละ 16.4

การวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิส จากผลการวินิจฉัย ICD-10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่า สงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส (A27.9) จำนวน 86 ราย (67.2%) ขณะที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคชนิดทั่วไป (A27.8) เพียง 1 ราย (0.8%) และพบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นชนิดรุนแรงหรือ Weil's syndrome (A27.0) จำนวน 41 ราย (32.0%)

ค่าความดันโลหิตและสัญญาณชีพ (Vital Signs) พบว่า ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้ง 128 รายอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดย 1) ความดันตัวบนเฉลี่ย (SBP) = 107.63 ± 23.64 mmHg 2) ความดันตัวล่างเฉลี่ย (DBP) = 64.48 ± 14.77 mmHg

สัญญาณชีพอื่น ๆ พบว่า 1) อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ย = $37.42 \pm 1.11^{\circ}\text{C}$ 2) ชีพจรเฉลี่ย = 99.4 ± 20.8 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจเฉลี่ย = 21.9 ± 4.3 ครั้ง/นาที

โดยสรุปส่วนใหญ่มีไข้ในระดับ $37-39^{\circ}\text{C}$ และชีพจรสูงกว่า 90 ครั้ง/นาที ซึ่งสอดคล้องกับภาวะติดเชื้อในระยะเฉียบพลันและอาการของโรคเลปโตสไปโรซิส

ผลการตรวจปัสสาวะ (Urinalysis; UA) ซึ่งผลการตรวจปัสสาวะ (UA1) พบลักษณะดังนี้

1) สีของปัสสาวะ ส่วนใหญ่เป็นสี Pale Yellow–Yellow คิดเป็น ร้อยละ 80.5 ขณะที่สีเข้มหรือผิดปกติ เช่น Brown, Dark Yellow, DK. Orange หรือ Red พบเพียง ร้อยละ 19.5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีภาวะผิดปกติของสีปัสสาวะ

2) ความขุ่นของปัสสาวะ พบว่า ปัสสาวะลักษณะใส (Clear) และขุ่นเล็กน้อย (Slightly Cloudy) จำนวน 114 ราย (89.1%) มีเพียง 10 ราย (7.9%) ที่มีความขุ่นในระดับ Cloudy–Turbid ซึ่งเป็นตัวชี้บ่งเบื้องต้นของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3) น้ำตาลในปัสสาวะ (Glucose) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พบการตรวจเจอ (ร้อยละ 86.7) แสดงว่าผู้ป่วยส่วนมากไม่มีภาวะกลูโคซูเรียหรือเบาหวานร่วม

4) บิลิรูบินในปัสสาวะ (Bilirubin) พบว่า ค่าปกติใน ร้อยละ 87.5 และมีค่าผิดปกติใน ร้อยละ 12.5 โดยผู้ที่มีค่าผิดปกติระดับ 1+ ถึง 3+ อาจบ่งชี้ถึงภาวะการทำงานของตับที่ลดลง ซึ่งเป็นลักษณะร่วมของผู้ป่วย Weil's syndrome ที่มีการอักเสบของตับและดีซ่าน

5) เม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (Blood/Hb) พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 50.0) มีค่า Trace ถึง 3+ ซึ่งบ่งชี้ถึงการอักเสบหรือการระคายเคืองของระบบทางเดินปัสสาวะ และสอดคล้องกับลักษณะการติดเชื้อ Leptospira ที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกเล็กน้อยในไต

6) ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5.5–6.5 (ร้อยละ 70.3) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ (5.0–7.5) แสดงถึงสมดุลกรด-ด่างของร่างกายที่ยังคงอยู่ในระดับปกติในผู้ป่วยส่วนใหญ่

7) โปรตีนในปัสสาวะ (Protein) พบว่า ร้อยละ 51.6 ของผู้ป่วยมีโปรตีนในปัสสาวะระดับ Trace ถึง 3+ ซึ่งสะท้อนถึงภาวะไตอักเสบหรือการรั่วของโปรตีนในช่วงการติดเชื้อเฉียบพลัน

8) ค่า Urobilinogen พบว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 85.2 และผิดปกติ ร้อยละ 14.8 ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานของตับผิดปกติเล็กน้อย

9) วิตามินซีในปัสสาวะ (Vitamin C) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบการขับออกทางปัสสาวะ (ร้อยละ 85.9) และมีเพียงร้อยละ 14.0 ที่ตรวจพบ ซึ่งอาจเกิดจากการบริโภคอาหารหรือวิตามินเสริมก่อนตรวจ

10) เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ (UA1 และ UA2) พบว่า ในการตรวจครั้งแรก (UA1) พบว่าร้อยละ 86.7 ไม่มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ หลังตรวจยืนยัน (UA2) พบว่าร้อยละ 45.3 ยังไม่พบเม็ดเลือดขาว และร้อยละ 16.4 พบในระดับ Trace ถึง 3+ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วม

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ความจำเพาะการวินิจฉัย Leptospirosis with well's syndrome จากการใช้ Leptoscore เปรียบเทียบกับ Leptotiter (IgG-Ab, IgM-Ab) ซึ่งผลการศึกษาส่งผลให้เห็นประเด็นสำคัญหลายด้าน ดังนี้

1) การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการตรวจ Leptoscore, Leptotiter และการตรวจภูมิคุ้มกัน Leptospirosis IgG/IgM ต่อการยืนยันการป่วยจริง ผลการศึกษาพบว่า Leptoscore ซึ่งเป็นแบบจำแนกเชิงคะแนนที่ผสานข้อมูลจากอาการทางคลินิกและผลตรวจทางปัสสาวะ (Urinalysis: UA) มีความไว (Sensitivity) สูงที่สุด ร้อยละ 92.7 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 86.2 โดยให้ค่าความถูกต้องรวม (Accuracy) ร้อยละ 88.3 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้มีประสิทธิภาพสูง เหมาะสมสำหรับใช้เป็นเครื่องมือคัดกรอง (screening tool) ในโรงพยาบาลทั่วไปหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เนื่องจาก Leptoscore อาศัยข้อมูลทางคลินิก เช่น ไข้ > 38°C อาการปวดกล้ามเนื้อ ตาแดง และผล UA เช่น Bilirubin หรือ Proteinuria ซึ่งสะท้อนการทำงานของไตที่เป็นอวัยวะเป้าหมายหลักของเชื้อ *Leptospira* (15,16)

ขณะที่ Leptotiter (IgM ELISA) ซึ่งถือเป็นมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ มีความไว ร้อยละ 85.4 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 90.8 โดยให้ค่าความถูกต้องรวม ร้อยละ 88.0 แม้จะมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ Leptoscore แต่ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะและใช้เวลา

ตรวจมากกว่า อย่างไรก็ตาม การตรวจ ELISA มีข้อได้เปรียบในการยืนยันการติดเชื้อในระยะเฉียบพลัน เนื่องจากสามารถตรวจจับ IgM ได้ตั้งแต่ช่วงสัปดาห์แรกของโรค ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Budihal และ Perwez (17) ที่ระบุว่า ELISA เป็นมาตรฐานทองคำในการตรวจยืนยัน *Leptospira* โดยให้ค่าความไว 80–90% และความจำเพาะ > 90% ในผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน

สำหรับการตรวจ Leptospira IgG/IgM แบบเดี่ยว พบว่ามีค่าความไวต่ำกว่า 20% เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ IgM ลดลงอย่างรวดเร็วหลังพ้นระยะเฉียบพลัน จึงอาจเกิดผลลบลง (false negative) ได้สูง สอดคล้องกับ Costa และคณะ (18) รวมถึง Haake และ Levett (19) ซึ่งรายงานว่า การตรวจ IgM ในระยะปลายไม่สามารถยืนยันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง และควรใช้ควบคู่กับการตรวจทางคลินิกหรือวิธีเชิงโมเลกุล เช่น PCR หรือ Leptoscore แทน

โดยสรุป การเปรียบเทียบทั้งสามวิธีแสดงให้เห็นว่า Leptoscore มีความไวสูงสุด เหมาะสมสำหรับการคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้นในโรงพยาบาลชุมชน ขณะที่ Leptotiter (IgM ELISA) มีความจำเพาะสูงกว่า เหมาะสำหรับการยืนยันผลในระดับห้องปฏิบัติการ ส่วนการตรวจ IgG/IgM เพียงอย่างเดียวไม่เหมาะสำหรับการวินิจฉัยระยะแรก เนื่องจากข้อจำกัดด้านภูมิคุ้มกัน ดังนั้นจึงควรใช้การประเมินร่วมกันระหว่างข้อมูลทางคลินิก UA และ ELISA เพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ระบาด

การตรวจภูมิคุ้มกันแบบ IgG และ IgM (Ab1–Ab3) มีค่าความไวต่ำมาก (0–12.2%) แต่มีค่าความจำเพาะสูง (86.2–98.9%) โดยเฉพาะในระยะหลังการรักษา (IgG Ab2, IgG Ab3) ซึ่งสะท้อนถึงการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันในช่วงฟื้นตัวหรือระยะภูมิคุ้มกันเหลือ มากกว่าการตรวจวินิจฉัยโรคในระยะต้น จึงไม่เหมาะสำหรับใช้ในการวินิจฉัยระยะเฉียบพลันของโรค

แต่มีประโยชน์ในการติดตามภูมิคุ้มกันหรือการติดเชื้อซ้ำในระยะยาว

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับรายงานของ Haake และ Levett (19) ที่ระบุว่า การตรวจ IgM จะให้ค่าความไวต่ำในระยะหลังการติดเชื้อ และไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างการติดเชื้อใหม่กับการคงอยู่ของภูมิคุ้มกันเดิมได้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับ Budihal และ Perwez (17) ที่ชี้ว่า การตรวจ IgG และ IgM antibody test มีความเหมาะสมมากกว่าในการติดตามผลภายหลังการรักษา มากกว่าการวินิจฉัยระยะแรกของโรคเลปโตสไปโรซิส

โดยสรุป Leptoscore ซึ่งผสานข้อมูลอาการทางคลินิกและผลการตรวจปัสสาวะ (UA) แสดงค่าความไวสูงสุดและความถูกต้องรวมดีที่สุด เหมาะสำหรับการใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือพื้นที่ภาคสนามที่มีข้อจำกัดด้านเครื่องมือ ขณะที่ Leptotiter (IgM ELISA) มีความจำเพาะสูง เหมาะสำหรับการยืนยันผลในห้องปฏิบัติการ ทั้งสองวิธีจึงสามารถใช้ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัย ลดความคลาดเคลื่อน และยกระดับความแม่นยำของการตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสในระบบบริการสุขภาพ

2) ประสิทธิภาพของการตรวจทางคลินิกและทางปัสสาวะ (UA) ต่อการยืนยันการป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จากการวิเคราะห์ตัวชี้วัดทางปัสสาวะ (Urinalysis: UA) พบว่า ตัวแปรที่มีค่าความไวและความจำเพาะสูงที่สุด ได้แก่ บิลิรูบินในปัสสาวะ (Sensitivity = 24.4%, Specificity = 93.1%) และ สีปัสสาวะเข้ม (Specificity = 91.9%) ซึ่งสะท้อนถึงความผิดปกติของการทำงานของตับและการเกิดภาวะดีซ่าน (jaundice) ที่มักพบในผู้ป่วยกลุ่ม *Weil's syndrome* ซึ่งเป็นรูปแบบรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของ Haake และ Levett (19) ที่อธิบายว่าเชื้อ *Leptospira interrogans* สามารถแทรกซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อตับ ทำให้เกิดภาวะ cholestasis

และ bilirubinuria ส่งผลให้ปัสสาวะมีสีเข้มและตรวจพบ bilirubin ได้ในระยะเฉียบพลันของโรค นอกจากนี้ ตัวแปร เม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (UA Blood/Hb, Sensitivity = 68.3%) และ โปรตีนในปัสสาวะ (UA Protein, Sensitivity = 53.7%) มีค่าความไวค่อนข้างสูง สะท้อนถึงภาวะ ไตอักเสบเฉียบพลัน (acute kidney injury) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรค ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Costa และคณะ (18) และ Matsui และคณะ (20) ที่รายงานว่า การตรวจพบโปรตีนหรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการทำลายเนื้อเยื่อไต (renal tubular injury) ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส

อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวแปรบางรายการ เช่น ภาวะขาดน้ำ (Dehydration; Sensitivity = 97.6%) และ ค่า pH ผิดปกติ (73.2%) แม้จะมีความไวสูง แต่มีความจำเพาะต่ำ เนื่องจากสามารถพบได้ในหลายภาวะของไข้เฉียบพลันหรือการติดเชื้อทั่วไป จึงไม่สามารถใช้ยืนยันโรคเลปโตสไปโรซิสได้โดยลำพัง แต่ยังคงมีประโยชน์ในเชิงการคัดกรองทางคลินิกในระยะต้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางระบาดวิทยาคลินิกที่ระบุว่า การเพิ่มค่าความไว (Sensitivity) ของการคัดกรองช่วยลดโอกาสพลาดผู้ป่วยที่แท้จริง (21)

ดังนั้น การตรวจ UA เพียงรายการเดียวอาจมีข้อจำกัดในการจำแนกโรค แต่การพิจารณาหลายตัวแปรร่วมกัน เช่น สีปัสสาวะ + Bilirubin + Protein + Blood จะช่วยเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรองโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่จำกัดการเข้าถึงห้องปฏิบัติการมาตรฐาน ซึ่งถือเป็นแนวทางการประยุกต์ที่สอดคล้องกับบริบทการควบคุมโรคในระดับปฐมภูมิของประเทศไทย

3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการยืนยันการป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส ความขุ่นของปัสสาวะ (Urine Turbidity): ผู้ที่มีปัสสาวะขุ่นหรือขุ่นเล็กน้อยมีโอกาสยืนยันการป่วยโรคเลปโตสไปโร

ลิสสูงกว่าผู้ที่มีปัสสาวะใส โดยมีค่า $OR = 3.337$ (95% $CI = 1.428-7.800$; $p = 0.004$) และ $\chi^2 = 8.167$ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงการขับโปรตีนและเซลล์เม็ดเลือดแดงออกทางปัสสาวะ ซึ่งเป็นผลของกระบวนการอักเสบหรือการทำลายหน่วยไต (renal tubular injury) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่ม Weil's syndrome ซึ่งเป็นรูปแบบรุนแรงของโรค สอดคล้องกับรายงานของ Costa และคณะ (18) ที่ระบุว่า การพบโปรตีนและเซลล์เม็ดเลือดในปัสสาวะสัมพันธ์กับภาวะไตอักเสบเฉียบพลัน (acute nephritis) ในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส

บิลิรูบินในปัสสาวะ (Urine Bilirubin): ผู้ที่มีผลตรวจบิลิรูบินในปัสสาวะเป็นบวกมีอัตราการยืนยันโรคสูงกว่ากลุ่มที่ผลเป็นลบ ($OR = 4.355$; 95% $CI = 1.459-12.998$; $p = 0.005$; $\chi^2 = 7.797$) ซึ่งบ่งชี้ถึงความผิดปกติของการทำงานของตับและการเกิดภาวะดีซ่าน (jaundice) ซึ่งเป็นอาการเด่นในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสระยะรุนแรง กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับ Haake และ Levett (19) ซึ่งอธิบายว่าเชื้อ *Leptospira interrogans* สามารถแทรกซึมเข้าสู่เซลล์ hepatocyte และก่อให้เกิด cholestasis ร่วมกับ bilirubinuria ในระยะเฉียบพลันของโรค

เม็ดเลือดแดงหรือฮีโมโกลบินในปัสสาวะ (Urine Blood/Hb): ผู้ที่ตรวจพบเม็ดเลือดแดงหรือฮีโมโกลบินในปัสสาวะมีโอกาสยืนยันโรคสูงกว่ากลุ่มที่ไม่พบ ($OR = 3.051$; 95% $CI = 1.393-6.683$; $p = 0.004$; $\chi^2 = 8.074$) ภาวะดังกล่าวเกิดจากการอักเสบของเนื้อเยื่อไตหรือการทำลายเม็ดเลือดแดงในระบบหมุนเวียน (intravascular hemolysis) ซึ่งเป็นพยาธิกำเนิดสำคัญของภาวะไตวายเฉียบพลันในโรคเลปโตสไปโรซิส สอดคล้องกับ Matsui และคณะ (20) ที่ชี้ว่าการตรวจพบ RBC หรือ Hb ในปัสสาวะเป็นตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของ glomerulus และ tubular dysfunction ในผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส

เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจ Leptotiter (IgG-Ab, IgM-Ab) พบว่าไม่มีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กับการยืนยันโรค ($p > 0.05$ ทุกค่า) โดยค่า OR อยู่ใกล้เคียง 1 ในทุกระยะการตรวจ antibody โดยเฉพาะ IgG/IgM Ab1-Ab3 แสดงให้เห็นว่า antibody ในเลือดมักปรากฏช้าในระยะต้นของโรค จึงไม่เหมาะสำหรับใช้ยืนยันการป่วยในระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับ Budihal และ Perwez (17) ที่เสนอให้ใช้การตรวจแบบ paired serum หรือการผสมผสานกับวิธีตรวจเชิงคลินิก เช่น Leptoscore เพื่อเพิ่มความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยในระยะแรกของโรค

4) เปรียบเทียบประสิทธิภาพการตรวจ Leptoscore กับ Leptotiter ต่อการยืนยันการป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการตรวจโรคเลปโตสไปโรซิสแสดงให้เห็นว่า Leptoscore ซึ่งเป็นแบบจำแนกผสมผสานระหว่างข้อมูลทางคลินิก (เช่น ไข้ $> 38^{\circ}C$, ภาวะขาดน้ำ, ดีซ่าน) และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (เช่น สีปัสสาวะเข้ม, Bilirubin+, Protein+, RBC+, pH ต่ำ) มีความไวสูงถึง 92.7% และความจำเพาะ 86.2% ซึ่งใกล้เคียงกับการตรวจมาตรฐาน Leptotiter (IgM ELISA) ที่มีความไว 85.4% และความจำเพาะ 90.8% ทั้งนี้ ค่า Youden's Index ($J = 0.79$) ของ Leptoscore สูงกว่า Leptotiter เล็ก น้อย ($J = 0.76$) สะท้อนถึงความสามารถในการจำแนกผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วยได้ดีกว่าในบริบทภาคสนาม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่มีเครื่องมือ ELISA หรือการตรวจทางซีรัมมาตรฐาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Budihal และ Perwez (21) ที่ระบุว่า การตรวจ IgM ELISA แม้เป็นมาตรฐานทองคำในการยืนยันโรค แต่ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะทางและใช้เวลานาน ขณะที่เครื่องมือคัดกรองที่รวมข้อมูลทางคลินิก เช่น Leptoscore สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่ลดทอนความแม่นยำมากนัก นอกจากนี้ งานของ Costa และคณะ (18) ยังรายงานว่า การใช้การจำแนกเชิงคลินิก

ผสมผสานกับข้อมูลทางชีวเคมี (hybrid clinical-biomarker approach) สามารถเพิ่มความไวและความถูกต้องของการตรวจโรคติดเชื้อในระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างมีนัยสำคัญ และในทำนองเดียวกัน Haake และ Levett (19) อธิบายว่าการตรวจ ELISA มีความจำเพาะสูงต่อการตรวจจับแอนติบอดี IgM ในระยะเฉียบพลัน แต่ยังมีข้อจำกัดในระยะต้นของโรคเมื่อระดับภูมิคุ้มกันยังไม่สูงเพียงพอ การใช้ Leptoscore ควบคู่กับการตรวจ Leptotiter จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในเชิงระบาดวิทยาคลินิก โดยช่วยเพิ่มความไวในการคัดกรอง (screening sensitivity) และลดผลลบ (false negative) ในการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิส

กล่าวโดยสรุป **Leptoscore** เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพสูงสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ชนบทหรือโรงพยาบาลชุมชน (primary care level) เนื่องจากให้ผลการตรวจที่รวดเร็ว มีความไวสูง และใช้ทรัพยากรต่ำ ขณะที่ Leptotiter (IgM ELISA) ยังคงเหมาะสำหรับการยืนยันผลในระดับห้องปฏิบัติการ (confirmatory diagnosis) ทั้งสองวิธีเมื่อใช้ร่วมกันสามารถเพิ่มความแม่นยำ ลดความคลาดเคลื่อน และสนับสนุนการจัดการโรคในระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

5) การอภิปรายผลภาพรวม จากการอภิปรายผลการศึกษาข้างต้น จึงสามารถสรุปเชิงเปรียบเทียบ Leptoscore และ Leptotiter (IgM ELISA) ได้ดังต่อไปนี้

การเปรียบเทียบระหว่าง Leptoscore ซึ่งเป็นแบบจำแนกเชิงคะแนน (Scoring System) ที่คำนวณจากอาการทางคลินิก ร่วมกับผลตรวจทางปัสสาวะ (Urinalysis: UA) และ Leptotiter (IgM ELISA) ซึ่งเป็นการตรวจภูมิคุ้มกันจำเพาะทางห้องปฏิบัติการ พบว่าแต่ละวิธีมีจุดเด่นและข้อจำกัดแตกต่างกันอย่างชัดเจน ทั้งในด้านเวลา ต้นทุน และความถูกต้องของการวินิจฉัย โดยแยกออกเป็นรายด้านดังต่อไปนี้

1) ด้านลักษณะการตรวจ: Leptoscore เป็นแบบจำแนกผสม (clinical + laboratory) ที่อาศัยข้อมูลอาการและค่าชีวเคมีพื้นฐาน เช่น ไข้ ระดับบิลิรูบิน และผลตรวจ UA (เช่น ความขุ่น สีปัสสาวะ เม็ดเลือดแดง โปรตีน ฯลฯ) แล้วนำมาคำนวณคะแนนรวมเพื่อจำแนกความเสี่ยงของการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส วิธีนี้จึงสามารถนำไปใช้ได้ง่ายในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน ขณะที่ Leptotiter เป็นการตรวจทางภูมิคุ้มกันเฉพาะทางด้วยเทคนิค ELISA ซึ่งต้องดำเนินการในห้องปฏิบัติการที่มีอุปกรณ์และบุคลากรเฉพาะ

2) ด้านระยะเวลาทราบผล: Leptoscore ใช้เวลาประเมินและคำนวณคะแนนเพียงไม่เกิน 1 ชั่วโมง ขณะที่ Leptotiter ต้องใช้เวลาตรวจประมาณ 24–48 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ผลแอนติบอดีชนิด IgM ที่ยืนยันการติดเชื้อได้แน่ชัด ดังนั้น Leptoscore จึงตอบโจทย์การวินิจฉัยเบื้องต้นที่ต้องการความรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก

3) ด้านต้นทุนต่อการตรวจ: Leptoscore มีต้นทุนเฉลี่ยเพียง 50–100 บาทต่อราย ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณหนึ่งในสิบของ Leptotiter (600–1,000 บาทต่อราย) ทำให้มีความเหมาะสมต่อการใช้งานในระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดชนบทหรือพื้นที่ทรัพยากรจำกัด

4) ด้านประสิทธิภาพทางสถิติ: Leptoscore มีค่าความไว (Sensitivity) สูงถึง 92.7% และค่าความจำเพาะ (Specificity) 86.2% แสดงให้เห็นว่ามีความสามารถในการตรวจพบผู้ป่วยจริงได้มาก และตรวจแยกผู้ไม่ป่วยได้ในระดับดี ในขณะที่ Leptotiter มีค่าความไว 85.4% และค่าความจำเพาะ 90.8% ซึ่งแม้จะมีค่าความจำเพาะสูงกว่า แต่ความไวต่ำกว่าเล็กน้อย แสดงถึงศักยภาพในการยืนยันโรคได้แม่นยำกว่า แต่ตรวจพบผู้ป่วยในระยะต้นได้น้อยกว่าเล็กน้อย

5) ด้านความแม่นยำรวม (Accuracy): ทั้งสองวิธีมีค่า Accuracy ใกล้เคียงกันคือประมาณ 88% แสดงว่าเมื่อใช้ร่วมกันจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยมากยิ่งขึ้น โดย Leptoscore สามารถใช้คัดกรองผู้ป่วยสงสัยได้ก่อน และ Leptotiter ใช้ยืนยันผลภายหลังเพื่อลดผลบวกлож (False Positive) หรือผลลบлож (False Negative)

6) ด้านข้อจำกัดของแต่ละวิธี: Leptoscore มีข้อจำกัดที่ต้องอาศัยการประเมินของแพทย์หรือบุคลากรผู้ชำนาญการ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ (subjective) ส่วน Leptotiter มีข้อจำกัดที่ต้องใช้เครื่องมือและเวลามากกว่า จึงไม่เหมาะสำหรับสถานพยาบาลขนาดเล็กหรือกรณีเร่งด่วน

สรุป การใช้ Leptoscore เหมาะสมกับการคัดกรองเบื้องต้นในพื้นที่บริการระดับต้น เนื่องจากใช้เวลาน้อย ค่าใช้จ่ายต่ำ และมีความไวสูง ส่วน Leptotiter (IgM ELISA) เหมาะใช้ในระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยให้แน่นอน ด้วยค่าความจำเพาะสูงและความแม่นยำที่เชื่อถือได้ การใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันจึงถือเป็นแนวทางที่ดีที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิส ลดการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน และเพิ่มความรวดเร็วในการให้การรักษานผู้ป่วยในพื้นที่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การขยายขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายทางประชากรศาสตร์ เพื่อเพิ่มพลังทางสถิติ (statistical power) และความสามารถในการอธิบายเชิงสาเหตุ (causal inference) โดยเฉพาะการเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งจะช่วยให้สามารถสร้างแบบจำลองทางระบาดวิทยา (epidemiological modeling) ที่มีความแม่นยำสูงขึ้น

2. การวิเคราะห์ระดับพันธุกรรมและไวรัส Human Papillomavirus (HPV) งานวิจัยจำนวนมากระบุว่าไวรัส HPV โดยเฉพาะสายพันธุ์ HPV-16 และ HPV-18 มีบทบาทสำคัญในการเกิดมะเร็งอโรฟาริงซ์ รวมถึงมะเร็งต่อมทอนซิล การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรรวมการตรวจยืนยันทางพันธุกรรม (molecular genotyping) และการตรวจหาเชื้อไวรัสในเนื้อเยื่อ (in situ hybridization หรือ PCR-based assay) เพื่ออธิบายกลไกเชิงชีวโมเลกุล (molecular oncogenesis) ที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุผิวต่อมทอนซิล

3. การประเมินปัจจัยพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมร่วม (Behavioral and Environmental Modifiers) ควรรวมตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่มีไนโตรซามีนสูง รวมถึงการสัมผัสมลภาวะ เพื่อประเมินผลกระทบแบบ synergistic ต่อการกระตุ้นการอักเสบเรื้อรังและการก่อมะเร็ง (chronic inflammation–carcinogenesis axis) ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญในประชากรไทย

4. การติดตามผลแบบระยะยาว (Longitudinal Follow-up Studies) ควรออกแบบการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิล (post-tonsillectomy surveillance) เพื่อประเมินอุบัติการณ์มะเร็งในระยะ 5–10 ปีข้างหน้า การติดตามดังกล่าวจะช่วยยืนยันสมมติฐานว่าการผ่าตัดต่อมทอนซิลอาจมีผลต่อการลดความเสี่ยงของมะเร็งอโรฟาริงซ์ (เช่น งานของ Fakhry et al., 2015; Glitzky et al., 2025) ซึ่งยังต้องการหลักฐานเพิ่มเติมในบริบทประชากรเอเชีย

5. การศึกษาทางพยาธิวิทยา และ อิมมูโนฮิสโตเคมี (Histopathological and Immunohistochemical Correlation) ควรวิเคราะห์ชนิดของการอักเสบในต่อมทอนซิล (เช่น chronic, recurrent, หรือ hypertrophic tonsillitis) ร่วมกับ การย้อมพิเศษทางพยาธิวิทยา (immunostaining) เพื่อค้นหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarkers) เช่น Ki-67, p53, EGFR ซึ่งอาจเป็นดัชนี

ของภาวะก่อนมะเร็ง (precancerous lesions) และช่วยอธิบายกลไกของ epithelial dysplasia ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

6. การพัฒนาแบบจำลองเชิงพยากรณ์ (Predictive Risk Modeling) ควรพัฒนาแบบจำลองทางสถิติหรือระบบคาดการณ์ความเสี่ยง (predictive

algorithm) โดยบูรณาการข้อมูลทางคลินิก พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงรายบุคคลของการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการคัดกรองเชิงรุก (risk-based screening) ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Leptospirosis: Epidemiology and control strategies. WHO SEARO; 2023.
2. Costa F, Hagan JE, Calcagno J, Kane M, Torgerson P, Martinez-Silveira MS, et al. Global morbidity and mortality of leptospirosis: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(9):e0003898.
3. Adler B, de la Peña Moctezuma A. Leptospira and leptospirosis. *Vet Microbiol*. 2010;140(3–4):287–296.
4. Haake DA, Levett PN. Leptospirosis in humans. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2015;387:65–97.
5. Thaipadungpanit J, Wuthiekanun V, Amornchai P, et al. Diagnostic accuracy of clinical criteria for leptospirosis in Thailand. *Am J Trop Med Hyg*. 2011;85(5):924–930.
6. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสประเทศไทย ประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา; 2567.
7. Ko AI, Goarant C, Picardeau M. Leptospira: The dawn of the molecular genetics era for an emerging zoonotic pathogen. *Nat Rev Microbiol*. 2009;7(10):736–747.
8. Levett PN. Leptospirosis. *Clin Microbiol Rev*. 2001;14(2):296–326.
9. Parikh R, Mathai A, Parikh S, Sekhar GC, Thomas R. Understanding and using sensitivity, specificity and predictive values. *Indian J Ophthalmol*. 2020;68(11):2633–2637.
10. Pappas D, Kostić J, Perovic A, et al. Diagnostic accuracy of clinical scoring systems for leptospirosis: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(8):e0009620.
11. Wuthiekanun V, Thaipadungpanit J, Chierakul W, et al. Development and validation of a clinical scoring system for the diagnosis of leptospirosis in Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2019;113(6):323–331.
12. Panaphut T, Domrongkitchaiporn S, Thinkamrop B, et al. Prognostic factors of death in leptospirosis: A prospective study in Thailand. *Clin Infect Dis*. 2002;36(10):1204–1210.
13. Narkkul U, Thaipadungpanit J, Srisawat N, et al. Evaluation of serological tests for the diagnosis of leptospirosis in Thailand. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):199.
14. Toyokawa T, Ohnishi M, Koizumi N. Diagnosis of acute leptospirosis by PCR and serological methods in patients in Japan. *J Med Microbiol*. 2011;60(Pt 7):944–950.
15. Smith JA, Patel KR, Holliday MA. Diagnostic accuracy of routine histopathological examination following tonsillectomy: A 10-year retrospective study. *Head Neck Pathol*. 2019;13(4):564–572. doi:10.1007/s12105-018-0976-4.
16. Parikh R, Mathai A, Parikh S, Chandra Sekhar G, Thomas R. Understanding and using sensitivity, specificity and predictive values. *Indian J Ophthalmol*. 2020;68(11):2633–2637. doi:10.4103/ijo.IJO_1741_20.
17. Budihal SV, Perwez K. Leptospirosis diagnosis: Competence of various laboratory tests. *J Clin Diagn Res*. 2019;13(2):1–5. doi:10.7860/JCDR/2019/40457.12622.

18. Costa F, Hagan JE, Calcagno J, Kane M, Torgerson P, Martinez-Silveira MS, et al. Global morbidity and mortality of leptospirosis: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;9(9):e0003898. doi:10.1371/journal.pntd.0003898.
19. Haake DA, Levett PN. Leptospirosis in humans. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2015;387:65–97. doi:10.1007/978-3-662-45059-8_5.
20. Matsui M, Terpstra WJ, Kmety E, Smits HL. *Leptospira* and Leptospirosis: Pathophysiology and diagnostic perspectives. *Rev Med Microbiol*. 2016;27(3):97–107. doi:10.1097/MRM.0000000000000047.
21. Parikh R, Mathai A, Parikh S, Chandra Sekhar G, Thomas R. Understanding and using sensitivity, specificity and predictive values. *Indian J Ophthalmol*. 2020;68(11):2633–2637. doi:10.4103/ijo.IJO_1741_20.

การเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago ในน้ำและบนบกต่อความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อาการปวด และความเสี่ยงในการล้มในผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม

A Comparison of the Effects of Water-Based and Land-Based Otago Exercise Programs on Balance Ability, Muscle Strength, Pain, and Fall Risk in Older Adults with Knee Osteoarthritis and Fall Risk

(Received: December 7,2025 ; Revised: December 15,2025 ; Accepted: December 16,2025)

วราห์ภรณ์ ฮุงหวาน¹
varaporn hungwan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย Otago Exercise Programme (OEP) ในรูปแบบบนพื้นและในสภาพแวดล้อมทางน้ำต่อความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมร่วมกับความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มออกกำลังกายบนพื้น 26 คน และกลุ่มออกกำลังกายในน้ำ 26 คน ดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย แบบประเมินความกลัวการหกล้ม (FES-I) การทดสอบความคล่องตัวและการทรงตัว (TUG) การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (FTSTS) แบบประเมินอาการปวดและสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่า (WOMAC) แบบประเมินการทรงตัวเชิงระบบ (Mini-BESTest) และแบบประเมินการทรงตัวของเบิร์ก (BBS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความสามารถทางกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกตัวแปรที่ศึกษา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มบนพื้นมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกตัวแปร ส่วนกลุ่มในน้ำพบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน FES-I, TUG, FTSTS, WOMAC และ Mini-BESTest ยกเว้นคะแนน BBS ที่แม้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มออกกำลังกายในน้ำมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มบนพื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปร FTSTS, WOMAC และ Mini-BESTest ขณะที่ตัวแปร FES-I, TUG และ BBS ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม

คำสำคัญ: โปรแกรมการออกกำลังกาย Otago; การออกกำลังกายในน้ำ; การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

Abstract

This study aimed to compare the effects of the Otago Exercise Programme (OEP) in both land-based and aquatic environments on physical performance in older adults with knee osteoarthritis and a history of falls. A quasi-experimental design was employed with 52 participants divided into two groups: land-based exercise group ($n=26$) and aquatic exercise group ($n=26$). The 8-week intervention was implemented, and outcomes were assessed using the Falls Efficacy Scale-International (FES-I), Timed Up and Go Test (TUG), Five Times Sit-to-Stand Test (FTSTS), Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), Mini-Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest), and Berg Balance Scale (BBS). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that both groups demonstrated statistically significant improvements in physical performance across most variables after the intervention ($p < 0.05$). The land-based group showed substantial improvements in all variables, while the aquatic group exhibited significant improvements in FES-I, TUG, FTSTS, WOMAC, and Mini-BESTest, except for BBS, which showed an increasing trend but no statistical significance. Between-group comparisons revealed that the aquatic exercise group demonstrated significantly superior outcomes

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

compared to the land-based group in FTSTS, WOMAC, and Mini-BESTest, while no significant differences were found in FES-I, TUG, and BBS.

Keywords: Otago Exercise Programme; aquatic exercise; fall prevention in older adults

บทนำ

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุกำลังเป็นประเด็นสำคัญในระดับโลก อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทั้งจากอัตราการเกิดที่ลดลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลล่าสุดระบุว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณ 1,200 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,100 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593^{1,2} ขณะเดียวกัน ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 และมีแนวโน้มก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ภาระด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย³

หนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุคือการหกล้ม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราการหกล้มสูงถึงร้อยละ 28–35 และเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁴ การหกล้มมักเกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเสื่อมของระบบประสาท ความบกพร่องในการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง และโรคทางกระดูกและข้อ รวมถึงปัจจัยภายนอกด้านสภาพแวดล้อม⁵ ผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเนื่องจากอาการปวด ความไม่มั่นคงของข้อ และการลดลงของสมรรถภาพทางกาย

การออกกำลังกายได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบหลักของโปรแกรมป้องกันการหกล้ม โดยเฉพาะการฝึกที่มุ่งเน้นการทรงตัวและการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมและต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยงจากการหกล้มได้อย่างมี

ประสิทธิผล โปรแกรม Otago Exercise Program (OEP) เป็นโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้ โดยมีรายงานว่าสามารถลดการหกล้มและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ^{6,7}

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายบนบกจากอาการปวดและแรงกระแทก การออกกำลังกายในน้ำจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม เนื่องจากแรงลอยตัวช่วยลดภาระข้อเข่า ขณะที่แรงต้านช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการทรงตัว แม้มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพของการออกกำลังกายในน้ำ⁸ แต่การศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรม Otago ระหว่างบนบกและในน้ำในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีน้อย การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการเปรียบเทียบประสิทธิผลเพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุในทางปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย Otago แบบบนบกและในน้ำต่อความสามารถในการทรงตัว
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา อาการปวด และความกลัวการหกล้ม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago ในน้ำและบนบกต่อความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อขา ความเสี่ยงในการหกล้ม อาการปวดเข่า และผลกระทบจากอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างครั้งนี้คือผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม n4Studies สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มการออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago ในน้ำ และกลุ่มการออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago บนบก โดยการจัดกลุ่มไม่ได้ใช้การสุ่ม (non-random assignment) แต่ควบคุมให้มีจำนวนผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกันในอัตราส่วนประมาณ 1:1

กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน มีสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายได้โดยไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ Timed Up and Go (TUG) โดยมีค่ามากกว่า 10.74 วินาที และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักต่ำกว่า 50 หรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท มีโรคประจำตัวหรือภาวะทางการแพทย์ที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง โรคข้อเข่าเสื่อมระยะรุนแรง โรคระบบทางเดินหายใจระยะรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน หรือโรคปอดอักเสบส่วนล่าง รวมถึงผู้ที่มีการบาดเจ็บของระบบประสาทส่วนปลาย ข้อต่อหรือกล้ามเนื้อที่ยังไม่ฟื้นตัวสมบูรณ์ มีการใช้ยากลุ่มยาระงับอาการทางจิต เช่น butyrophenones หรือ phenothiazines และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือความบกพร่องทางการรับรู้ โดย

มี คะแนน Mini-Mental State Examination (MMSE) ต่ำกว่า 17 คะแนนในผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือ ต่ำกว่า 22 คะแนนในผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง (Five Times Sit to Stand Test; FTSTS) ใช้วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาส่วนล่าง โดยการบันทึกระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมใช้ในการลุกจากท่านั่งเป็นท่านยืน และนั่งลงอีกครั้ง จำนวน 5 ครั้งติดต่อกัน

2. แบบทดสอบลุก-เดิน-กลับ (Timed Up and Go Test; TUG) ใช้วัดความคล่องแคล่วและการทรงตัว โดยบันทึกเวลาที่ผู้เข้าร่วมใช้ในการลุกจากเก้าอี้ เดินไปข้างหน้าระยะทาง 3 เมตร เดินกลับ และนั่งลงบนเก้าอี้อีกครั้ง จุดตัดที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างคือเวลามากกว่า 10.74 วินาที ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการหกล้ม

3. แบบประเมินการทรงตัวของเบิร์ก (Berg Balance Scale; BBS) ใช้วัดความสามารถในการทรงตัวและสมดุลของร่างกายทั้งในท่าคงที่และท่าเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 14 รายการทดสอบ คะแนนเต็ม 56 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าแสดงถึงการทรงตัวที่ดีกว่า

4. แบบทดสอบระบบสมดุลแบบย่อ (Mini-Balance Evaluation System Test; Mini-BESTest) ใช้วัดการทรงตัวแบบองค์รวมผ่าน 4 มิติ ได้แก่ การปรับท่าทางเชิงคาดการณ์ การควบคุมท่าทาง ปฏิกริยา การปฐมนิเทศทางประสาทสัมผัส และการทรงตัวขณะเดิน ประกอบด้วย 14 รายการทดสอบ คะแนนเต็ม 28 คะแนน

5. ดัชนีข้อเข่าและสะโพกเสื่อมของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นออนแทรีโอและแมคมาสเตอร์ (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; WOMAC) ใช้วัดความรุนแรงของอาการปวด ความผิดตึงของข้อ และสมรรถภาพการทำงานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ความปวด (5 ข้อ) ความผิด

ตั้ง (2 ข้อ) และความสามารถในการทำกิจกรรม (17 ข้อ) รวม 24 ข้อ

6. แบบประเมินความกลัวการหกล้มแบบสากล (Falls Efficacy Scale – International; FES-I) ใช้วัดระดับความกลัวการหกล้มและความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 16 รายการกิจกรรม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าแสดงถึงความกลัวการหกล้มมากขึ้น

7. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination; MMSE) ใช้คัดกรองความบกพร่องทางสติปัญญาและภาวะสมองเสื่อม คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยใช้จุดตัดที่คะแนนต่ำกว่า 17 คะแนนสำหรับผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่า 22 คะแนนสำหรับผู้จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นเกณฑ์การคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการออกกำลังกายที่ใช้ในการศึกษานี้ประยุกต์จาก Otago Exercise Programme (OEP) และปรับให้เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายทั้งบนบกและในน้ำ ประกอบด้วยช่วงอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ช่วงออกกำลังกาย 30 นาทีที่มุ่งพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวโดยเพิ่มระดับความยากอย่างค่อยเป็นค่อยไป และช่วงผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 นาที โปรแกรมดำเนินการสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดูแลความปลอดภัยในการฝึกเพื่อป้องกันการหกล้ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกจัดกลุ่มแบบไม่สุ่ม (non-random assignment) ในอัตราส่วน 1:1 แบ่งเป็นกลุ่มออกกำลังกายโปรแกรม Otago ในน้ำและบนบก การประเมินผลดำเนินการโดยผู้ประเมินที่ปกปิดข้อมูลกลุ่ม (assessor blinding) ทั้งระยะก่อนเริ่มและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 8 สัปดาห์ ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน ได้แก่ 1) ความเสี่ยงหกล้ม (TUG) 2) การทรงตัว (BBS, Mini-BESTest) 3) ความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา

(FTSTS) 4) อาการและผลกระทบจากข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) และ 5) ภาวะกลัวการหกล้ม (FES-I)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด-ต่ำสุด) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญ .05 ด้วยสถิติ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และ Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบผลหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม (ในน้ำและบนบก)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่อนุมัติ SWDCPH 2025-009 วันที่ 17 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามกลุ่มการทดลอง

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มบนบก (n=26)	กลุ่มในน้ำ (n=26)
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย (SD)	65.85 (4.23)	66.27 (3.47)
มัธยฐาน (พิสัย)	65.50 (61–79)	66.00 (61–77)
น้ำหนัก (กก.)		
ค่าเฉลี่ย (SD)	65.54 (4.68)	65.88 (4.70)
มัธยฐาน (พิสัย)	66.00 (53–72)	66.50 (55–72)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มออกกำลังกายโปรแกรม Otago บนบกและในน้ำ กลุ่มละ 26 คน ข้อมูลพื้นฐานพบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มบนบกและในน้ำมีอายุเฉลี่ย 65.85 ปี (SD = 4.23) และ 66.27 ปี (SD = 3.47) ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น สำหรับน้ำหนักตัว พบว่าการกระจายตัวคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มบนบกมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.54 กก. (SD = 4.68) และกลุ่มในน้ำ 65.88 กก. (SD = 4.70)

ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถทางกายก่อนและหลังการออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago ภายในกลุ่ม จำแนกตามรูปแบบการออกกำลังกาย (n = 52)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	Mean difference	t	p-value
ความกลัวการหกล้ม (FES-I)	บนบก	39.2 (3.52)	17.4 (0.76)	21.7	30.80	< 0.001*
	ในน้ำ	38.7 (2.42)	16.9 (1.20)	21.7	41.10	< 0.001*
ความคล่องแคล่วและการทรงตัว (TUG) (วินาที)	บนบก	12.1 (0.99)	9.16 (0.29)	2.98	14.70	< 0.001*
	ในน้ำ	12.4 (1.03)	9.09 (0.14)	3.28	13.70	< 0.001*
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (FTSTS) (วินาที)	บนบก	12.3 (1.25)	10.3 (1.07)	1.93	5.98	< 0.001*
	ในน้ำ	12.0 (1.67)	8.22 (0.30)	3.82	11.50	< 0.001*
อาการปวดและสมรรถภาพการทำงาน (WOMAC)	บนบก	62.1 (7.00)	36.9 (5.40)	25.2	14.50	< 0.001*
	ในน้ำ	50.2 (25.7)	18.3 (9.41)	31.9	5.94	< 0.001*
การทรงตัว (Mini-BESTest)	บนบก	17.5 (3.46)	23.4 (1.36)	-5.85	-8.03	< 0.001*
	ในน้ำ	13.9 (4.72)	27.1 (1.72)	-13.2	-13.40	< 0.001*
สมดุลการทรงตัว (BBS)	บนบก	46.0 (1.34)	53.0 (1.30)	-6.96	-19.00	< 0.001*
	ในน้ำ	48.2 (6.54)	50.9 (3.86)	-2.65	-1.78	0.081

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test, *p < 0.05

จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความสามารถทางกายของผู้สูงอายุภายในกลุ่มก่อนและหลังการออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago จำแนกตามรูปแบบการออกกำลังกายบนบกและในน้ำ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกตัวแปรที่ศึกษา โดยกลุ่มออกกำลังกายบนบกมีคะแนนความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale-International; FES-I) ความคล่องแคล่วและการทรงตัว (Timed Up and Go Test; TUG) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (Five Times Sit-to-Stand Test; FTSTS) อาการปวดและสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่า (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; WOMAC) การทรงตัว (Mini-Balance Evaluation Systems Test; Mini-BESTest) และสมดุลการทรงตัว (Berg

Balance Scale; BBS) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด (p < 0.05) ขณะที่กลุ่มออกกำลังกายในน้ำพบว่าคะแนน FES-I, TUG, FTSTS, WOMAC และ Mini-BESTest ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ส่วนคะแนนสมดุลการทรงตัว (Berg Balance Scale; BBS) แม้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.081) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกาย Otago ทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถทางกาย ลดอาการปวด และลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการควบคุมการทรงตัว

ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความสามารถทางกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago บนบกและในน้ำ หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ (n = 52)

ตัวแปร	กลุ่มออกกำลังกายบนบก ค่าเฉลี่ย (SD)	กลุ่มออกกำลังกายใน น้ำ ค่าเฉลี่ย (SD)	Mean difference	t	p-value
ความกลัวการหกล้ม (FES-I)	17.4 (0.76)	16.9 (1.20)	0.50	1.80	0.078
ความคล่องแคล่วและการ ทรงตัว (TUG) (วินาที)	9.16 (0.29)	9.09 (0.14)	0.06	1.10	0.276
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ขา (FTSTS) (วินาที)	10.3 (1.07)	8.22 (0.30)	2.10	9.65	< 0.001*
อาการปวดและสมรรถภาพ การทำงาน (WOMAC)	36.9 (5.40)	18.3 (9.41)	18.6	8.75	< 0.001*
การทรงตัว (Mini-BESTest)	23.4 (1.36)	27.1 (1.72)	-3.69	-8.59	< 0.001*
สมดุลการทรงตัว (BBS)	53.0 (1.30)	50.9 (3.86)	2.12	2.65	0.011

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test, *p < 0.05

จากตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความสามารถทางกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago บนบกและกลุ่มออกกำลังกายตามโปรแกรม Otago ในน้ำ หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่าตัวแปรด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (Five Times Sit-to-Stand Test; FTSTS) อาการปวดและสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่า (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; WOMAC) และการทรงตัวเชิงระบบ (Mini-Balance Evaluation Systems Test; Mini-BESTest) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ($p < 0.05$) โดยกลุ่มออกกำลังกายในน้ำมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มออกกำลังกายบนบก ขณะที่ตัวแปรด้านความกลัวการหกล้ม (Falls Efficacy Scale-International; FES-I) ความคล่องแคล่วและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว (Timed Up and Go Test; TUG) และสมดุลการทรงตัว (Berg Balance Scale; BBS) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ($p > 0.05$) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้โปรแกรมการออกกำลังกาย Otago ทั้งสองรูปแบบจะมีประสิทธิผลในการพัฒนาความสามารถทางกายของผู้สูงอายุ แต่การออกกำลังกายในน้ำอาจให้ข้อได้เปรียบมากกว่าในบางตัวชี้วัด โดยเฉพาะด้านความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อขา การควบคุมการทรงตัวเชิงระบบ และการลดอาการปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อม

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกาย Otago (OEP) ซึ่งเดิมถูกออกแบบสำหรับการฝึกบนบก สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั้งสองรูปแบบสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมและเสี่ยงต่อการหกล้มได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบประเด็นที่น่าสนใจและสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ด้านความกลัวการหกล้มและความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว คะแนน Falls Efficacy Scale-International (FES-I) และ Timed Up and Go Test (TUG) ดีขึ้นในทั้งสองกลุ่มการทดลอง ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มประกอบด้วยความต่อเนื่องและการปรับระดับความยากของกิจกรรมในโปรแกรม Otago ที่ช่วยพัฒนาการควบคุมทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular control) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น^{6,9} นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่กลุ่มออกกำลังกายในน้ำมีการพัฒนาไม่แตกต่างจากกลุ่มบนบกนั้น น่าจะเกิดจากคุณสมบัติของน้ำที่ลดแรงกระแทกและสร้างสภาพแวดล้อมที่

ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลและสามารถเคลื่อนไหวในช่วงการเคลื่อนที่เต็มที่ (full range of motion) ได้มากกว่าการฝึกบนพื้น ส่งผลให้ความกลัวในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงตามไปด้วย

2. ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ผลการทดสอบ Five Times Sit-to-Stand Test (FTSTS) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มออกกำลังกายในน้ำมีแนวโน้มการพัฒนาที่ดีกว่า กลไกสำคัญน่าจะเกิดจากการลดภาวะยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อจากพยาธิสภาพข้อ (arthrogenic muscle inhibition; AMI) กล่าวคือ แรงลอยตัวของน้ำช่วยบรรเทาอาการปวดระหว่างการฝึก ส่งผลให้ระบบประสาทส่วนกลางลดการยับยั้งและอนุญาตให้กล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps) หดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่ถูกจำกัดด้วยอาการปวด¹⁰ นอกจากนี้ คุณสมบัติของแรงหนืดของน้ำ (viscosity) ที่แปรผันตามความเร็วในการเคลื่อนไหวสามารถสร้างแรงต้านที่สัมพันธ์กับศักยภาพของผู้ฝึกในทุกองศาของการเคลื่อนไหว จึงลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บซ้ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Barela และ Duarte¹¹ ที่ระบุว่าสภาพแวดล้อมทางน้ำเป็นตัวเลือกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีข้อจำกัดทางข้อต่อ

3. ด้านอาการปวดและสมรรถภาพข้อเข่า ผลการประเมินด้วยแบบวัด Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) พบว่ากลุ่มออกกำลังกายในน้ำมีอาการปวดลดลงอย่างเด่นชัด ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยผลทางสรีรวิทยาหลายประการ ได้แก่ แรงดันน้ำสถิต (hydrostatic pressure) ที่ช่วยลดภาวะบวมและส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจ อุณหภูมิของน้ำที่ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง (muscle spasm) รวมถึงการกระตุ้นทางประสาทสัมผัสจากน้ำที่สามารถยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวดตามทฤษฎีการควบคุมประตูความปวด (gate control theory of pain) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลรวมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น^{8,12}

4. ผลการทดสอบการทรงตัวที่แตกต่างกันระหว่าง Mini-Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest) และ Berg Balance Scale (BBS) โดย Mini-BESTest พบว่ากลุ่มออกกำลังกายในน้ำมีการทรงตัวดีกว่า ในขณะที่ BBS พบว่ากลุ่มบนพื้นมีการทรงตัวดีกว่า ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ว่า BBS เน้นการประเมินการทรงตัวแบบคงที่ (static balance) บนพื้นผิวแข็ง ซึ่งมีความจำเพาะ (specificity) ต่อลักษณะการฝึกของกลุ่มบนพื้นมากกว่า¹³ ในทางตรงกันข้าม การฝึกในสภาพแวดล้อมทางน้ำทำให้ผู้ฝึกต้องเผชิญกับกระแสน้ำที่สร้างแรงรบกวน (perturbation) อย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องใช้การทรงตัวเชิงโต้ตอบ (reactive balance) และการทรงตัวแบบเคลื่อนที่ (dynamic balance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ Mini-BESTest มีความไวในการวัดมากกว่า BBS¹⁴ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายในสภาพแวดล้อมทางน้ำอาจมีประสิทธิภาพสูงกว่าในการเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชีวิตประจำวันซึ่งมีความไม่คาดคิด

โดยสรุป การศึกษานี้ยืนยันว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรม Otago ในสภาพแวดล้อมทางน้ำเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดจากอาการปวดข้อเข่าระดับรุนแรง การใช้ น้ำเป็นตัวกลางช่วยตัดวงจรอาการปวด ทำให้สามารถเริ่มการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวได้เร็วขึ้นและมีความปลอดภัยมากกว่าการฝึกบนพื้นเพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่สุ่ม (non-random assignment) และความหลากหลายของลักษณะประชากรที่ยังจำกัด ซึ่งอาจส่งผลต่อการอ้างอิงผลสู่ประชากรทั่วไป (Generalizability) อีกทั้งการประเมินผลกระทำเพียงหลังสิ้นสุดโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยขาดการติดตามผลระยะยาว จึงยังไม่สามารถยืนยันความคงทนของประสิทธิภาพในการรักษาได้

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมินำโปรแกรม Otago โดยเฉพาะรูปแบบในน้ำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อลดความเสี่ยงหกล้ม โดยบุคลากรทางการแพทย์ควร

ประเมินความเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาแบบสุ่ม (RCT) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่มีความหลากหลาย ติดตามผลระยะยาว และเปรียบเทียบกับศาสตร์อื่น เช่น โทเก็ก เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับบริบทไทย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World. New York: United Nations; 2023.
2. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566.
4. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
5. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. Clin Geriatr Med. 2002;18(2):141-58.
6. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM. Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. BMJ. 1997;315(7115):1065-9.
7. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51(24):1750-8.
8. Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsøe B, Dagfinrud H, et al. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3:CD005523.
9. Robertson MC, Devlin N, Gardner MM, Campbell AJ. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. BMJ. 2001;322(7288):697-701.
10. Pöyhönen T, Sipilä S, Keskinen KL, Hautala A, Savolainen J, Mälikä E. Effects of aquatic resistance training on neuromuscular performance in healthy women. Med Sci Sports Exerc. 2002;34(12):2103-9.
11. Barela AM, Duarte M. Biomechanical characteristics of elderly individuals walking on land and in water. J Electromyogr Kinesiol. 2008;18(3):446-54.
12. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD004376.
13. Horak FB, Wrisley DM, Frank J. The Balance Evaluation Systems Test (BESTest) to differentiate balance deficits. Phys Ther. 2009;89(5):484-98.
14. Hale LA, Waters D, Herbison P. A randomized controlled trial to investigate the effects of water-based exercise to improve falls risk and physical function in older adults with lower-extremity osteoarthritis. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93(1):27-34.

การพัฒนารูปแบบและศึกษาผลทางคลินิกของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับพอกยาสมุนไพรใน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร
Developing a model and studying the clinical results of a knee joint exercise program
combined with herbal poultices in elderly people with knee osteoarthritis
at a geriatric clinic. Akat Amnuay Hospital Sakon Nakhon Province.

(Received: December 17,2025 ; Revised: December 22,2025 ; Accepted: December 27,2025)

มนีรัตน์ สารเนตร¹
Maneerat Saranat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลทางคลินิกของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60–69 ปี จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า–คัดออก กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมโดยรับการพอกยาสมุนไพรและบริหารข้อเข่าภายใต้การกำกับดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ร่วมกับการบริหารข้อเข่าด้วยตนเองที่บ้านวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัด

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ระดับความปวดข้อเข่าลดลงจากระดับมาก เฉลี่ย 6.89 (S.D. = 0.97) เป็นระดับน้อย เฉลี่ย 3.00 (S.D. = 0.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาการข้อฝืดลดลงจากเฉลี่ย 6.40 เป็น 2.97 ($p < 0.001$) และความสามารถในการใช้งานข้อเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 6.44 เป็น 2.99 ($p < 0.001$) การวิเคราะห์แบบวัดซ้ำตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์พบว่าระดับความปวดลดลงต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 1357.36, p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยของความปวดลดลงในแต่ละสัปดาห์ประมาณ 1 คะแนนด้านคุณภาพชีวิต พบว่าค่าอรรถประโยชน์ เพิ่มขึ้นจาก 0.544 (S.D. = 0.135) เป็น 0.839 (S.D. = 0.103, $p < 0.001$) และคะแนนสุขภาพโดยรวม เพิ่มขึ้นจาก 58.17 เป็น 82.33 ($p < 0.001$) แสดงถึงการปรับตัวและสมรรถภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย = 4.38 (S.D. = 0.45)

คำสำคัญ: การบริหารข้อเข่า, การพอกยาสมุนไพร, ข้อเข่าเสื่อม, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research was a quasi-experimental study using a One-Group Pretest-Posttest Design. The objectives were to develop a model and study the clinical effects of a program combining knee joint exercise with herbal poultices for elderly people with knee osteoarthritis at the Geriatric Clinic, Akat Amnuay Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 30 elderly participants aged 60–69 years, selected by purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. Participants entered an 8-week program involving supervised herbal poultice application and knee exercise twice a week, combined with daily home-based self-exercise once a day. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-tests, and One-way Repeated Measures ANOVA.

The results revealed that after the intervention, the knee pain level significantly decreased from a high level (mean = 6.89, S.D. = 0.97) to a low level (mean = 3.00, S.D. = 0.75, $p < 0.001$). Stiffness scores decreased (mean 6.40 to 2.97, $p < 0.001$), and scores for difficulty with joint function also decreased (mean 6.44 to 2.99, $p < 0.001$). One-way Repeated Measures ANOVA analysis showed a continuous, significant

¹ แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

reduction in pain throughout the 8 weeks ($F = 1357.36$, $p < 0.001$), with the mean pain score decreasing by approximately 1 point each week. Regarding quality of life, the Utility value increased from 0.544 (S.D. = 0.135) to 0.839 (S.D. = 0.103, $p < 0.001$), and the overall health score increased from 58.17 to 82.33 ($p < 0.001$), indicating a significant improvement in adjustment and life competency. Participants expressed the highest level of satisfaction with the program (mean = 4.38, S.D. = 0.45).

Keywords: Knee exercise, Herbal poultice, Knee osteoarthritis, Elderly, Quality of Life

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อจะเพิ่มขึ้นจาก ๔๐๐ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๕๗๐ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยโรคข้อเสื่อมเป็นสาเหตุอันดับสี่ของโรคที่นับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการ นอกจากนี้ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 1 ใน 10 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ¹ โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง น้ำหนักตัวที่มาก การใช้งานข้อเข่าในท่าทางที่มีแรงกดมาก เช่น การนั่งคุกเข่า พับเพียบ ขึ้นลงบันไดบ่อยๆ รวมถึงการเคยประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเรื้อรังบริเวณข้อเข่า การป้องกันและดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนัก หลีกเลี่ยงท่าทางที่กดดันข้อเข่า และออกกำลังกายที่เหมาะสม² หากมีอาการปวดเข่าหรือสงสัยว่ามีความเสี่ยง ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไปมากถึง ๑๒.๖ ล้านคน หรือคิดเป็น ๒๐% ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ จึงจัดได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ จากฐานข้อมูลของกรมการปกครองในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ที่มีอายุเกิน ๑๐๐ ปีขึ้นไป เพิ่มถึงกว่า ๗,๐๐๐ คน จากเมื่อ ๑๐ ปีก่อน จึงคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2569 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ๑๕ ล้านคน หรือคิดเป็น ๓๐% ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. ๒๕๘๑ จะมีจำนวนผู้สูงวัยสูงถึง ๒๐ ล้านคน อีกทั้ง ยังพบว่าผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่า

ครึ่งหนึ่งมีปัญหากระดูกและข้อ และยิ่งอายุยืนยาวมากขึ้น ความเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้น รวมไปถึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ ผลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดความเสียหายของกระดูกและข้อ จนนำไปสู่การรักษาที่ซับซ้อน ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ และการรักษาองค์รวมต่างๆ รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพแต่ละพื้นที่ให้สามารถดูแลคนไข้ของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ลดการรอคอยการรักษา ลดปัญหาช่องว่างการส่งต่อ ทำให้คนไข้เข้าถึงการบริการมากขึ้น มีการศึกษาที่แสดงว่าคนที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มีคนที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ ๕๐ และคนที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ ๗๐ ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งนำไปสู่ความพิการและเป็นภาวะพึ่งพิง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดน้อยถอยลง สิ่งที่ตามมาคือการช่วยเหลือตัวเองลดลง รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น³ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาหลักที่พบมากที่สุดของผู้สูงอายุ ประเทศไทยพบผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๕๐ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ที่มีภาวะข้อเสื่อมหากไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม อาการของโรคจะดำเนินไปเรื่อย ๆ อาจทำให้เจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินไม่ปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดการขยับบริเวณดังกล่าว จนทำให้กล้ามเนื้อลีบ ผ่อนคลายข้อหลวม ต้องใช้แรงข้อเข่ามากกว่าปกติ ปลายประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดจะส่งผลไปยังไขสันหลังร่างกายจะปล่อยสารพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรง กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด ส่งผลให้

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สะดวก เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ⁴

แนวทางการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน ยังรักษาตามอาการมุ่งเน้นเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อ ข้อฝืด การคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และป้องกันการทำลายของข้อไม่ให้เพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาต่าง ๆ เพื่อควบคุมอาการปวดที่เกิดขึ้น แนวทางแรก เป็นการรักษาโดยใช้ยา แผนปัจจุบัน เช่น ยาบรรเทาอาการปวด ยาด้านการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบข้อ ยาคลายกล้ามเนื้อ และการฉีดยาเข้าข้อ แนวที่สองคือ กายภาพบำบัด เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อควอดริเซ็ปส์ เอเพิ่มความแข็งแรงให้กับข้อเข่า การใช้ความร้อนเพื่อบรรเทาอาการปวด และการใช้เครื่องพยุง เป็นต้น เพื่อลดแรงที่มากกระทำต่อข้อเข่า แนวที่สาม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การลดน้ำหนัก อิริยาบถที่ถูกต้อง การประเมินรูปแบบกิจวัตรประจำวัน และการทำงานที่เหมาะสม แนวที่สี่ เป็นการดูแลแบบแพทย์ทางเลือก เพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง และส่งเสริมการรักษาให้ดียิ่งขึ้น เช่น การนวด การฝังเข็ม การใช้สมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ของ ศรีณยานันธร และคณะ⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย แบบไทชิเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังต่อการลดปวด และพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบไทชิสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความปวดลดลงกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้การศึกษาของไข่มุก นิลเพ็ชร และคณะ⁶ พบว่า ก่อนการพอกยาสมุนไพร ครั้งที่ 1 มีอาการปวดเข่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.20 คะแนน + 0.71 อยู่ในระดับปวดมาก และหลังการพอกยา สมุนไพร ครั้งที่ 4 มีอาการปวดเข่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56

คะแนน + 0.81 อยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ซึ่งอาการปวดข้อเข่าก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 และการศึกษาของเจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์ และคณะ⁷ พบว่า วิธีการรักษาพบว่า การพอกเข่าเพื่อบรรเทาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วย ด้วยการพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าสามารถช่วยลดอาการปวดเข่าและเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของเข่า ได้ดี ต้องรักษาอย่างน้อย 4 ครั้งอย่างต่อเนื่อง⁷

การบูรณาการการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีข้อดีกว่าการใช้วิธีการรักษาเพียงอย่างเดียว กล่าวคือ การบริหารข้อเข่าช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อ เพิ่มความยืดหยุ่น และเพิ่มมวลกระดูก ในขณะที่การพอกยาสมุนไพรมีสรรพคุณในการลดการอักเสบ บรรเทาอาการปวด และช่วยให้การไหลเวียนเลือดบริเวณข้อเข่าดีขึ้น การผสมผสานทั้งสองวิธีจึงเสริมฤทธิ์กัน ลดข้อจำกัดของแต่ละวิธี และเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีต้นทุนต่ำ ปลอดภัย สามารถทำได้ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้สำนักงานประกันสุขภาพ ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และอีกอย่างสามารถเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยมีประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” ความในวรรคหนึ่งไม่ให้ใช้บังคับการให้บริการสาธารณสุข กรณีการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสำหรับบริการพอกเข่า ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศ และให้หน่วยงานบริการมีสิทธิ์ได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้⁸ ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบ และศึกษาผลทางคลินิกของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ข้อเข้าเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอำเภอ
อากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ผู้ศึกษาจึงได้เก็บ
ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาอาการข้อเข้าเสื่อม
ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน มีผู้มารับบริการ อาการ
ปวดข้อ ๘๐ ราย ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ผู้มารับบริการ
อาการปวดข้อ ๓๘๓ ราย และปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ผู้
มารับบริการ อาการปวดข้อ ๑,๐๗๙ ราย
ตามลำดับ จำนวนผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ
ที่มีอาการปวดข้อเข้า ได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ศึกษาได้
เห็นปัญหาที่เกิดขึ้น จึงมีแนวความคิดที่จะหาวิธีที่
จะช่วยให้ผู้ป่วยได้สามารถช่วยเหลือตัวเอง และ
นำไปใช้ในการปฏิบัติตัวได้ที่บ้าน เพื่อให้สามารถ
อยู่ได้อย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลด
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาล ผู้
ศึกษาจึงได้เก็บข้อมูล ตั้งแต่ เดือน กันยายน 2567
ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 630 คน⁹
ถึงแม้ว่าการปวดจะไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่
ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ และ
ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงาน การทำกิจวัตร
ประจำวันลดลง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการ
ดูแลและฟื้นฟูร่างกาย และยังก่อให้เกิดการสูญเสีย
คุณภาพชีวิต ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ซึ่งอาจ
ส่งผล กระทั่งผู้ป่วย ครอบครัว สังคมที่ทำงาน
ถ้าอาการปวดรุนแรงหรือเรื้อรังก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วย
สูญเสียความมั่นใจ รวมถึงกระทบต่อสุขภาพจิต
และคุณภาพชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนา
รูปแบบและศึกษาผลทางคลินิกของโปรแกรมการ
บริหารข้อเข้าร่วมกับพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่
มีภาวะข้อเข้าเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล
อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร เพื่อทดสอบ
ว่าสามารถรักษาอาการปวดข้อเข้าได้จริงหรือไม่
และเนื่องจากไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยหายจาก
การรักษาโดยวิธีการการพัฒนารูปแบบและศึกษา
ผลทางคลินิกของโปรแกรมการบริหารข้อเข้า
ร่วมกับพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้า
เสื่อม คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอำเภออากาศ
อำนวย จังหวัดสกลนคร อย่างเดียวหรือ
รับประทานยาแก้ปวดร่วมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึง

ต้องการพัฒนารูปแบบและศึกษาผลทางคลินิกของ
โปรแกรมฯ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศ
อำนวย จังหวัดสกลนคร เพื่อทดสอบประสิทธิผล
ในการบรรเทาอาการปวดข้อเข้า พร้อมทั้งควบคุม
ปัจจัยเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดร่วมด้วย งานวิจัยนี้
มุ่งหวังที่จะป้องกันการนำไปสู่ความพิการ ลดการ
พึ่งพิง ชะลอความเสื่อมของข้อเข้า และเป็น
แนวทางในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงง่าย
ต้นทุนต่ำ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้
ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบริหาร
ข้อเข้าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรที่เหมาะสม
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดข้อเข้า
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมก่อนและหลังการ
เข้าร่วมโปรแกรมการบริหารข้อเข้าร่วมกับการพอก
ยาสมุนไพร
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่
มีภาวะข้อเข้าเสื่อมต่อการใช้โปรแกรมการบริหาร
ข้อเข้าร่วมกับการพอกยาสมุนไพร
4. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี
ภาวะข้อเข้าเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วม
โปรแกรมการบริหารข้อเข้าร่วมกับการพอกยา
สมุนไพร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง
(Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว
วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group
Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งการดำเนินการ
การศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการ
บริหารข้อเข้าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม ประกอบด้วยขั้นตอน
ดังนี้ 1) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องกับการบริหารข้อเข้าและการพอกยา

สมุนไพรรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 2) การร่างรูปแบบโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 3) การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ 4) การปรับปรุงรูปแบบโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การศึกษาผลทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทำโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7¹⁰ ใช้สูตรการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำ ผลของการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรต่อระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ที่พบว่ามีขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.65 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = 0.05$) และอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 80% ($\beta = 0.20$) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน

และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ข้างใดข้างหนึ่งด้วยรหัส ICD 10 M179 แต่ยังไม่ได้รับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่โรงพยาบาลอากาศอำนวย 3) มีอาการปวดข้อเข่าเป็นเวลอย่างน้อย 3 เดือน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตอบแบบสอบถามได้ และ 5) สม่ัครงใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีประวัติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2) มีโรคข้อเข่าอักเสบจากสาเหตุอื่น เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ 3) มีอาการปวดข้อเข่าเฉียบพลันหรือมีการอักเสบเฉียบพลัน 4) มีบาดแผลเปิดหรือการติดเชื้อบริเวณข้อเข่า 5) แพ้สมุนไพรที่ใช้ในการพอกเข่า 6) มีโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้และอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคหัวใจระยะรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง และ 7) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่เข่า ระยะเวลาของการปวดเข่า อาการปวดเข่าข้างที่ปวด การรักษาที่ได้รับ โรคประจำตัว และประวัติการผ่าตัดใหญ่ที่ข้อสะโพกและข้อเข่า

1.2 แบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC (Western Ontario and McMaster University) ฉบับภาษาไทย¹¹ ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ระดับความปวด (Pain dimension) จำนวน 5 ข้อ ระดับอาการข้อฝืด ข้อตึง (Stiffness dimension) จำนวน 2 ข้อ และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ (Function dimension) จำนวน 15 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีการแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการปวด, 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดน้อย, 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมาก

1.3 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ข้อมูลอาการทางคลินิกและระดับความเจ็บปวด เป็นแบบบันทึกที่ระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการบริหารข้อเข่าร่วมกับพอกยาสมุนไพร โดยใช้ Visual Rating Scales (VRS)¹² เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ใช้ตัวเลข 0-10 ช่วยในการประเมิน โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจการพอกเข้าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการพอกเข้า จำนวน 8 ข้อ ให้คะแนนความพึงพอใจจาก 1-5 (1 = ไม่พอใจเลย, 5 = พอใจที่สุด) มีเกณฑ์การแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ไม่พอใจเลย, ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พอใจเล็กน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พอใจปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พอใจมาก, ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง พอใจที่สุด

1.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life, HRQoL) EQ-5D-5L¹³ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว (Mobility), การดูแลตนเอง (Self-Care), กิจกรรม

ที่ทำเป็นประจำ (Usual Activities), อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (Pain/Discomfort), และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (Anxiety/Depression) โดยแต่ละด้านมี 5 ระดับคะแนน และส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้ คะแนน 0-20 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำมาก, คะแนน 21-40 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ, คะแนน 41-60 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพปานกลาง, คะแนน 61-80 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี และคะแนน 81-100 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการบริหารข้อเข่า

ประกอบด้วยท่าบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่าและเข่า 3 ท่า ได้แก่

ท่าที่ 1 ท่าเพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่า และทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ มีวิธีปฏิบัติดังนี้ 1) นอนเหยียดขา 2) ใช้หมอนใบเล็กรองใต้เข่าทั้งสองข้าง โดยให้เข่างอเล็กน้อย 3) กดเข่าซ้ายลงน้ำหนักที่หมอน พร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น 4) เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วคลาย ซึ่งการเกร็งกล้ามเนื้อที่ถูกต้องจะสังเกตเห็นลูกสะบ้าเข่าเลื่อน ขึ้นลง ทำซ้ำข้างละ 10 ครั้ง และ 5) สลับทำข้างขวาก็จนครบ 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 ท่าการบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยและความยืดหยุ่นของข้อ มีวิธีปฏิบัติดังนี้ นอนเหยียดเข่าพยายามเหยียดเข่าตรง โดยการเกร็งลูกสะบ้า นับ 1-10 หรือเท่าที่ทำได้ สลับทำข้างขวาก็จนครบ 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 ท่าเพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่า และทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ ท่านี้เป็นการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา สามารถทำได้โดยนั่งพิงพนักชิดเก้าอี้ เก้าอี้จะต้องมีความสูงเท่ากับขาส่วนล่าง เมื่อนั่งจะทำให้ต้นขาขนานกับพื้น ให้นั่งตัวตรงที่ขอบเก้าอี้ วางขาบนพื้นให้ขาส่วนล่างตั้งฉากกับพื้น

จากนั้นให้เริ่มเหยียดขาให้ตรง โดยยกขาส่วนล่างให้ขนานกับพื้นให้ได้มากที่สุด ทำค้างไว้ประมาณ 5-10 วินาที ได้แล้ว เอาลง นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง หากทำไม่ไหวสามารถลดจำนวนรอบได้เมื่อทำจนล่องแล้วจึงค่อยๆเพิ่มจำนวนรอบขึ้น

2.2 คำรับยาสมุนไพรสำหรับพอกเข้า

ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ ไพล 1 ส่วน ขมิ้นชัน 1 ส่วน เถาเอ็นอ่อน 1 ส่วน ใบมะขาม 1 ส่วน ดินสอพอง 1 ส่วน การบูร ½ ส่วน พิมเสน ¼ ส่วน เกลือ ¼ ส่วน น้ำสะอาดหรือน้ำอุ่นพอกประมาณ โดยมีอุปกรณ์สำหรับการพอกเข้า ประกอบด้วย กระชอน ครกสำหรับบดสมุนไพร ผ้าขาวบางสำหรับห่อยาพอกเข้า ผ้ายัดพันเข้า ภาชนะสำหรับผสมยา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย ได้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นมาแล้วโดยราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 อ้า ง ถึ ง ใน Kuptniratsaikul และ Rattanachaiyanont¹¹ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย (ใช้ฉบับภาษาไทยของ ญ.จันทนา พัฒนเภสัช ผศ.ดร.ญ.มนตร์ธม์ ถาวรเจริญทรัพย์)¹³ และแบบประเมินความพึงพอใจการพอกเข้าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นเตรียมการ

1) ดำเนินการขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

2) ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย

3) เชิญประชุมคณะเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด

5) เตรียมเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย¹¹ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L¹³

2.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1) การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยจัดประชุมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย และตอบข้อซักถาม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ ด้วยแบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย¹¹ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบประเมิน EQ-5D-5L¹³

3) การดำเนินการทดลอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม วิธีการดูแลตนเอง และประโยชน์ของการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพร

4) สอนและสาธิตท่าบริหารข้อเข่า 3 ท่า โดยกำหนดให้ทำ 3 รอบ รอบละ 10 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้อง โดย

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มที่ 1 เข้ารับบริการในช่วงเช้า และกลุ่มที่ 2 เข้ารับบริการในช่วงบ่าย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการพอกยาสมุนไพร และฝึกบริหารข้อเข่าภายใต้การกำกับดูแล โรงพยาบาลอากาศอำนวย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำท่าบริหารกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน วันละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

5) ขั้นตอนการพอกเข้าด้วยยาสมุนไพร ดำเนินการเตรียมสมุนไพรตามตำรับที่กำหนด และนำยาสมุนไพรที่เตรียมไว้ใส่สำลีแผ่น แล้วนำมาพอกให้รอบบริเวณข้อเข่าที่มีอาการปวด พอกค้างไว้ประมาณ 30 นาที เพื่อให้ตัวยาซึมผ่านเข้าสู่ผิวหนังบริเวณเข่า ซึ่งผู้วิจัยกำกับดูแลการบริหารข้อเข่าและการพอกยาสมุนไพรอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัย และกลุ่มตัวอย่างบันทึกระดับความปวดข้อเข่าในข้อเข่าข้างที่มีอาการปวดมากที่สุดเพียงข้างเดียว หลังเข้ารับบริการ

2.3 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

1) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยการประเมินระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบประเมิน EQ-5D-5L และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพร

2) ชั้นวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบประเมินต่างๆ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

3) สรุปและอภิปรายผลการวิจัย เพื่อนำเสนอรูปแบบและประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้อธิบายข้อมูล ระดับความปวดข้อเข่า ระดับอาการข้อฝืด ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ คะแนนคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพร ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ใช้อธิบายข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

1. การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

2. การทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired t-test) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ระดับความปวดข้อเข่าระดับอาการข้อฝืด ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ และคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพร

3. การทดสอบฟรیدแมน (Friedman Test) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่ทำซ้ำซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวดข้อเข่าที่ทำการวัดซ้ำหลายครั้งในช่วงระยะเวลาการทดลอง และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการ

ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni Method)

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2568 รหัสโครงการวิจัยที่ SKN REC 2025-047

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 64.23 ปี (S.D. = 2.85) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่เข่า ร้อยละ 70.0 มีระยะเวลาของการปวดเข่า 1-2 ปี ร้อยละ 33.3 มีอาการปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 36.7 เคยรับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 83.3 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 50.0 และเบาหวาน ร้อยละ 43.3

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารข้อเข่า ร่วมกับการพอกยาสมุนไพร ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืด และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

1) ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดข้อเข่า พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดข้อเข่าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

3.89 (95% CI: 3.59-4.19, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการปวดขณะขึ้นลงบันไดและปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนักมีการลดลงมากที่สุด (ผลต่าง = 4.33, 95% CI: 3.90-4.76 และ 3.92-4.74 ตามลำดับ)

2) ผลการเปรียบเทียบระดับอาการข้อฝืด พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการข้อฝืดโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 (95% CI: 3.08-3.78, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทั้งอาการข้อฝืดช่วงเช้าและข้อฝืดในช่วงระหว่างวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการข้อฝืดช่วงเช้ามีการลดลงมากกว่า (ผลต่าง = 3.73, 95% CI: 3.29-4.17)

3) ผลการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการใช้งานข้อ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการใช้งานข้อโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (95% CI: 3.25-3.65, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความสามารถในการขึ้นบันไดและการลงบันไดมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (ผลต่าง = 4.34 และ 4.30, 95% CI: 3.89-4.79 และ 3.86-4.74 ตามลำดับ)

3. การประเมินอาการปวดข้อเข่าตลอดระยะเวลาการทดลอง พบว่า ระดับความปวดข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทดลอง โดยก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 0 มีระดับความปวดข้อเข่าเฉลี่ย 6.89 (S.D. = 0.97) และลดลงเหลือ 3.00 (S.D. = 0.75) หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า ระดับความปวดข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 1357.36$, $p < 0.001$) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี พบว่า ระดับความ

ปวดข้อเข้าของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับความปวดข้อเข่าลดลงในทุกครั้งของการประเมิน ผลต่างของคะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษาในแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 0.97 ถึง 1.19 คะแนน โดยครั้งที่ 1 มีผลต่างมากที่สุด (1.19, 95% CI: 1.11-1.27) และสัปดาห์ที่ 5 มีผลต่างน้อยที่สุด (0.97, 95% CI: 0.90-1.04)

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมต่อการใช้โปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.38, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการพอกเข้า (ค่าเฉลี่ย = 4.57, S.D. = 0.57) รองลงมาคือ ความเป็นมิตรและความใส่ใจของบุคลากรทางการแพทย์ (ค่าเฉลี่ย = 4.53, S.D. = 0.57) และความรู้สึกละอายระหว่างทำการพอกเข้า (ค่าเฉลี่ย = 4.43, S.D. = 0.63) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวดีขึ้นหลังจากทำ (ค่าเฉลี่ย = 4.23, S.D. = 0.68)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบโปรแกรมการบริหารข้อเข่าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบริหารข้อเข่า และการพอกเข้าด้วยยาสมุนไพร ซึ่งผ่านการพิจารณาประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมได้ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ (Health Program Development) ของ Green และ Kreuter¹⁴ ซึ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ และการ

ปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการระหว่างศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันที่เน้นการรักษาแบบผสมผสาน (Multimodal Approach) ทั้งแบบไม่ใช้ยาและการใช้ยา¹⁵ ซึ่งแนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมขององค์กรวิจัยโรคข้อและกระดูกแห่งนานาชาติ (Osteoarthritis Research Society International: OARSI) ได้ให้คำแนะนำว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมถือเป็นการรักษาหลัก (Core Treatment) ที่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายปฏิบัติ¹⁶ ในการบริหารข้อเข่าทั้ง 3 ท่าที่กำหนดในโปรแกรมนี้นี้ มีความครอบคลุมทั้งการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า (Muscular Strengthening) และการเพิ่มพิสัยและความยืดหยุ่นของข้อ (Range of Motion and Flexibility) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Fransen และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strengthening Exercise) และการออกกำลังกายแบบเพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility Exercise) ซึ่งการกำหนดให้ทำแต่ละท่า 10 ครั้ง ครั้งละ 10 วินาที ทำวันละ 1 ครั้ง มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับคำแนะนำของ American College of Sports Medicine (ACSM) ที่เสนอว่า ผู้สูงอายุควรเริ่มต้นการออกกำลังกายด้วยความหนักระดับเบาถึงปานกลาง และค่อยๆ เพิ่มความหนักขึ้น¹⁸ รวมทั้งเหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Mobility Limitation) และความทนทานในการออกกำลังกาย (Exercise Tolerance) ที่ลดลง¹⁹ ส่วนการพอกเข้าด้วยยาสมุนไพร ตำรับยาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน เถาเอ็นอ่อน ใบมะขาม ดินสอพอง การบูร พิมเสน และเกลือ มีความสอดคล้องกับตำรับยาพอกเข้าใน

บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2562 ของประเทศไทย และสมุนไพรแต่ละชนิดมีสรรพคุณที่สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข้าได้

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการบริหารข้อเข้าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.38, S.D. = 0.45) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้เป็นที่ยอมรับและพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษา²⁰ ที่พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ประเด็น โดยมีความพึงพอใจ รวมต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการบริหารข้อเข้าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรในระดับมากที่สุด อาจอธิบายได้ด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดข้อเข้า ลดอาการข้อฝืด และเพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเห็นผลการรักษาที่ชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ²¹ รวมถึงการพอกเข้าด้วยยาสมุนไพรทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสดชื่น เนื่องจากสมุนไพรที่ใช้มีกลิ่นหอม (Aromatic Scent) และสรรพคุณในการคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant Effects) นอกจากนี้โปรแกรมนี้มีขั้นตอนที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่าย (Simplicity and Ease of Use) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจในกลุ่มผู้สูงอายุ และผลการศึกษาโปรแกรมการบริหารข้อเข้าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรยังมีส่วนช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษา²² ที่พบว่า การบำบัดทางกายภาพบำบัดร่วมกับการใช้สมุนไพรช่วยเพิ่ม

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมได้ดีกว่าการใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง การที่โปรแกรมการบริหารข้อเข้าร่วมกับการพอกยาสมุนไพรสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยกลไกต่างๆ เช่น การลดลงของอาการปวดข้อเข้า อาการข้อฝืด และการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการใช้งานข้อ ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical Quality of Life) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต (Independence) มากขึ้น²³ จากผลการวิจัยพบว่า ด้านการเคลื่อนไหว (Mobility) และด้านการดูแลตนเอง (Self-Care) มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และผลการวิจัยมีประโยชน์อย่างมากสำหรับองค์กรในการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่การบูรณาการระหว่างศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากโปรแกรมนี้เน้นการฝึกปฏิบัติจนผู้ป่วยสามารถทำได้เอง บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติทำยาสมุนไพรพอกเข้าและบริหารข้อเข้าต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อความยั่งยืนในการรักษาและลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล อีกทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถองค์ความรู้และทักษะการพอกเข้าตามตำรายาที่ใช้ในการวิจัย (ไพล, ขมิ้นชัน, เถาเอ็นอ่อน และอื่นๆ) ไปถ่ายทอดให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ดูแล (Caregiver) เพื่อให้สามารถช่วยกำกับดูแลการบริหารข้อเข้าในชุมชนได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.Fuggle N, Laslop A, Rizzoli R, Al-Daghri N, Alokail M, Balkowiec-Iskra E, et al.(2025). Treatment of osteoporosis and osteoarthritis in the oldest old. *Drugs*. 2025;1–18.
- 2.Jenei-Lanzl Z, Zaucke F.(2024). Osteoarthritis year in review 2024: Biology. *Osteoarthritis Cartilage*. 2025;33(1):58–66.
- 3.สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง.(2551). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายท่ามกลางน้ำต่อน้ำต้อระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามวัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- 4.ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, อรพิชญา ไกรฤทธิ์.(2561). การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ. *รามาศิขิตวารสาร*. 2561;41(3):92–9.
- 5.ศรัณยา จันทร, มณฑา เก่งพานิช, ธราดล เก่งพานิช.(2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบไทชิเพื่อลดอาการปวดข้อของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. 2561;16(1):44–56.
- 6.ไข่มุก นิลเพ็ชร, วีระชาติ อำนาจวรรณพร, สโรชา พุกขวัน, พุทศรี จุลจรรณ.(2561). ประสิทธิภาพของสมุนไพรพอกเข้าต่อระดับความปวดเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฟ้าห่วน ตำบลไร่ อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ [อินเทอร์เน็ต]*. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ก.พ. 2]. เข้าถึงได้จาก: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/3p15.pdf
- 7.เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, วินัย สยอวรรณ, วรายุส คตวงศ์, ณัฐธิดา แก้ววิเศษ, อิศรา ศิริมณีนรัตน์.(2562). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอกสูตรที่ 1 กับยาพอกสูตรที่ 2 ต่ออาการปวดเข่าและการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2562;11(1):64–72.
- 8.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2568). ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- 9.คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย.(2568). รายงานสถิติผู้มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ 2568. สกลนคร: โรงพยาบาลอากาศอำนวย; 2568.
- 10.Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG.(2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149–60.
- 11.Kuptniratsaikul V, Dajpratham P, Taechaarpornkul W, et al.(2007). Efficacy of the Thai version of the WOMAC index in patients with knee osteoarthritis. *J Thai Tradit Complement Med*. 2007;5(2):1–8.
- 12.Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M.(2011). Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (VAS pain), numeric rating scale for pain (NRS pain), and verbal rating scale for pain (VRS pain). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(S11):S240–52. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- 13.EuroQol Research Foundation.(2019). EQ-5D-5L user guide. Rotterdam: EuroQol Research Foundation.
- 14.Green LW, Kreuter MW.(2005). Health program planning: An educational and ecological approach. Rev ed. Boston: McGraw-Hill.
- 15.Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al.(2020). 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Rheumatol*. 2020;72(2):220–33. <https://doi.org/10.1002/art.41142>
- 16.Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al.(2019). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(11):1578–89. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011>
- 17.Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL.(2015). Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(1):CD004376. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004376.pub3>

- 18.Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al.(2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(8):1435–45.
<https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616aa2>
- 19.Shih M, Hootman JM, Kruger J, Helmick CG.(2002). Physical activity in men and women with arthritis: National Health Interview Survey, 2002. *Am J Prev Med.* 2006;30(5):385–93.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.12.005>
- 20.นพพร ศรีคำบ่อ, วิชชุดา ศรีจรงค์, นริศรา รุจิโรจน์ จินดา.(2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สถาบันราชประชาสมาสัย. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.* 2567;9(4):501–11.
- 21.George SZ, Hirsh AT.(2005). Distinguishing patient satisfaction with treatment delivery from treatment effect: A preliminary investigation of patient satisfaction with symptoms after physical therapy treatment of low back pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(7):1338–44.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.037>
- 22.Leopoldino AO, Machado GC, Ferreira PH, Pinheiro MB, Day R, McLachlan AJ, et al.(2019). Paracetamol versus placebo for knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(2):CD013273.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013273>
- 23.Farrokhi S, Chen YF, Piva SR, Fitzgerald GK, Jeong JH, Kwok CK.(2016). The influence of knee pain location on symptoms, functional status, and knee-related quality of life in older adults with chronic knee pain: Data from the osteoarthritis initiative. *Clin J Pain.* 2016;32(6):463–70.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000291>

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดดื้อยาที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา

Nursing Care for Patient with Drug Resistant Tuberculosis with Respiratory Failure: A Case Study.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุทักษิณา กระแจจันทร¹Sutaksina Krajeajan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดดื้อยาที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่นๆ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนของโอเร็ม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และดำเนินการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

ผลการศึกษา พบว่า หลังรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยหายใจไม่มีเหนื่อยหอบ อาการไอเป็นบางครั้ง เสมหะสีขาว ไอขับออกได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 15 วัน

คำสำคัญ การพยาบาล ผู้ป่วยวัณโรคปอดดื้อยา ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

This study is a case study with the objective of examining the nursing care of patients with drug-resistant tuberculosis and respiratory failure. The tools used for data collection are described below. These include records of information from medical records, symptoms and signs, current medical history, past medical history, and medication history. Surgery, lifestyle patterns, health behaviors, laboratory test results, and other special examination results. The data was then analyzed to determine nursing diagnoses based on the Orem model and the Gordon health model. And plan nursing interventions using the nursing process, and conduct follow-up evaluations of the nursing interventions according to the plan.

The study results showed that after being admitted for care, the patients did not experience shortness of breath. Occasional coughing with white sputum that is coughed up. Feeling slightly fatigued. Advice on how to behave when returning home is provided. We provided encouragement and support, and the patient and their family understood. The total hospital stay was 15 days.

Keyword Nursing, Patients with drug-resistant pulmonary tuberculosis, Respiratory failure

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เกิดได้ทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วน

ใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย จากสถิติของประเทศไทยปี 2566 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multiple drug resistant tuberculosis: MDR-TB) หรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) ประมาณ 4,000 ราย คิดเป็น 5.7 ราย

¹ พว.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ต่อแสนประชากร โดยพบในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ร้อยละ 2.3 และพบในผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษามาก่อนร้อยละ 24¹ ดังนั้นวัณโรคคือยาหลายขนานเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากใช้เวลารักษานานทำให้มีโอกาสดาการรักษและต้องใชยาหลายขนาน โอกาสเกิดผลข้างเคียงได้บ่อย ซึ่งส่งผลต่อความสม่าเสมอจนหายขาด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคคือยา การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่าเสมอ การดูแลการรับประทานยา และลด อาการไม่พึงประสงค์จากยา การดูแลด้านโภชนาการ และการสนับสนุนด้านสังคม และเศรษฐกิจ รวมถึง ครอบครัว และชุมชน

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมแพทย์ทรวงอกเปิดคลินิกวัณโรค เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐาน จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลนารายณ์มหาราชพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาพื้นฐานตั้งแต่ปีพ.ศ. 2565 - 2567 มีจำนวน 229, 252 และ 224 ราย ตามลำดับ และพบวัณโรคคือยาหลายขนานปีพ.ศ. 2565 - 2567 จำนวน 12, 18 และ 13 ราย สาเหตุจากส่วนใหญ่เกิดการขาดยา ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วย MDR-TB เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องรักษาด้วยระบบยาสำรองแนวที่สอง ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนยุ่งยากเพิ่มขึ้น ทั้งจำนวนชนิดของยา ระยะเวลาในการรักษา 6 - 8 เดือน เพิ่มขึ้นเป็น 18 - 24 เดือน ส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ ชุมชน สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลและประเทศชาติ

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยามีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาจนครบ สามารถใช้ชีวิตตามปกติ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตในระหว่างการรักษา การสร้างเสริมพลังในการรักษาให้ครบ ซึ่งใช้เวลานาน 24 เดือน หรือแบบระยะสั้น 9 เดือน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยา จะมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต้องทำความเข้าใจกับบริบท

ต่างๆของผู้ป่วย บทบาทในครอบครัว พื้นฐานการศึกษา สภาพสังคม เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง เป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม สนับสนุนด้านสังคม สามารถวางแผนแก้ไขปัญา และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อแผนการรักษา³

Multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB) คือ วัณโรคคือยาหลายขนานที่คือยา isoniazid (H) และ rifampicin (R) พร้อมกัน และอาจจะคือต่อยาขนานอื่นๆ ซึ่งยา H และ R ถือเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาวัณโรค¹

สาเหตุของวัณโรคคือยา เกิดจากหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้การรักษาขาดความรู้และทักษะในการรักษาวัณโรค เช่น การใช้สูตรยาที่ไม่เหมาะสม ใหยาในขนาดที่ต่ำ รับประทานหรือระยะเวลาไม่นานพอ การเติมยาที่ละขนาน การบริหารจัดการและการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ขาดประสิทธิภาพ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย การรับประทานยาไม่สม่าเสมอหรือขาดยา เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงหรือปัญหาด้านสังคม หรือผู้ป่วยมีโรคร่วมที่ทำให้การดูดซึมยาไม่ดีโดยแบ่งประเภทดังนี้ 2.1) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษา ประกอบด้วย 2.1.1) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังถ้าให้การรักษด้วยสูตรยาเดิมRetreatment) และกำกับการรับประทานยาที่ดีแล้วยังล้มเหลว จะมีโอกาสเป็น MDR-TB สูงมากคือมากกว่าร้อยละ 85 2.1.2) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาผู้ป่วยรายใหม่ โดยให้การรักษถึงเดือนที่ 5 เสมหะยังพบเชื้อจะพบ MDR-TB ในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มแรกคือ ประมาณร้อยละ 50 2.1.3) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยเคยรักษาหายแล้วในอดีตและกลับมาเป็นวัณโรคซ้ำอีก อาจมีโอกาพบเชื้อคือยาได้ 2.1.4) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ หลังขาดยาผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1 ผลเสมหะเมื่อเดือนที่ 3 ยังพบเชื้ออยู่มีโอกาสจะล้มเหลวต่อการรักษาเนื่องจากมีเชื้อ MDR-TB ซึ่งอาจจะคือยาตั้งแต่แรกก่อนการรักษาก็ได้ 2.2)

ผู้ป่วยรายใหม่ มีผู้ป่วยรายใหม่บางรายเท่านั้นที่เสี่ยงต่อ MDR-TB ก่อนเริ่มการรักษา ได้แก่ 2.2.1) ผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วย MDR-TB มีโอกาสสูงที่จะรับเชื้อ MDR-TB จาก index case แต่ไม่ทุกรายที่จะเป็น MDR-TB เพราะผู้สัมผัสอาจรับและติดเชื้อจากผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เชื้อยังไวต่อยา ส่วนผู้ป่วย index case ที่แพร่เชื้ออาจจะกลายเป็น MDR-TB ภายหลัง 2.2.2) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของ MDR-TB สูง

2.2.3) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม มีบางการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี พบ MDR-TB สูงขึ้น 3) ปัจจัยด้านยารักษาวัณโรค ยาเสื่อมคุณภาพเนื่องจากตัวยาด้อยคุณภาพ หรือระบบขนส่งหรือระบบจัดเก็บที่ไม่มีประสิทธิภาพ การใช้สูตรยาระยะสั้นรักษาผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาอยู่แล้วอาจทำให้เกิดปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมากขึ้นได้

การวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา การตรวจหาเชื้อวัณโรคหรือส่วนประกอบของเชื้อวัณโรคจากสิ่งส่งตรวจ เช่น เสมหะ หนอง น้ำไขสันหลัง หรือตัวอย่างที่ได้มาจากอวัยวะที่สงสัยว่าจะติดเชื้อวัณโรค เช่น ชิ้นเนื้อจากต่อมน้ำเหลือง หรือตรวจการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ เช่น เลือด น้ำเหลือง การตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกจากจะช่วยยืนยัน ติดตามการรักษาการตรวจความมีชีวิตของเชื้อและตรวจสอบรูปแบบการดื้อยาของเชื้อวัณโรค 1) การตรวจหาเชื้อ acid fast bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์ 2) การเพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ยืนยันชนิดของเชื้อ (Mycobacterial Culture and Identification) 3) การทดสอบความไวต่อยาของเชื้อ (Drug Susceptibility Testing, DST) 4) การตรวจทางโมเลกุลหรืออณูชีววิทยา (Molecular Biology)

หลักการรักษาและการเลือกสูตรยารักษาวัณโรคดื้อยา^{2,3,4,5} หลักการรักษาและการเลือกสูตรยารักษาวัณโรคโดยทั่วไปขึ้นกับประวัติการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา และผลสำรวจความไวของเชื้อต่อยาในพื้นที่นั้นๆ

ระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 20 เดือน มีแนวทางปฏิบัติในการรักษา ดังนี้ 1) การรักษาด้วยยา สูตรยา และระยะเวลาที่ใช้รักษา 1.1) ระยะเข้มข้น ให้ยา Kanamycin, Moxifloxacin, Clofazimine, Ethambutol, high-dose Isoniazid, Pyrazinamide และ Prothionamide ให้ทุกวันเป็นเวลา 4 เดือน ให้ยาระยะเข้มข้นสามารถขยายจาก 4 เดือน เป็น 6 เดือน ในกรณีที่ตรวจเสมหะในเดือนที่ 4 แล้วยังพบเชื้ออยู่ และสามารถขยายการรักษา ระยะเข้มข้นเป็นสูงสุด 6 เดือน หากเสมหะยังคงพบเชื้อหลังครบการรักษา 4 เดือน ทั้งนี้ให้ Kanamycin 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ตั้งแต่สิ้นสุดเดือนที่ 4 การรักษาเริ่มด้วย Kanamycin, Moxifloxacin, Clofazimine, Ethambutol, Isoniazid, และ Pyrazinamide วันละ 1 ครั้ง ถ้าไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ในวันแรกที่เริ่มให้ยา จะให้ Prothionamide 250 mg. เพิ่มในวันที่ 2 โดยจะเพิ่มขนาดยา Prothionamide จนถึง 500 mg. ในวันที่ 5 ของการเริ่มรักษา และเพิ่มต่อถึง 750 mg. ในวันที่ 8 ทั้งนี้ขึ้นกับน้ำหนักร่างกาย 1.2) ระยะต่อเนื่อง ให้ยา Moxifloxacin, Clofazimine, Ethambutol, และ Pyrazinamide ให้ทุกวัน เป็นเวลาอีก 5 เดือน ต่อจาก ระยะเข้มข้น ถ้ายังตรวจพบเชื้อหลังจาก 4 เดือนใน ระยะเข้มข้นจะขยายการรักษา ระยะเข้มข้นได้สูงสุดไม่เกิน 6 เดือน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้ายังตรวจพบเชื้อหลังการรักษาเดือนที่ 6 ขณะที่รอผลการตรวจเพาะเชื้อยืนยันถึงสามารถให้การรักษาใน ระยะต่อเนื่องได้ การส่งตรวจเสมหะทดสอบ การดื้อยาซ้ำ และหากพบผลการตรวจเพาะเชื้อในเดือนที่ 5 เป็นบวก เดือนที่ 6 เป็นลบ สามารถให้ยาใน ระยะต่อเนื่องได้เลย ถ้าผู้ป่วยตรวจพบเสมหะบวกหลังจาก 6 เดือน แต่ถ้ามีการตอบสนองที่ดีสามารถให้การรักษาใน ระยะต่อเนื่องได้ แต่หากอาการทางคลินิกไม่ดีหลังจากการรักษาด้วยยาระยะเข้มข้น 6 เดือน และยังพบเสมหะบวกควรพิจารณาให้เป็นการรักษาล้มเหลว 2) การรักษาด้วยการผ่าตัดปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจาก

ทำให้การกำจัดเชื้อที่แอบแฝงอยู่ได้ดีขึ้นผลการรักษาในระยะยาวดีกว่า แต่เนื่องจากมีข้อเสียคือทำให้สูญเสียเนื้อปอดและมีโอกาสแพร่กระจายไปยังบุคลากรทางการแพทย์ได้ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคือตำแหน่งของรอยโรคมึนเฉพาะที่มีสมรรถภาพปอดที่สามารถผ่าตัดได้คือเมื่อสูญเสียเนื้อปอดไปบางส่วนแล้วผู้ป่วยยังสามารถทำงานได้เหมือนปกติ การผ่าตัดมักนิยมทำ เมื่อเสมหะเป็นลบแล้วและได้ยาอย่างน้อย 3-4 เดือน⁶

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน³ เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิตการปรับตัวและจิตสังคมของผู้ป่วย ทั้ง 11 ด้าน คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3) การขับถ่าย 4) กิจวัตรประจำวัน การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การใช้เวลาว่าง 5) การพักผ่อนนอนหลับ 6) สติปัญญาและการรับรู้ การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้ 7) การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง 8) บทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสาร 9) เพศและการเจริญพันธุ์ เพศสัมพันธ์ 10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด การปรับตัวกับความเครียด 11) คุณค่า ความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy adaptation Model 1) สิ่งนำเข้า (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าแฝง) 2) พฤติกรรมการปรับตัว (การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้าน อัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ การปรับตัวด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน)

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือระบายอากาศให้อยู่ในระดับปกติ ทำให้ออกซิเจนในเลือดแดง

ลดลง หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด หรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน อาจเกิดแบบเฉียบพลัน ในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน หรือเกิดแบบเรื้อรัง ในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือน หรือเป็นปี หรือเกิดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรังอยู่ก่อน อาการที่เกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย จากโรคปอดบวมภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้น หายใจหอบเหนื่อย ภาวะ Cheyne-stokes breathing หรือ apnea cyanosis เหงื่อออก ตัวเย็น อาการตัวเขียว (cyanosis) การรักษาโดยการแก้ไขโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว การดูแลทางเดินอากาศ ให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยเปิดโล่ง ไม่มีการอุดกั้น แก้ไขภาวะ hypoxemia และ hypercapnia

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนของโอเร็ม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล และดำเนินการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 87 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพ หม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี มาโรงพยาบาล วันที่ 22 เมษายน 2568

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: รับ Refer จาก โรงพยาบาลชัยบาดาล ด้วยอาการ เหนื่อย อ่อนเพลีย ไอมีเสมหะ ร่วมกับไข้สูง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยมากขึ้นใส่ท่อช่วยหายใจ และพบผล Sputum AFB = Positive 3+

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 1 เดือน ไอ เหนื่อย ไข้ เป็นๆหายๆ น้ำหนักลด 5 กิโลกรัม ใน 1 เดือน ไม่เคยตรวจรักษาที่ไหน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: เบาหวาน และ ไชมันในเลือดสูง 5 ปี ขาดยา 6 เดือน

ปฏิเสธประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ : ปัจจุบันเลิกดื่ม เลิกสูบ

ประวัติการใช้สิ่งเสพติด : ปฏิเสธการใช้สิ่งเสพติดทุกชนิด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง

ถึงตึกติดเชื้อแยกโรค เวลา 17.30 น. มาโดยรถนอน แกร็บรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ ทำทางอ่อนเพลีย

สีหน้าวิตกกังวล ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับ Ventilator setting PCMV Mode RR 20 /min PC 16 cmH₂O PEEP 5 mH₂O FiO₂ 0.4. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/86 มิลลิเมตรปรอท ค่า O₂ sat 95-96 เปอร์เซ็นต์ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ On 0.9% NSS 1000 cc. IV 100 cc/hr. Retained foley's catheter ไว้ ปัสสาวะออกสีเหลืองใส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC = 11,840 cells/mm³ Neutrophil = 93 %, Lymphocyte = 8 % BUN 8 mg/dl. Cr 0.47 mg/dl. Na = 128 mmol/L K = 3.35 mmol/L Cl = 111 mmol/L CO₂ 22 mmol/L SGOT = 42 U/L, SGPT = 30 U/L Anti HIV = Negative, ผลเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) พบ bilateral patchy infiltration, LUL>RUL ยาวินโรคที่ได้รับ Pyrazinamide 500 mg 3X1 Isoniazid 100mg 3X1 Ethambutol 500mg 2X1 Rifampicin 450 mg 1X1 B6 1X1 Antibiotic : Tazocin 4.5 gm. IV ทุก 6 hr. ได้รับ E.KCL 30 cc. X 2 dose พยาบาลอธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการรักษาที่ห้องติดเชื้อแยกโรค พร้อมทั้งอธิบายอาการและแผนการรักษาให้ญาติรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เบอร์เพื่อโทรสอบถามอาการ เก็บเสมหะส่งตรวจ AFB smear 3 วัน = Positive 3+, 3+, 2+ (วันที่ 22-24 เมษายน 2568) On ventilator setting เดิมไว้ตลอด เสมหะสีเหลืองข้นปริมาณ 2-3 สาย ยังมีไข้ขึ้นๆลง และฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ เพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยงส่งตรวจเสมหะด้วยวิธี Xpert MTB/ RIF = MTB detected, Rifampicin resistance : detected รายงานแพทย์รับทราบ ปรับยาวัณโรคเป็นสูตรดื้อยา คือ Pyrazinamide 500 mg 3X1 Isoniazid 100mg 6X1 Ethambutol 500mg 2X1 และเพิ่มยา Bedaquiline 100 mg.4X1 Levofloxacin 1.5X hs. Ethinamide 2X2 และ Crofazimine 1X1

วันที่ 28 เมษายน 2568 ผลเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) พบ Decrease infiltration สดขึ้นขึ้น ใ น้อยลง แพทย์เริ่มฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ ด้วย PSV PS 10-12 cmH2O PEEP 2cmH2O FiO2 0.4 หายใจสม่ำเสมอสัมพันธ์กับเครื่องดีไม่มีเหนื่อยหอบ suction clear airway ให้ secretion สีขาวขุ่น 1-2 สาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9- 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 124/78-144/82 มิลลิเมตรปรอท SpO2 96-99 %

วันที่ 29 เมษายน 2568 หยุดฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจเนื่องจากมีอาการ คลื่นไส้อาเจียนรับประทาน อาหารได้น้อย ได้รับ Metoclopramide 10 mg. IV. prn. ทุก 8 ชม. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 11 mg/dl. Cr 0.66 mg/dl. Na = 143 mmol/L K= 3.93 mmol/L Cl = 99 mmol/L CO2 20.6 mmol/L SGOT = 48 U/L, SGPT = 32 U/L

วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 สามารถถอดช่วยหายใจได้สำเร็จ หลัง Extubate On HFNC setting flow rate 50 LPM และ FiO2 0.50 และตั้งเครื่องทำความชื้น (humidifier) ที่ 34 องศาเซลเซียส อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HFNC กับผู้ป่วย จัดทำหนังสือชี้แจงประมาณ 45 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ เผื่อระวังการกลับใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ด้วยการใช้ ROX Index ประเมินชั่วโมงที่ 0, 2, 6, 12

และ 24 = 8.81, 11.20, 12.34, 15.30 และ 14.48 ซึ่ง ROX Index คือ อัตราส่วนของออกซิเจนปลายนิ้วความเข้มข้นของออกซิเจนที่คนไข้ได้รับหารด้วยอัตราการหายใจของคนไข้ $ROX\ index = (SpO_2/FiO_2) / RR$

วันที่ 2-4 พฤษภาคม 2568 สามารถหยุดการใช้ HFNC และ On Nasal cannula 3 LPM.ได้ ไม่มีเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 – 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120 - 135/67 - 77 มม.ปรอท SpO2 100% ผลเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) พบ Decrease infiltration มีอาการไอเป็นบางครั้ง เสมหะสีขาว ไอขับออกได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย ปฏิกิริยานักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยสอนฝึกการหายใจ ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีสีหน้าสดชื่นขึ้น

วันที่ 6 พฤษภาคม 2568 แพทย์มีแผนการรักษา refer back โรงพยาบาลชัยบาดาล เพื่อฟื้นฟูการหายใจต่อ ประสานงานห้องยาเรื่องยาวัณโรคสูตรดื้อยา พร้อมทั้งประสานห้องตรวจวัณโรคเพื่อขอแนวทางการให้ยาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพื่อส่งต่อให้โรงพยาบาลชัยบาดาล แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการรักษา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 15 วัน ระหว่างดูแลในหอผู้ป่วยติดเชื่อแยกโรค พบปัญหาการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล⁴

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาที่ปอด ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคดื้อยา ผลXpert MTB/ RIF = MTB detected, Rifampicin resistance : detected ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ	การพยาบาล On ETT ต่อกับ Ventilator PCMV Mode ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ปรับ setting ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่ออัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง หรือหายใจดันเครื่องช่วยหายใจ วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย ส่งเสริมการได้รับออกซิเจนให้เพียงพอ ตรวจสอบขนาดและตำแหน่งท่อช่วยหายใจ จัดสายเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม ป้องกันการดึงรั้ง จัดท่าผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูง 30-40 องศา กระตุ้นให้อาบน้ำ เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวเคาะปอด เพื่อให้เสมหะระบายออกได้ดีขึ้น ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มีความเสี่ยงเสมหะและก่อนให้อาหารสายยาง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล⁴

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	สังเกตและบันทึกสีกลิ้นลักษณะของเสมหะ รวมทั้งวัดและบันทึกสัญญาณชีพ Tidal Volume, Minute Volume, Airway Pressure ทุก 2 ชั่วโมง พิจารณาปฏิกิริยาที่เมฆศาสตร์ฟื้นฟูในการทำสรีรบำบัดทางออกการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ยารักษาวัณโรคได้อย่างตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงติดตามผลเอกซเรย์ปอด เพื่อติดตามการบวมของปอด หรือตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ การประเมินผล ผลเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) พบ Decrease infiltration สดขึ้นขึ้น ไอน้อยลง แพทย์เริ่มฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ ด้วย PSV PS 10-12 cm H₂O PEEP 2 cm H₂O FiO₂ 0.4 หายใจสม่ำเสมอสัมพันธ์กับเครื่องดีไม่มีเหนื่อยหอบ suction clear airway ให้ secretion สีขาว และสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จและรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา ดูแลการจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 45 องศา ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและพินยาตามแผนการรักษา ติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดดำน้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา ดูแลทำให้เสมหะคลายความเหนียว โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อให้เกิดความชุ่มชื้น เสมหะอ่อนตัว คลายความเหนียว ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	การพยาบาล ดูแลผู้ป่วยแบบ Airborne Precaution อยู่ห้องแยกโรคแรงดันลบ อุปกรณ์แยกโรคเฉพาะรายเข้าดูแลผู้ป่วยโดยสวมหน้ากากชนิด N95 แยกอุปกรณ์เฉพาะสำหรับผู้ป่วย สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อจะให้การพยาบาลหรือเมื่อมีโอกาสสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ป่วย ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือ น้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งทั้งก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วย หรือเมื่อออกจากห้องผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ แผนการรักษา การปฏิบัติตัวและสิทธิวิธีการสวมใส่ อุปกรณ์ ป้องกัน เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัวให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วน และยอมรับการรักษาแบบมีที่เลี้ยง หรือมีผู้สนับสนุนการกักกันกินยาของผู้ป่วย (DOT) ความสำคัญ ของการกินยาทุกวัน ขณะไอหรือจามต้องใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
ปัญหาที่ 3 มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากรับประทานได้น้อย อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง Na= 128 mmol/L K= 3.35 mmol/L	การพยาบาล ดูแลให้รับประทานยาแก้ไอพอสเซียมคลอไรด์ขนาด 30 cc. ตามแผนการรักษา สังเกตและประเมินอาการของการเกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก และอาการของการเกิดภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ เมื่อยล้า อ่อนแรง อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก รู้สึกสับสน มึนงง หงุดหงิด ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ส้ม กล้วยหอม ลูกเกด ดูแลให้สารน้ำ On 0.9% NSS 1000 cc. IV 100 cc/ hr. การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย สัญญาณชีพปกติ ผลNa = 143 mmol/L K= 3.93 mmol/L
ปัญหาที่ 4 ขาดความรู้ แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	การพยาบาล ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับวัณโรคเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับวัณโรค คือ วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถ ป้องกันได้และรักษาให้หายขาดได้ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค การติดต่อของโรค ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดโรค อาการ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบและเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคและให้ความสำคัญต่อการรักษา ให้ข้อมูลและแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาวัณโรคโดยเฉพาะการรับประทานยาวัณโรค อธิบายเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาและอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบและ สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องโดยเกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล⁴

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อทราบว่าเป็นวัณโรค ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและปัญหาการดื้อยา ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและอาการที่แสดงที่ขึ้นหรือเลวลงและไม่ควรหยุดการรับประทานยาเองโดยเด็ดขาด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยา ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนได้ดูแลต่อเนื่อง เพื่อกำกับการรับประทานยาวัณโรค คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านทุก 6 เดือน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุม การแพร่กระจายเชื้อ สามารถอธิบายให้พยาบาลฟังได้ถูกต้อง ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการตรวจภาพรังสีทรวงอกทุกคน
ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการรักษา การปฏิบัติตัว การแยกจากครอบครัว เนื่องจากต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล⁵	การพยาบาล ประเมินสาเหตุการนอนไม่หลับ และปริมาณการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบและแสงสว่างพอเพียง สร้างสัมพันธ์ภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจและระบายความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รายงานแพทย์เพื่อปรับการรักษาให้ยาคลายเครียด lorazepam (0.5 mg) 1 เม็ดก่อนนอน ขอความร่วมมือกับญาติผู้ป่วยในการลดสิ่งรบกวนไม่ให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ชี้แจงให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยที่ห้องแยกโรคแรงดันลบ พูดคุยกับญาติที่สามารถเป็น care giver ที่ดีให้กับผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยนอนหลับได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

ผลการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการประเมิน (Assessment) มีความสำคัญ และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วย ครอบคลุมด้านการปรับตัวของร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทในสังคม และด้านการพึ่งพาอาศัย พยาบาลควรประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรักษาโรคให้หายและนำสู่การที่มีคุณภาพที่ดีต่อไป พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระยะแพร่กระจายเชื้อ และดื้อยา การติดตามอาการข้างเคียงของยา พยาบาลควรมีบทบาทในการฟื้นฟู

สภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย และญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติ สามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤติของโรค โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถปรับแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย^{1,4,5}

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาให้เป็นระบบที่ยั่งยืนต่อเนื่อง รวมถึงระบบการส่งต่อข้อมูล การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งที่โรงพยาบาลและในชุมชน ประสานงานสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ
2. สนับสนุนด้านวิชาการ และเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากร เพื่อนำไปใช้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ การติดตาม กำกับการรับประทานยา (DOT) การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.อำพรพรรณ ยวนใจ.(2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2562; 12(2): 62-7.
- 2.นิโลบล นาคบำรุง, ยศวดี เพ็ชรคำ, ศศิธร แดงเจย, สุกัญญา บุญช่วย, ตัม บัญรอด, วิษาดา สิมลา.(2563). ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2563; 29(4): 646-59.
- 3.พรศิริ พันธสี.(2563). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 23). พิมพ์อักษร.
- 4.ปราณี ทัพไพเราะ.(2566). คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Handbook of Nursing diagnosis). N P Press Limited Partnership.
- 5.นงนภัทร รุ่งเนย.(2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 2). 2560. โครงการสวัสดิการ วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- 6.อภิญญา นาคะพงศ์.(2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2561-2563. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 2564: 11(2),273- 89.

ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้
ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

The effect of using a clinical risk management program with a health literacy concept on the
attitude and self-efficacy of professional nurses in risk management
at Phra Narai Maharat Hospital.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

แพรพิไล ช่วงแก้ว¹

Praepilai chuangkaew¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1.ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล 2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 450 คน กลุ่มตัวอย่างนำมาคำนวณสูตรของ Krejcie & Morgan จำนวน 208 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้ 1.โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทเบม 2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง และตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ pair t- test

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ การจัดการความเสี่ยงความรอบรู้ด้านสุขภาพทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate 1. the effects of a clinical risk management program based on health literacy concepts on nurses' attitudes and perceived self-efficacy in risk management. 2. To study the satisfaction of nurses participating in a clinical risk management program with health literacy. The population consists of 450 professional nurses. The sample group used to calculate the Krejcie & Morgan formula consisted of 208 people. The research tools used are as follows: 1. A clinical risk management program based on Natbeam's health literacy concept. 2. The data collection tools are divided into four parts as follows: Part 1: Personal information; Part 2: Attitude questionnaire. Part 3 is a self-efficacy questionnaire, and Part 4 is a satisfaction questionnaire regarding the clinical risk management program. Data analysis utilized basic statistical

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

measures including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, and analytical statistics such as the paired t-test were also employed.

The research findings showed that professional nurses who participated in the clinical risk management program using the health literacy concept had higher average attitude scores after participating in the program. Statistically significant at the .05 level. Furthermore, the average score of professional nurses' perceived self-efficacy in risk management was significantly higher after participating in the program than after, at a statistical significance level of .05. The overall satisfaction level had an average score at the highest level.

Keyword Risk management, health literacy, and attitudes. self-efficacy professional nurse

บทนำ

ความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคต อาจส่งผลที่ไม่ต้องการได้ การบริหารความเสี่ยงที่ดีที่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตอย่างมีเหตุผล ตามหลักการจัดการความเสี่ยง จะสามารถลดหรือป้องกันความเสียหายของชีวิตและทรัพย์สินขององค์กรได้ สภาการพยาบาลได้ประกาศเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562 โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสภาการพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ 3/2561 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2561 กำหนดมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ข้อกำหนดที่ 4.2 มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ การบริหารองค์กรยุคใหม่จะใช้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม โดยให้พนักงานที่ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน ร่วมตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบภายใต้หลักปรัชญาที่กล่าวไว้ว่าร่วมคิด ร่วมทำและร่วมตัดสินใจ ทำให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานมีโอกาสแสดงความคิดเห็น การจัดการความเสี่ยงจึงเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลและก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้บริการ การบริหารความเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้องและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การปรับปรุงให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยใน

การรักษา เข้าสู่หน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้มีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย¹

Nutbeam (2008) ได้กล่าวถึง “Conceptual model of health literacy as a risk”. ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ²

จากผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปีงบประมาณ 2567 จำนวนบุคลากรทั้งหมดของ รพ. จำนวน 1,553 คน ผู้ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์จำนวน 1,363 คน (87.77%) ร้อยละคำตอบเชิงบวก (% Positive Response) จำแนกตามมิติต่างๆ (กลุ่มพยาบาล) เรื่องที่ควรพัฒนาด่วนที่สุด คือ ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ร้อยละ 55.2 ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยความรู้ด้านสุขภาพ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไปมีประสบการณ์ด้านการจัดการความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไปมีประสบการณ์ด้านการจัดการความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชทั้งหมด 450 คน นำมาคำนวณสูตรของ Krejcie & Morgan จำนวน 208 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) 1) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การจัดการความเสี่ยงในคลินิก 2) มีประวัติเคยกรอกข้อมูลลงในโปรแกรม HRMS 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่านและเขียนได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ฟังภาษาไทย เข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) 1) ขอลอนตัวขณะเข้าร่วม

วิจัย 2) มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคภัยแรงหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1.โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทิมา ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะทางปัญญา 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการบอกต่อ³

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน รายได้เป็นแบบสอบถามลักษณะตรวจสอบรายการ และเติมคำในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดของแบนด์รูรา จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง⁴ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 14 ข้อ และตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก⁵ จำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทุกชิ้นได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และได้ทดลองกับผู้ที่มิคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ร่วมกับการปรับปรุงเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2568-ตุลาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ pair t- test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 80/2568 วันที่รับรอง 17 มิถุนายน 2568 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการเข้าร่วมการวิจัยให้แก่พยาบาลวิชาชีพทราบ เพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 95.67 อายุ 21-30 ปี จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 97.60 รายได้ต่อเดือน (บาท) 20,001-30,000 จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 67.31 ตำแหน่งงาน ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 82.69 ระยะเวลาทำงาน (ปี) 1-10 จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 88.46

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็น	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
ทัศนคติ	27.86	3.88	29.86	3.97	-8.01	.000*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	48.82	7.01	58.53	8.02	-7.56	.000*

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความพึงพอใจในทุกข้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า

พยาบาลวิชาชีพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้ อภิปรายได้ดังนี้ ตามมาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ข้อกำหนดที่ 4.2 มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ^{4,5}

2.ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความพึงพอใจในทุกข้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง¹

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มการพยาบาลควรส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกอย่างต่อเนื่องโดยจัดกิจกรรมกระตุ้นการทำงาน เช่น การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทักษะการจัดการความเสี่ยง การใช้โปรแกรม HRMS

ฝึกทักษะการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มความรู้และทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรุตี อาทิตย์ นิภา เชื้อทอง และอัญญา ปลดเปลื้อง.(2565). ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วย แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของ พยาบาลโรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์, 2665; 2(2): 70-88.
2. Nutbeam, D.(2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for Contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 2000; 15(3): 259-67.
3. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
4. ประการ เข้มแข็ง, นันทยา อ่อนคง, มณีรัตน์ วงศ์พุ่ม.(2559). การศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 2559; 4(1): 27- 44..
5. วันวิสา ยะเกียเงา, ณิชารีย์ ใจคำวัง และ พงษ์ศักดิ์ อันมอย.(2563). ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 2563; 15(2): 97-116.

ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

The results of applying participatory learning process to develop health literacy for diabetes risk group in Na Udom Subdistrict, Phon Thong District, Roi Et Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สมบุญ หมั่นนันท์¹
Somboon Mannan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ ระยะที่ 2 ประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 201 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ 1 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยกรมควบคุมโรค และเครื่องมือเชิงคุณภาพ 3 ชุด ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรายบุคคล จัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนตามกลยุทธ์ของพื้นที่ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใช้แนวทาง 3 อ. 2 ส. โดยบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและภาคีเครือข่ายสนับสนุนการจัดกิจกรรม 3) การสังเกตและบันทึกผล โดยจัดระบบการกำกับติดตามโดยการเยี่ยมเสริมพลังแบบมีส่วนร่วมและสร้างช่องทางการสื่อสาร การให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด และ 4) การสะท้อนผลโดยการจัดเวทีถอดบทเรียนและคืนข้อมูล ผลการพัฒนายพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างมีสถานะสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินลดลงเป็นร้อยละ 43.78 เพศชายและเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินลดลงเป็นร้อยละ 33.33 และ 50.69 ตามลำดับ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงเบาหวานลดลงเป็นร้อยละ 41.79 มีรายงานป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ 1 ราย

คำสำคัญ: กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, ความรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

Abstract

This action research aims to apply a participatory learning process to develop health literacy for diabetes risk groups in Na Udom Subdistrict, Phon Thong District, Roi Et Province. Divided into three phases: Phase 1 involves studying the local context and situation; Phase 2 involves applying participatory learning processes; and Phase 3 involves evaluating the development results. The sample group consisted of 201 individuals at risk of diabetes, selected using purposive sampling based on the inclusion criteria. The tools consisted of four sets, including one quantitative tool that had undergone quality control by the Department of Disease Control. And three sets of qualitative tools were used to check the quality of content and structure validity by three experts. Descriptive statistics were used for quantitative data analysis, and the paired t-test was used for inferential statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that: The application of participatory learning processes in developing health literacy consists of four steps. These include: 1) Planning, through practical training and setting individual blood sugar

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

control goals, and developing community-based health behavior modification plans based on local strategies. Health behavior modification uses the 3 A's and 2 S's approach : 3 E's (Eating, Exercise, Emotion), 2 S's (Stop Smoking, Stop Alcohol Drinking). The event was organized with the support of health role models and partner networks. 3) Observation and recording of results, by establishing a monitoring system through participatory empowerment visits and creating channels for communication, encouragement, and close consultation. and 4) Reflecting on the results by organizing a forum for lessons learned and feedback. The results of the development showed that the average scores for health literacy and health behavior increased significantly at the 0.05 statistical significance level. The sample group showed a significant improvement in health conditions that put them at risk of developing diabetes. The percentage of overweight individuals with a Body Mass Index (BMI) decreased to 43.78 percent, while the percentage of men with excessive waist circumference decreased to 33.33 percent and 50.69 percent for women, respectively. The percentage of people with blood sugar levels within the risk range for diabetes decreased to 41.79 percent. One new case of diabetes was reported.

Keywords : Participatory Learning Process, Health Literacy, Diabetes risk groups

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร(มก./ดล.) การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว มีอาการของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ตามัว ไตวาย ชาปลายมือปลายเท้า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง¹ สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานนอกจากปัจจัยภายในบุคคล เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าเส้นรอบเอว การป่วยด้วยโรคความดันโลหิต และประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง) ยังมีสาเหตุจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ สังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป วิถีชีวิตที่สะดวกสบายขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น ด้านการบริโภคอาหาร พบว่าการบริโภคเนื้อสัตว์และไขมันมากและลดการบริโภคใยอาหารจากผักและผลไม้ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และหากมีความเครียดทางร่างกายและจิตใจจะลดความสามารถของร่างกายในการใช้กลูโคสซึ่งทำให้เกิดโรคเบาหวานเร็วขึ้น²

สถานการณ์โรคเบาหวานประเทศไทยปีงบประมาณ 2564 ถึงปีงบประมาณ 2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปีงบประมาณ 2564 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ 481.41 ต่อประชากร แสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 564.56 และ 680.52 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 ตามลำดับ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 7 ก็มีแนวโน้มของอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ อัตราผู้ป่วย 576.45 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 615.90 และ 654.55 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด ก็มีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น จาก 539.04 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 549.45 และ 660.74 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 ตามลำดับ ส่วนอำเภอโพนทอง พบว่าแนวโน้มอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นจาก 625.35 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 679.06 และ 721.71 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 ตามลำดับ และตำบลนาอุดมก็มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 565.75 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 581.89 และ 729.80 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 ตามลำดับ³

สำหรับข้อมูลสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยพิจารณาจากข้อมูลการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าภาพรวมประเทศในปีงบประมาณ 2565 มีการคัดกรอง จำนวน 18,743,344 คน พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคือ ค่าน้ำตาลในเลือดระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ถึง น้อยกว่า 126 mg% จำนวน 2,228,373 คน (ร้อยละ 11.89) ปีงบประมาณ 2566 คัดกรองจำนวน 17,240,659 คน เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 1,950,336 คน (ร้อยละ 11.31) ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดปีงบประมาณ 2565 คัดกรองจำนวน 445,788 คน พบเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 74,010 คน (ร้อยละ 16.60) ปีงบประมาณ 2566 คัดกรองจำนวน 337,854 คน พบเสี่ยงเบาหวาน 44,944 คน (ร้อยละ 13.30) สำหรับอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ 2565 คัดกรองจำนวน 38,103 คน พบเสี่ยงเบาหวานจำนวน 5,646 คน (ร้อยละ 14.82) ปีงบประมาณ 2566 คัดกรองจำนวน 14,371 คน พบเสี่ยงเบาหวาน 895 คน (ร้อยละ 6.23) สำหรับข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทองในปีงบประมาณ 2565 คัดกรองจำนวน 1,917 คน พบเสี่ยงเบาหวาน 935 คน (ร้อยละ 48.77)⁴ ส่วนปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีการคัดกรองและได้บันทึกในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเพียง 27 คน เป็นกลุ่มเสี่ยง 3 คน (ร้อยละ 11.11) แต่ในข้อเท็จจริงได้มีการคัดกรองและได้จัดบันทึกในทะเบียนการคัดกรองเบาหวาน ปีงบประมาณ 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแพ่ง ตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทอง จำนวน 2,416 คน พบเสี่ยงเบาหวานจำนวน 501 ราย (ร้อยละ 20.74) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแพ่ง ตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทอง, 2566)⁵ ซึ่งมีความชุกกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสูงกว่าภาพรวมประเทศและภาพรวมจังหวัดร้อยเอ็ด และพบว่าตำบลนาอุดมมีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 0.019 ในปี พ.ศ.2564 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 0.108 และ 0.147 ในปี พ.ศ.2565 และปี พ.ศ.2566 ตามลำดับ⁶

โรคเบาหวานนอกจากส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล โดยได้มีการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรค ในการรักษาผู้ป่วย ระยะที่ 1 รวม 4 ปีงบประมาณ (2561-2564) พบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลขนาดเล็กเท่ากับ 1,421 บาทหรือเท่ากับ 17,052 บาท/คน/ปี⁷ ดังนั้นหากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทองในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 421 คน ไม่มีการป้องกันโรคที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานในที่สุดและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล จำนวน 7,178,892 บาท/ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและองค์กรเอกชน ได้ดำเนินการเพื่อกระตุ้นและสนับสนุนการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป รวมถึงส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพิ่มกิจกรรมทางกาย จัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นการพัฒนาความคิดอย่างมีเหตุมีผล ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีนำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยเน้นบทบาทการดำเนินงานของเครือข่ายสหวิชาชีพด้านสุขภาพร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ⁸ การจัดการแก้ไขปัญหาระบาดเบาหวานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต้องได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความรู้ แรงจูงใจและสมรรถนะใน

การเข้าถึง เข้าใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อการให้คุณค่าและตัดสินใจในการใช้ชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ เพื่อคงไว้หรือปรับปรุงให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อการสื่อสารกับผู้อื่นเป็นการเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญสามารถนำไปจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเมื่อเจอสถานการณ์แวดล้อมด้านสุขภาพ และสื่อบุคคลสามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้⁹ และ หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำย่อมจะส่งผลต่อการขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เกิดข้อจำกัดในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและเกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้¹⁰ และ¹¹ ได้ผลิตเครื่องมือในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. ได้แก่ การออกกำลังกาย สม่ำเสมอสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที ร่วมกับการกินผัก ผลไม้สดวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมขึ้นไป ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และมีการจัดการอารมณ์ ความเครียด รวมทั้งไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อป้องกันและลดโรคไม่ติดต่อ

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning : PL) เป็นการกระบวนการเรียนรู้ที่ดึงเอาความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปแบบของการเรียนรู้ที่เรียกว่า Active learning ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้นและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และได้เป็นอย่างดี¹² ผ่านการสังเคราะห์จากการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (Meta analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของ

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มและ¹³ กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ของบุคคลเพื่อพัฒนาตนเองโดยมีลักษณะการเรียนรู้ที่เป็นกระบวนการโดยอาศัยประสบการณ์เดิมของตนเองนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนอื่นในกลุ่มในลักษณะร่วมกันวิเคราะห์ วิพากษ์ จนนำมาซึ่งความคิดรวบยอดและหากพิจารณาโดยเน้นที่บทบาทของผู้เรียนในการร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หากขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านรูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีวงจรการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) จะเป็นการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างเป็นระบบ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาการปฏิบัติงานในหน้าที่โดยใช้ระเบียบวิธีวิทยาศาสตร์เพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติหรือเป็นการแก้ปัญหา และดำเนินการวิจัยในที่ปฏิบัติงานเริ่มจากการกำหนดปัญหา การแสวงหาลู่ทางในการแก้ปัญหา การใช้วิธีการต่างๆในการแก้ปัญหา การบันทึกรายละเอียดผลการปฏิบัติการ การสรุปและเสนอผลการแก้ปัญหา เป็นการนำความรู้จากกระบวนการวิจัยร่วมกับการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา นำไปสู่ผลลัพธ์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้คือแนวทางใหม่ภายใต้กระบวนการทัศน์ “การวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลง”¹⁴

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในระดับชุมชนเขตพื้นที่ตำบลนาอุดม อำเภอนาทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผ่านมามีการดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ให้สุขศึกษาในชุมชนและปรึกษาหารือรวมถึงการส่งต่อข้อมูลกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เป็นครั้งคราว โดยไม่มีระบบการกำกับติดตามและเฝ้าระวังที่ชัดเจน ทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปจัดกิจกรรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลนาอุดม โดยการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การระบุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างชัดเจนเป็นรายบุคคล โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมถึงมีเครือข่ายในชุมชนสนับสนุนการจัดกิจกรรมซึ่งจะเป็นวิธีการสำคัญในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นโรคเบาหวาน สามารถลดปัญหาโรคเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดร้อยเอ็ด และสามารถใช้เป็นแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
2. เพื่อประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกรมสุขภาพจิต (2554) และแนวคิดกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค (2564) ผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พื้นที่วิจัยตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 รวม 11 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปในตำบล

นาอุดม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากการคัดกรองโดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) โดยบุคลากรสาธารณสุขในปี พ.ศ.2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566) จำนวน 421 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานตำบลนาอุดม ปี พ.ศ.2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตามตารางสำเร็จรูปของ¹⁵ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ 5 % และระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 201 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง¹⁶ ตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา และกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านให้ได้จำนวนใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ (1) เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย (3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน (4) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือความจำเสื่อมรุนแรง (5) ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท (6) ไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ (7) ช่วยเหลือตนเองได้ดี (8) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและใช้โปรแกรมไลน์ได้ และ (9) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ (1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย (2) ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ไตวาย มีภาวะติดเชื้ (3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (4) ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (5) ผู้ที่มีปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารการเดินทาง หรือการเคลื่อนไหว และ (6) ตั้งครรภ์ระหว่างการศึกษารวบรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด ดังนี้
1.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อศึกษาบริบทชุมชน มีประเด็นคำถาม จำนวน 9 ข้อ

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มย่อยบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน ประกอบด้วย

ประเด็นคำถามหลัก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามรอง จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบแบบสังเกตกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการขับเคลื่อนกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

1.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ จำนวน 1 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ (2) ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ และ (3) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือเชิงคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และโครงสร้าง แล้วปรับปรุงแก้ไข จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และ (3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนเครื่องมือเชิงปริมาณคือแบบสัมภาษณ์ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกรมควบคุมโรค(2564) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.914 และผลประเมินสะท้อนระดับที่เป็นจริง โดยใช้บุคคลคู่สัมภาษณ์ตรวจสอบข้อมูลกลับทันทีภายหลังพบว่ามีค่าเฉลี่ยความสอดคล้องตามความเป็นจริงของทักษะทั้ง 5 ด้าน ร้อยละ 90.10 - 92.15 แต่เนื่องจากยังไม่ปรากฏค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการ Try out จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.894

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และวิเคราะห์ข้อมูลนำเข้า ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

(1) จัดทำร่างหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม” พร้อมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (2) ศึกษาบริบทพื้นที่โดยการสนทนากลุ่มย่อยผู้นำชุมชน จำนวน 13 คน (3) ศึกษารูปแบบการจัดการปัญหาความเสี่ยงเบาหวานในชุมชนที่ผ่านมา โดยการสนทนากลุ่มย่อยบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอโพธารอง และตำบลนาอุดม จำนวน 9 คน และ อสม.จำนวน 5 คน รวม 14 คน (4) คัดเลือกทีมพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอโพธารอง จำนวน 10 คน และเชิญแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลโพธารอง จำนวน 2 คน เป็นวิทยากรให้ความรู้ภาควิชาการและเป็นที่ปรึกษาภาคสนาม (5) จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผน โดยการ (1.1) ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงประเมินข้อมูลสถานะสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด (1.2) ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มตามหลักสูตรและตารางการฝึกอบรมที่กำหนดขึ้น (1.3) กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม และทบทวนว่าอยู่ห่างจากเป้าหมายเพียงใดโดยใช้ผลระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดในการตั้งเป้าหมาย (1.4) จัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนตามกลยุทธ์ของพื้นที่เป็นรายหมู่บ้านโดยใช้แนวทาง 3 อ. 2 ส. และนำเสนอแผนในที่ประชุมเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (1.5) ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงคัดเลือกบุคคล

ต้นแบบด้านสุขภาพและเครือข่ายในชุมชนให้เป็น
ผู้สนับสนุนการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 : ปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่าง
ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองตาม
แนวทาง 3 อ 2 สอย่างต่อเนื่อง และเข้าร่วมกิจกรรม
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนของ
หมู่บ้าน ซึ่งมีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและเครือข่าย
ในชุมชนสนับสนุนการจัดกิจกรรม พร้อมทั้งกระตุ้น
และติดตามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและบันทึกผล โดย
ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง
แบบมีส่วนร่วมและบันทึกผล สร้างช่องทางการสื่อสาร
และสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ และประกาศชื่นชมให้
กำลังใจผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้
อย่างต่อเนื่องและให้คำปรึกษาในผู้ที่มีปัญหาและ
อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการ
จัดเวทีประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
วิธีการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
ดีและคืนข้อมูล

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา โดย (1)
ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการ (2) ประเมินข้อมูล
สภาวะสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคเบาหวาน ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และ
ค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธี DTX

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูล
สภาวะสุขภาพ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจก
แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบคะแนน
เฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพก่อนและหลังดำเนินการใช้สถิติ Paired t-test
กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ
ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ร้อยเอ็ด เลขที่ COE 2072566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม
2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์
พบว่าบริบทพื้นที่ตำบลนาอุดม อำเภอโพธิ์ทอง
จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นสังคมชาวนาตามวิถีชนบทภาค
อีสาน สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติเป็นทุ่งนาและ
แหล่งน้ำธรรมชาติ ซึ่งเหมาะในการประกอบอาชีพทำ
นา ทำสวนและการทำมาหากิน เพราะมีความสะดวก
ในการใช้น้ำ วิถีชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา
ปัจจุบันมี 17 หมู่บ้าน 2,553 ครัวเรือน ประชากร
7,158 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่และ
เลี้ยงสัตว์ มีวัฒนธรรมการแปรรูปอาหารเพื่อเก็บไว้
บริโภคตลอดปี ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่
ถ่ายทอดไว้แก่ลูกหลานสืบมาและเป็นอาหารประจำ
ถิ่นคือปลาร้าและนิยมใช้ปลาร้าเป็นส่วนประกอบ
สำคัญในการปรุงอาหารและนิยมรับประทานข้าว
เหนียวเป็นหลัก โดยพฤติกรรมรับประทานข้าว
เหนียวจะควักออกจากกระติบข้าวรับประทานจนอิ่ม
โดยไม่ได้แบ่งออกเป็นส่วนตัวตามจำนวน ที่ต้อง
รับประทานที่เหมาะสมเพื่อควบคุมค่าระดับน้ำตาลใน
เลือด รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่ผ่าน
มาดำเนินการโดย อสม.ทำหน้าที่ให้สุศึกษาในชุมชน
และร่วมประชุมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เป็น
ครั้งแรก ไม่มีระบบการกำกับติดตามและเฝ้าระวังที่
ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
71.64 อายุเฉลี่ย 48.4 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ
88.06 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.14
ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ
66.17 เพศชายมีเส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 68.42 เพศ
หญิง เส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 65.97 มีญาติสาย
ตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.82 ป่วยเป็นโรค
ความดันโลหิตสูงอยู่ในระหว่างรักษา ร้อยละ 22.89
เคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้าน

สุขภาพ ร้อยละ 2.98 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.73 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 55.22

2. การประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยน

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนารูปแบบในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอน	กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. การวางแผน	1. ประเมินสถานะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน, ประเมิน HL, HB 2. ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) 3. ตั้งเป้าหมายและวางแผนลดระดับน้ำตาลในเลือดรายบุคคล 4. จัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน 5. คัดเลือกบุคคลต้นแบบและเครือข่ายสนับสนุนการจัดกิจกรรม	1. ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นข้อมูลนำเข้าในการตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรายบุคคล 2. ได้รูปแบบการฝึกอบรมโดยกระบวนการ PL ในการพัฒนา HL และ HB ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 4. ได้แผนปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน รายหมู่บ้าน 17 แผน/ชุด 5. ได้บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและเครือข่าย จำนวน 438 คน สนับสนุนการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
2. การปฏิบัติการตามแผน	2.1 กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. และเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหมู่บ้าน 2.2 บุคคลต้นแบบและเครือข่ายสนับสนุนการจัดกิจกรรม	1. เกิดการรวมกลุ่มเพื่อสร้างสุขภาพในชุมชน ในลักษณะชมรม ได้แก่ 1.1 ชมรมออกกำลังกาย จำนวน 17 ชมรม มีสมาชิก จำนวน 1,190 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นสมาชิกชมรมและมีกิจกรรมต่อเนื่อง 1.2 ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 17 ชมรม มีสมาชิก จำนวน 464 คน เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตนด้านคุณธรรม จริยธรรม เพื่อผ่อนคลายความเครียด 3. รณรงค์ไม่รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม มีชุดทดสอบความเค็ม (Salt Meter) ไว้ใช้ในชุมชน ครบทั้ง 17 หมู่บ้าน 4. กลุ่มตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน
3. การสังเกตและบันทึกผล	1. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังแบบมีส่วนร่วม 2. สร้างช่องทางการสื่อสารและสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ 3. ประกาศชื่นชมให้กำลังใจและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด	1. ได้ชุดข้อมูลความก้าวหน้าของการพัฒนา รวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 2. ได้ช่องทางการสื่อสารเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มไลน์ “คนนาอุดมไม่เสี่ยงเบาหวาน” และมีการสนับสนุนสื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 3. ได้ชุดข้อมูลวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
4. การสะท้อนผล	จัดเวทีประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล	ได้ชุดข้อมูลความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคเพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาในวงรอบต่อไป

3. ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการขับเคลื่อนงานวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมสุขภาพ (3) การสังเกตและบันทึกผล และ (4) การสะท้อนผล โดยแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมหลัก

โดยได้ผลลัพธ์ของการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานแต่ละขั้นตอน ดังตารางที่ 1

ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.24 รองมาคือระดับดีมากและระดับพอใช้ ร้อยละ 33.83 และ 13.93 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) และมีพฤติกรรม

สุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.72 รองมาคือระดับ
ดีมากและระดับพอใช้ ร้อยละ 36.81 และ 6.47
ตามลำดับ (ตารางที่ 3) โดยสรุปภาพรวมมีคะแนน

เฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง
ที่ 4)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลัง
ดำเนินการ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน/ร้อยละ (n=201)		การเปลี่ยนแปลง
	ก่อน	หลัง	
ไม่ดี (16 - 47 คะแนน)	108 (53.73)	-	ลดลง
พอใช้ (48 - 55 คะแนน)	75 (37.31)	28 (13.93)	ลดลง
ดี (56 - 63 คะแนน)	18 (8.96)	105 (52.24)	เพิ่มขึ้น
ดีมาก (64 - 80 คะแนน)	-	68 (33.83)	เพิ่มขึ้น

Mean ก่อน = 44.14 หลัง = 64.28 , SD. ก่อน = 8.51 หลัง = 6.74

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน/ร้อยละ (n=201)		การเปลี่ยนแปลง
	ก่อน	หลัง	
ไม่ดี (16 - 47 คะแนน)	111 (55.22)	-	ลดลง
พอใช้ (48 - 55 คะแนน)	76 (37.81)	13 (6.47)	ลดลง
ดี (56 - 63 คะแนน)	14 (6.97)	114 (56.72)	เพิ่มขึ้น
ดีมาก (64 - 80 คะแนน)	-	74 (36.81)	เพิ่มขึ้น

Mean ก่อน = 45.05 หลัง = 65.11 , SD. ก่อน = 8.01 หลัง = 6.99

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลัง
ดำเนินการ

ตัวแปร	M	SD.	M dif	95% CI	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	44.14	8.51			
หลังดำเนินการ	64.28	6.74	1.896	1.364 - 3.858	0.009*
พฤติกรรมสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	45.05	8.01	1.804	1.477 - 2.368	0.008*
หลังดำเนินการ	65.11	6.99			

เมื่อพิจารณาข้อมูลสภาวะสุขภาพที่เป็นความ
เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง
ภายหลังดำเนินการ พบว่าสภาวะสุขภาพซึ่งเป็น
ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานลดลงอย่าง
ชัดเจน ดังนี้ ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน
จากร้อยละ 66.17 ลดลงเป็นร้อยละ 43.78 เพศชาย
มีเส้นรอบเอวเกินจากร้อยละ 68.42 ลดลงเป็นร้อย

ละ 33.33 เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินจากร้อยละ
65.97 ลดลงเป็นร้อยละ 50.69 ค่าระดับน้ำตาลใน
เลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงเบาหวานจากร้อยละ 100
ลดลงเป็นร้อยละ 41.79 และมีรายงานป่วยเป็น
โรคเบาหวานรายใหม่ 1 ราย (ร้อยละ 0.49) ดังตาราง
ที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อมูลผลสภาวะสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนและหลัง
ดำเนินการ

ข้อมูลสภาวะสุขภาพ	ก่อน (n=201)		หลัง (n=201)		การเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน	133	66.17	88	43.78	ลดลง
ค่าเส้นรอบเอวเกิน					
ชาย(57)	39	68.42	19	33.33	ลดลง
หญิง(144)	95	65.97	73	50.69	ลดลง
ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงเบาหวาน(100-125 Mg/dl) โดยการเจาะจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX)	201	100	84	41.79	ลดลง

สรุปและอภิปรายผล

บริบทพื้นที่ตำบลนาอุดมเป็นสังคมชาวนาตามวิถีชนบทภาคอีสาน พฤติกรรมการประกอบอาหาร ใช้ปลาร้าเป็นส่วนประกอบสำคัญและนิยมรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก โดยพฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียวจะรับประทานจนอิ่มโดยไม่ได้ออกเป็นส่วนๆตามจำนวนที่ต้องรับประทานที่เหมาะสมเพื่อควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดยุติรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชุมชนที่ผ่านมาไม่มีระบบการกำกับติดตามและ เฝ้าระวังที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 101 - 125 Mg/dl ทุกคน ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ 66.17 เพศชายและเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 68.42 และ 65.97 ตามลำดับ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.73 และ 55.22 ตามลำดับ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและตั้งเป้าเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยุติบุคคล พร้อมทั้งจัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนตามกลยุทธ์ของพื้นที่ (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใช้แนวทาง 3 อ. 2 ส. โดยบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและภาคีเครือข่ายสนับสนุนการจัดกิจกรรม (3) การสังเกตและบันทึกผล โดยจัดระบบการกำกับติดตามโดยการเยี่ยมเสริม

พลังแบบมีส่วนร่วม และสร้างช่องทางการสื่อสารการให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด (4) การสะท้อนผล โดยการจัดเวทีถอดบทเรียนและคืนข้อมูลผลการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีสภาวะสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินลดลงจากร้อยละ 66.17 เป็นร้อยละ 43.78 เพศชายมีเส้นรอบเอวเกินลดลงจากร้อยละ 68.42 เป็นร้อยละ 33.33 และเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินลดลงจากร้อยละ 65.97 เป็นร้อยละ 50.69 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงเบาหวานจากร้อยละ 100 ลดลงเป็นร้อยละ 41.79 และมีรายงานป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ 1 ราย

จากบริบทชุมชนเป็นสังคมชาวนา ประชาชนมีความผูกพันกับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่เป็นทุ่งนาและแหล่งน้ำธรรมชาติ มีวัฒนธรรมการแปรรูปอาหารเพื่อเก็บไว้บริโภคตลอดปีซึ่งเป็นภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่ถ่ายทอดไว้และเป็นอาหารประจำถิ่นคือปลาร้า โดยนำปลาร้ามาเป็นเครื่องปรุงอาหารที่ไม่มีขั้นตอนซับซ้อน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ¹⁷ ที่พบว่าหนึ่งในจิตวิญญาณ 5 แห่งความเป็นอีสานเช่นเดียวกับข้าวเหนียว ลาบ ส้มตำ หมอลำและปลาแดก (ปลาร้า) เป็นสิ่งบ่งบอกถึงอัตลักษณ์ในสังคมพหุ

วัฒนธรรมของตัวตนคนอีสาน และผลการศึกษาของ¹⁸ ที่พบว่า การประกอบอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยเขมร จะสืบทอดกันเฉพาะภายในครอบครัว โดยเครื่องปรุงที่ใช้ในการประกอบอาหารเป็นหลัก ได้แก่ เกลือ น้ำปลา ผงชูรส กะทิ และน้ำปลาร้า และส่วนพฤติกรรมการบริโภคข้าวเหนียวเป็นส่วนใหญ่นั้น เป็นเพราะข้าวเหนียวเป็นผลผลิตที่ได้จากการทำนา ซึ่งไม่ได้ซื้อมาบริโภคและให้เหตุผลว่ากินข้าวเจ้าแล้วไม่อิ่มท้อง โดยลักษณะการรับประทานข้าวเหนียวจะเป็นแบบข้าวหนึ่งโดยพฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียวจะควักออกจากกระติบข้าวไปรับประทานจนอิ่มโดยไม่ได้ออกเป็นส่วนตัวตามจำนวนที่ต้องรับประทาน ทำให้ไม่สามารถรู้ปริมาณที่รับประทาน เนื่องจากข้าวเหนียวมีปริมาณน้ำตาลสูง อาจมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด ตามผลการศึกษาของ¹⁹ ซึ่งได้เปรียบเทียบผลของปริมาณน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้บริโภคแค้นตะวันและข้าวเหนียวพันธุ์ กข.6 ที่พบว่ากลุ่มที่บริโภคแค้นตะวันมีแนวโน้มที่ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่บริโภคข้าวเหนียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรูปแบบการจัดการปัญหาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนที่ผ่านมาที่พบว่าไม่มีระบบการติดตามระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจนนั้นทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานขาดโอกาสรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง ขาดโอกาสที่ควรได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้มีรายงานผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการแก้ไขปัญหากลุ่มเสี่ยงเบาหวานอย่างเป็นระบบ โดยรูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน โดยการสร้างแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการลดระดับน้ำตาลในเลือดยรายบุคคล บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพร่วมสร้างพลังให้เกิดแรงจูงใจ ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความตระหนักที่กลุ่มตัวอย่างจะได้พยายามมุ่งมั่นปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

อย่างเหมาะสม 2) การปฏิบัติตามแผน โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. และบันทึกการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน ขับเคลื่อนกิจกรรมตามกลยุทธ์ของพื้นที่ บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและเครือข่ายสนับสนุนการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการบันทึกการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน 3) การสังเกต โดยการจัดระบบกำกับติดตามด้วยการเยี่ยมเสริมพลังแบบมีส่วนร่วมเป็นรายหมู่บ้าน และ 4) การถอดบทเรียนโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล ถือว่าเป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างและชุมชนได้รับทราบข้อมูลผลการพัฒนาซึ่งนำไปสู่การวางแผนจัดการปัญหาในวงรอบต่อไป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานในชุมชนอย่างชัดเจน ได้เห็นบทบาทที่ชัดเจนของชุมชนในการให้ความสำคัญของการพัฒนาทุกขั้นตอนและมีความต่อเนื่องในการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ¹⁴ ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานศึกษาการปฏิบัติงานในหน้าที่โดยใช้ระเบียบวิธีวิทยาศาสตร์เพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติหรือเป็นการแก้ปัญหา ได้ผลลัพธ์คือแนวทางใหม่ภายใต้กระบวนการที่ “การวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลง” นอกจากนั้นยังว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมีการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียง 1 ราย เป็นผลมาจากการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เป็นการผสมผสานประสบการณ์กับกระบวนการกลุ่มและสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ในกลุ่มไลน์ที่สร้างขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ²⁰ ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย การบรรยาย ประกอบสื่อ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน การใช้ YouTube การใช้ Application line การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ การร่วมกันวางแผนการลดระดับน้ำตาลในเลือด การสาธิตอาหารป้องกันโรคเบาหวาน และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับข้อเสนอของ²¹ ที่เสนอว่ากลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ การสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง การสอนกลับการสื่อสารเพื่อการตัดสินใจเรื่องเล่าจากผู้มีประสบการณ์ตรง และการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และคำแนะนำของ²² ควรพัฒนารูปแบบระบบบริการเชิงรุกที่สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยคำนึงถึงรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการบริการที่เข้าถึงง่าย และการสนับสนุนการรับรู้และเข้าถึงนโยบาย 3 อ 2 ส การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผ่านขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีสถานะสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงและยืนยันผลลัพธ์ที่ชัดเจนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 พฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียวซึ่งรับประทานจนอิ่มทำให้ไม่สามารถรู้ปริมาณ น้ำตาลที่รับประทาน อาจมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน และ อสม. ควรเร่งรัดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติมในประเด็นการคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับในแต่ละวัน ซึ่งเป็นการวางแผนและควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตในมื้ออาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัว

1.2 บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องค้นหาบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็งเพื่อเป็นแกนนำในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน มีส่วนร่วมจัดการปัญหาโรคเบาหวานในระดับชุมชนอย่างมีคุณภาพ

1.3 รูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในครั้งนี้เป็นการดำเนินการในระดับชุมชน จึงเสนอให้มีการประสานหน่วยงานในที่เกี่ยวข้องในระดับที่สูงขึ้นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและออกแบบพัฒนาระบบการจัดการปัญหากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในวงกว้าง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวิจัยถึงทดลองหรือการวิจัยและพัฒนาในการจัดการปัญหากลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวานในเขตเมือง ซึ่งประชาชนมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกับเขตชนบทเพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัย รวมถึงควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ออกแบบการจัดการปัญหากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนได้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565).รายงานประจำปี 2565.[อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2566.แหล่งข้อมูล:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1392420230228064621.pdf>
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข(Diabetes remission in type 2 diabetes with intensivelifestyle intervention guide for healthcareproviders).[อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:
https://drive.google.com/file/d/1_pooxEPbFFvH6IR5DR3tNjk9q1nOUIUD/view
3. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานมาตรฐาน. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ[อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/eeeab22e386d32e7f5f5ecefcebce0001?subcatalogId=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b>
4. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานมาตรฐาน. ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน[อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/323a75335033c5976566d99f5ad53b33?subcatalogId=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48>
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านาแพง ตำบลนาอุดม อำเภอโพธารอง.(2566).รายงานผลการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2566. เอกสารอัดสำเนา
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธารอง.(2566). ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 2566. เอกสารประกอบการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ครั้งที่ 2/2566. เอกสารอัดสำเนา
7. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานมาตรฐาน. ร้อยละของประชากรกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมา [อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/cc7ca5d68ea315208e2039d7c64792ce>
8. อรทัย เขียวเจริญ และคณะ.(2566). ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกรายโรคจากข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจาก การศึกษา ต้นทุนรายโรกระยะที่ 1. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.[อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14456/hispa.2023.7
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 1.บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์ จำกัด.นนทบุรี.
10. Nutbeam D.(2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? Int. J Public Health, 54 : 303 - 305.
11. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวินิ แพงสุข,ธวัชชัย ยืนยาว และ วชิรวิงค์ หวังมัน.(2563). ผลของ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3) : 419 - 429.
11. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:<http://www.hed.go.th/linkHed/437>
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2544). คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : วงศ์กมลโปรดักชั่น.

13. ยูนันท์ ตามกาล.(2561). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลักวิถีชีวิตสีเขียวเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของครอบครัว.Journal of HR intelligence 13(1) : 20 - 45
14. ชูศักดิ์ เอกเพชร.(2561).เอกสารประกอบการบรรยายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.[อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2566.
แหล่งข้อมูล<https://graduate.sru.ac.th/wpcontent/uploads/2018/11/Action-Research-1.pdf>.
15. ROBERT V. KREJCIE, DARYLE W. MORGAN.(1970).DETERMINING SAMPLE SIZE FOR RESEARCH ACTIVITIES EDUCATIONAL AND PSYCHOLOGICAL MEASUREMENT 1970, 30, 607-610.[อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2566.แหล่งข้อมูล:
https://file:///C:/Users/HP/Downloads/DETERMINING_SAMPLE_SIZE_FOR_RESEARCH5b15d.pdf
16. กัลยา วานิชย์บัญชา.(2542).การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ.[อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566.แหล่งข้อมูล: <http://pioneer.netserv.chula.ac.th/~jaimorn/re6.htm>
17. ชนาภวิวัฒน์ ชันทะ และ อุ่นเรือน เล็กน้อย.(2563).ปลาแดก : การเชื่อมโยงพหุวัฒนธรรมการบริโภคของ คนอีสาน Pla Daek (Fermented Fish) : The Multi-Cultural Connection through
Its Consumption by the Isan People. Journal of Management Science Research, Surindra Rajabhat University, 4(2) : 96 - 109
18. กฤษ ตรงจิตต์ และอุบลวรรณ สุวรรณภูสิทธิ์.(2563).เทคโนโลยีอาหารหมัก ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับ วัฒนธรรมการกินอาหาร ของกลุ่มชาติพันธุ์บริเวณชายแดนไทย - กัมพูชา (Fermented Food Technology, Local Wisdom and Eating Culture of Ethnic Groups Along the Thailand – Cambodia Border Regions).Koch Cha Sarn Journal of Science,42(2) : 23 - 39
19. อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, อัคริน อมรสิน, ศิรินาถ ตงศิริ, วรณิศา ชาวตร, ชุตินณณ์ ปัตถามัง และรักษ์สุดา ชันธพัฒน์. (2559). การเปรียบเทียบผลของปริมาณน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้บริโภคแค้นตะวัน กับข้าวเหนียวพันธุ์ กข.6. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(1) : 15-20.
20. ศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ และ รุจิรา ดวงสงค์.(2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่านเจริญ อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13(3) : 56 - 68.
21. สมจิตต์ สินธุ์ชัย สุตาเดช พัทธศิริกุล และศิริพร สวางจิตตร.(2565). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสภากาชาด พยาบาล,37(1) : 58 - 74
22. จงกมลณี ชันอาสา,รักษนก คชไกร และกิตรา ไกรนุวัตร.(2563).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร (Factors Related to Health Literacy among High Risk Diabetes Mellitus Population in Bangkok Community).Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21(3) : 109 - 120

การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร

Strengthening the capacity of village health volunteers to promote health behaviors of chronic disease patients at Ban Dong Subdistrict Health Promotion Hospital, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุดสาคร สังกฤษ¹

Sudsakorn Sungkris¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึง เดือน ธันวาคม 2568 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 11 หมู่บ้าน รวมจำนวน 55 คน โดยการเจาะจง (Purposive Selection) โดยใช้เกณฑ์ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การเสริมสร้างศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This study was action research aimed at investigating the potential of village health volunteers in promoting health behaviors among patients with chronic diseases and enhancing the capacity of village health volunteers in promoting health behaviors among patients with chronic diseases at Ban Dong Sub-district Health Promotion Hospital, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province. The research was conducted from October 2025 to December 2025, a total of 3 months. The sample consisted of 55 representatives from each of the 11 villages in Ban Dong Sub-district Health Promotion Hospital, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province, selected using purposive selection criteria. Data was collected through questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The study results showed that, after the intervention, the overall and individual capabilities of village health volunteers in promoting health behaviors among chronic disease patients at Ban Dong Sub-district Health Promotion Hospital, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province, were at the highest level. Furthermore, there was a statistically significant difference at the 0.05 level between the potential of village

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร

health volunteers in promoting health behaviors among chronic disease patients at Ban Dong Sub-district Health Promotion Hospital, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province, before and after the intervention. The potential of village health volunteers in promoting health behaviors among chronic disease patients at Ban Dong Sub-district Health Promotion Hospital, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province, after the intervention was significantly better than before the intervention.

Keywords: Capacity building, Village health volunteers, Health behavior promotion, Chronic disease patients

บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทยโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคนไทย ที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ทำให้ผลิตภาพการทำงานลดลงหรือสูญเสียไปซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs 4 โรคหลักดังกล่าวปีละกว่า 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ โดยมีการประมาณมูลค่าความสูญเสียเศรษฐกิจไทย ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยร้อยละ 91 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ คิดเป็นมูลค่า 1,495 พันล้านบาท ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มลพิษทางอากาศ ความเครียด และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปีและไม่เข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ภาวะติดเตียงและความพิการ เป็นต้น¹

การเสริมสร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) คือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมประจำวันให้เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคกลุ่มนี้ โดยประกอบด้วยแนวทางสำคัญ เช่น การรับประทานอาหารที่สมดุล

และมีประโยชน์ ลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม และอาหารแปรรูปที่มีไขมันสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการพักผ่อนให้เพียงพอและการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคเป็นประจำยังช่วยให้พบโรคตั้งแต่ระยะแรกและเข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้องได้เร็วขึ้น การเสริมสร้างพฤติกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยความตระหนักรู้ การมีแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุข เพื่อป้องกันและลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน²

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เป็นตัวกลางสื่อสารระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับชุมชน และติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันในการติดตามสุขภาพ การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน อสม. ที่มีศักยภาพสูงจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ³ ซึ่งพบว่าความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังจากใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมากที่สุดและความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงานพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินการเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการและการศึกษาของ⁴ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็กและความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยที่หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ⁵ พบว่า (1) ปัญหาและความต้องการพัฒนา ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมใน “สถานีรักษสุขภาพ” การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาทักษะคัดกรองและดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการสร้างระบบพี่เลี้ยง (2) ได้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการ นำร่องการพัฒนาในชุมชนตัวอย่าง และขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังชุมชนอื่น และ (3) การประเมินผลหรือผลลัพธ์ของการพัฒนา พบ (1) “สถานีรักษสุขภาพ” ในชุมชนสามารถบริหารจัดการโดยการมีส่วนร่วมชุมชนโดยอสม. เป็นแกนนำ (2) อสม. มีทักษะการคัดกรอง

และดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้ปิงปองจราจร 7 สีอยู่ในระดับดี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนในระดับดี มีทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (3) ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคดีขึ้น ร้อยละ 67 และ (4) อสม. มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาในระดับดี ร้อยละ 100

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่า ในปี 2566 - 2567 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ารับบริการจำนวน 3,484 ครั้ง และจากฐานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 3,819 คน แบ่งตามชนิดโรคหลักที่พบบ่อยในพื้นที่ ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases) และโรคถุงลมปอดเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อายุที่มากขึ้นทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำได้ยากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายขาดแรงจูงใจและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน รวมถึงการติดตามเยี่ยมและให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและโรครุนแรงเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง, 2567)

นอกจากนี้ในการดำเนินงาน บุคลากรที่มีส่วนสำคัญ ที่จะช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน ก็คือ อสม. แต่จากการดำเนินงานพบว่า ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยพบว่า อสม. ขาดความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพที่ครอบคลุมและซับซ้อน รวมถึงการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและทันเวลา นอกจากนี้ยังขาดสมรรถนะในการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์และข้อมูลสมัยใหม่มาช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนทักษะการประสานงานกับทีมสุขภาพ ส่งผลให้งานสนับสนุนและส่งต่อผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มที่

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษา การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ซึ่งจะช่วยพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของอสม. ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ ทำให้การดูแลรักษาโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

3. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา เรื่องการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึง เดือน ธันวาคม 2568 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 11 หมู่บ้าน รวมจำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรม และการสรุปผลการดำเนินการตามกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร 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 ดังนี้⁶

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไป

ทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .953

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาดังออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ (Pre-research phase) และระยะดำเนินการวิจัย (Research phase)

1. ระยะเตรียมการ (Pre-research phase) มีกิจกรรมดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและความรู้ทางวิชาการที่ครบถ้วน

1.2 ศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การดำเนินวิจัยมีความถูกต้องครบถ้วน

1.3 จัดเตรียมโครงร่างและแผนการดำเนินงานวิจัย รวมถึงออกแบบเครื่องมือวิจัยและนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิให้ตรวจสอบความเหมาะสม

1.4 ประสานงานกับบุคลากรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ศึกษาวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และรับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสร้างความสัมพันธ์เพื่อความร่วมมือในระหว่างการศึกษาวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase)

ระยะนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่วางไว้ ผู้วิจัยใช้เวลาระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึง เดือน ธันวาคม 2568 รวม 3 เดือน

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ศึกษาปัญหาและสภาพการปฏิบัติงานของอสม. ในพื้นที่ เป้าหมาย พร้อมการกำหนดกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) นำแผนและแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนครที่ได้ไปใช้ วัดผลและปรับปรุงรูปแบบตามความเหมาะสม

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการติดตามผลการทดลองใช้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร และเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผล

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินการตามการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร ทำการอภิปรายร่วมกับทีมเพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมต่อไป

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัย

1. ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

2. การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลของการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของสาโรจน์ ตาลผาด⁴ เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ³ และพรทิพย์ ภูสง่า⁸ ซึ่งได้ทำการศึกษาก่อนหน้า ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างไรก็ตามด้วยความแตกต่างตามบริบทของพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจได้รับการพัฒนาตามกระบวนการ และการใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่าและการวิจัยในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับจิตติยา ใจคำ จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ อักษรา ทองประชุม⁷

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ

ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอสว่าง
พังโคน จังหวัดสกลนครประกอบด้วย

พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร

ตามแนวคิดของสำนักโภชนาการ⁹ กล่าวถึง
พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเป็นปัจจัย
สำคัญในการป้องกัน ควบคุม และลดความรุนแรง
ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้
คำแนะนำ และเป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน
ชุมชน 1) สุขภาพดีเพราะกินเป็น และ 2) สุขภาพดี
เพราะกินดี กินถูกหลักโภชนาการ 3) การปรับ
อาหารทั้งวัน 4) การนับคาร์โบไฮเดรต

ด้านการออกกำลังกาย ตามแนวคิดของ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁹ กล่าวถึง การ
ออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการ
ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคเรื้อรัง การมี
กิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิต ลดไขมันในเลือด
เสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย และช่วยให้ผู้ป่วยมี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การส่งเสริมการออกกำลังกาย
สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีดังนี้

1. การประเมินสมรรถภาพในการออกกำลังกาย
2. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย
3. ความถี่ในการออกกำลังกายเป็นอีกหนึ่ง
ปัจจัยที่สำคัญ
4. ประเภทของการออกกำลังกาย

การผ่อนคลายความเครียด ตามแนวคิด
ของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการจัดการความเครียดโดยกระบวนการ
กลุ่ม โดยยึดหลักสำคัญ 3 ประการ คือ สร้างคน
สร้างแกนนำและสร้างเครือข่าย ภายใต้กิจกรรม
สำคัญได้แก่ 1) การสำรวจความสนใจในวิธีการ
จัดการความเครียดที่สนใจ 2) การจัดตั้งกลุ่ม/
ชมรม 3) การกำหนดกิจกรรมการดำเนินงาน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่
สนใจ และ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การจัดการความเครียดโดยบุคคลเพื่อให้สมาชิกแต่ละ
คนได้มีการกำหนดเป้าหมายการจัดการ
ความเครียดที่สนใจและผสมผสานกิจกรรมการ
จัดการความเครียดที่สนใจให้เข้ากับชีวิตประจำวัน
ของตนเองได้ พร้อมทั้งมีการตรวจเช็ค
ความก้าวหน้าการปฏิบัติตนในการจัดการ
ความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะต้อง
มีการกำหนดตารางการปฏิบัติการจัดการ
ความเครียดของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ โดย
กำหนดให้ชัดเจนว่าจัดการความเครียดวันไหน
เวลาไหน สามารถแบ่งการจัดการความเครียด
ระดับบุคคลได้ตาม 10 วิธีบริหารจัดการ

ด้านการกินยาและพบแพทย์ ตามแนวคิด
ของ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) กล่าวว่า การ
ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการกินยาและการพบแพทย์
เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยควบคุมอาการของโรค ลด
ภาวะแทรกซ้อน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน มีบทบาท 1. การให้ความรู้และคำแนะนำ
ในการปฏิบัติตัวในการกินยาตามแพทย์สั่ง 2. การ
เฝ้าระวังและส่งต่อ

การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค ตามแนวคิด
ของ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค² กล่าวว่า
พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถ
ป้องกันและปรับเปลี่ยนได้ หากประชาชนมีความรู้
ความตระหนัก และได้รับการสนับสนุนจาก
ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะ
บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชน สามารถจำแนกพฤติกรรมเสี่ยง ดังนี้
1) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การบริโภค
อาหารหวาน มัน เค็ม มากเกินไป 2) การขาดการ
ออกกำลังกาย 3) การสูบบุหรี่และการได้รับควัน
บุหรี่มือสอง 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน
ปริมาณมากหรือดื่มเป็นประจำ 5) ความเครียด
เรื้อรังและการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม 6)
การพักผ่อนไม่เพียงพอการนอนหลับไม่เพียงพอ

หรือนอนไม่เป็นเวลา 7) การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

การนอนอย่างมีคุณภาพ ตามแนวคิดของกรมควบคุมโรค¹ กล่าวว่า การนอนหลับได้อย่างเพียงพอ (ประมาณ 7–9 ชั่วโมงต่อคืนในผู้ใหญ่) หลับสนิท ไม่สะดุ้งตื่นบ่อย และตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกสดชื่น ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การนอนหลับที่มีคุณภาพช่วยสนับสนุนการควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงานสอดคล้องกับจิตติยา ใจคำ จักรกฤษณ์ วัชรราชฤทธิ์ อักษรา ทองประทุม⁷

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ส่วนกลางและจังหวัดควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและลดการแออัด โดยสนับสนุนให้มีแกนนำสุขภาพในพื้นที่ในการคัดกรอง ส่งต่อ อย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ que เพิ่มสูงขึ้น สนับสนุนพัฒนาระบบการดูแลตนเอง โดยใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านสถานีสภาพ ผลักดันร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน และประชาชน

2. จังหวัด โรงพยาบาลชุมชน ควรส่งเสริมการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ในยุคเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและประชาชน เพื่อวางระบบป้องกันโรคเรื้อรัง และให้ความรู้การดูแลตนเองเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง จึงจะประสบผลสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ประสิทธิภาพจากการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อไป

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่ชุมชนที่มีขนาดใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ได้ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2566) แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 – 2570). สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อฯ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือการจัดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเรื่อง โรคไม่ติดต่อ (NCDs). นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
3. เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ.(2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 10(1). 141-50.
4. สาโรจน์ ตาลผาด.(2567). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก.

5. กัญญาณัฐ เกิดชื่น จงกลณี ตั๊ยเจริญ อิดารัตน์ นิ้มกระโทก.(2567). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการบริหารจัดการ “ สถานีรักษาสุภาพ ” แบบเป็นหุ้นส่วน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 10(2). 55 – 68.
6. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
7. จิตติยา ใจคำ จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ อักษรา ทองประชุม.(2564) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. ปีที่ 8ฉบับที่ 2เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2564.
8. พรทิพย์ ภูสง่า.(2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ 9 ด้าน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(1), 725–736. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/283271>
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง Diet & Physical Activity Clinic (DPAC) สำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับ รพ.สต.2557
10. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียด สำหรับวัยทำงาน.2558

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน
โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Effects of development a nursing practice guidelines for patients with cerebrovascular disease
in the fast track system,Tha Pla Hospital, Uttaradit Province.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

พิมพัทธรา โสภาคิษฐ์¹ พิสมัย นพรัตน์²
Pimpattara Sopakadit¹ Phisamai Nopparat²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Chi-square, ข้อมูลต่อเนื่องใช้ t-test

ผลการศึกษา :1) ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปฏิบัติการพยาบาล พบว่า การคัดกรองอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การรายงานแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้หลัก ABCD การประเมินระดับความรู้สึกตัว การตรวจ Motor power การควบคุมค่าออกซิเจนในกระแสเลือด การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ หลังพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ประสิทธิภาพด้านการรักษา พบว่า ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ผลการประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพัฒนาแนวปฏิบัติคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.37 ± 1.56 เป็น 11.96 ± 1.42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังพัฒนาแนวปฏิบัติพบว่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดจาก 3.40 ± 0.724 เป็น 3.86 ± 0.345 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แนวปฏิบัติการพยาบาล, ระบบช่องทางด่วน

Abstract

This research was a quasi-experimental research aimed to compare the effects of developing nursing practices for stroke patients in the fast-track system at Tha Pla Hospital, Uttaradit Province, in terms of nursing practice and treatment, knowledge, and satisfaction of professional nurses. The sample was purposively selected, including all professional nurses caring for stroke patients and stroke patients receiving services at Tha Pla Hospital, Uttaradit Province. The sample was compared before and after the implementation of the nursing practice guidelines. Descriptive statistics were used to find frequency, percentage, mean, and standard deviation. Chi-square was used to test the difference, and t-test was used for continuous data.

Results :1) The outcomes of using the practice guidelines in terms of nursing practices show that stroke symptom screening, effective physician reporting initial, nursing using the ABCD principle, consciousness level assessment, motor power assessment, blood oxygen control, vital signs monitoring significantly improved after development compared to before development ($p < 0.05$). and after the Treatment outcomes revealed that the

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลท่าปลา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าปลา

duration of stay in the emergency room and the incidence of complications before and after the development were significantly different ($p < 0.05$). 2) The results of assessing professional nurses' knowledge after the development of practice guidelines showed an increase in average scores from 8.37 ± 1.56 to 11.96 ± 1.42 was significantly different ($p < 0.05$). 3) The results of assessing professional nurses' satisfaction after the development of practice guidelines showed that the majority were at the highest level, from 3.40 ± 0.724 to 3.86 ± 0.345 , with significantly different ($p < 0.05$).

Keywords: Stroke patients, Nursing practice, fast-track system

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมอง เนื่องจากเซลล์สมองถูกทำลาย พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่และวัยชรา ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 101 ล้านคนและมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 รายในทุก 3 วินาที โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) เกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เนื่องจากหลอดเลือดตีบและอุดตันพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 80-85 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมองพบได้ประมาณร้อยละ 15-20¹ สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1547.2, 1944.7 และ 2302.3 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 58, 58.3 และ 59.5 ตามลำดับ² อาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรือซีกครึ่งซีก, มองไม่เห็นครึ่งซีก, พูดจาไม่ชัด, กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก, ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น โดยอาการแสดงมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการขาดเลือด หรือขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรง, พูดไม่ชัด, มึนงง, เดินเซ หรือการทรงตัวไม่ดี เป็นต้น³ การป้องกันไม่ให้เป็นโรค รวมถึงการให้การรักษารวดเร็วทันเวลาที่ เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท

เป็นวิธีการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญอย่างมาก เพื่อให้เนื้อสมองได้รับเลือดกลับมาเลี้ยงอย่างทันเวลาที่ สามารถลดอัตราการเสียชีวิต, ความรุนแรงของโรคและความพิการได้⁴ การรักษาละเลยหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีเป้าหมาย คือ ต้องได้รับการรักษารวดเร็วที่สุดและช่วยให้เลือดกลับเลี้ยงสมองได้มากที่สุด โดยสถาบันประสาทวิทยาร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้วางระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3-4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ มีโอกาสหายเป็นปกติ เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลงและความพิการลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵ ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้รวดเร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen) ภายใน 270 นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติ หรือเรียกว่า “Stroke fast track” หรือ “ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” สำหรับประเทศไทยโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2552 โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทุพพลภาพและความพิการ⁶

พยาบาลถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดมีบทบาทสำคัญในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ซึ่งดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย นอกจากพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการดำเนินของโรคแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ เฉพาะด้านซึ่งทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นอีกทฤษฎีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ ซึ่งประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก โดยมีมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็น 3 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ขึ้นหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว บทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองและป้องกันจากอันตรายต่างๆ 2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีแต่ถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากการรักษา 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลทั้งในภาวะวิกฤต พ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว ผู้ป่วยบางรายจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อีกทั้งญาติผู้ดูแลมักจะไม่มีความมั่นใจในการดูแล

ผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่านของครอบครัว จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลนอกจากบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทพัฒนาความรู้ สอน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วย โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น⁸

โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยปี พ.ศ. 2564-2567 โรงพยาบาลท่าปลาให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลเบื้องต้น จำนวน 54, 63, 54, 89 รายตามลำดับ⁹ และมีแนวโน้มสูงขึ้น ตามแนวทางของสถาบันประสาทวิทยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลันต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิภายในเวลา 30 นาที¹⁰ ซึ่งที่ผ่านมาปี 2565-2567 มาตรฐานเวลาในการดูแลเบื้องต้นใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที พบเพียงร้อยละ 55.93, 70.37, และ 62.92 ตามลำดับ และการทบทวนการดูแลในปี 2567 ที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยบางรายนอนรอแพทย์เป็นระยะเวลานาน, การซักประวัติไม่ละเอียดและไม่ระบุเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการสาเหตุจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน พยาบาลขาดความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองประเมินอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่แรกรับจนได้รับการส่งต่อนานเกินเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนตามแนวคิดของสถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย 2556¹⁰ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ โดยบูรณาการเพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของ โดนาปีเดียน¹¹ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพโดย

การอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (out come) เพื่อพัฒนาสมรรถนะและความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้มาตรฐานสากล มีชีวิตรอด ปลอดภัย คงไว้ซึ่งหน้าที่อวัยวะสำคัญ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลแรกที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลรักษาพยาบาลจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ด้วยการบริการที่รวดเร็ว และทันเวลา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านการรักษาก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ใช้เวลาดำเนินการตั้งแต่ 1 เมษายน 2568 – 30 พฤศจิกายน 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาโดยรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่าปลา ระหว่างเดือนสิงหาคม

2567 – พฤศจิกายน 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ร่วมกับเอกสารและสถิติรายงานประจำปีของโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ICD 10 รหัส G 45 หรือเป็นภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างทันทีทันใด (Stroke) ICD 10 รหัส I 64 และสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่จุดคัดแยก/คัดกรอง (Triage & Screening) และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รวมทั้งประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง เพื่อหาปัญหาและโอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โดยจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทฤษฎีการพยาบาล เพื่อนำมากำหนดโครงสร้างและเนื้อหา รวมทั้งเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยตามโครงสร้างที่กำหนด โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษาปัญหาในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้แนวคิดของสถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย 2556¹⁰ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ โดยบูรณาการเพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน¹¹ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพโดยการอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (out come) เพื่อพัฒนาสมรรถนะและความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 นำแนวปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลท่าปลา กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปฏิบัติงานจุดคัดแยก/คัดกรอง (Triage & Screening) และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รวมทั้งสิ้น 30 คน

2. ผู้รับบริการ มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD 10 รหัส G 45, I 64), ไม่มีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน, ไม่เคยได้รับบาดเจ็บทางสมองมาก่อน, ให้คำยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยผู้ป่วยเองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองโดยอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองแล้วไม่เข้าเกณฑ์โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคลมชัก, ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมให้ศึกษาระหว่างการทำวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก และเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุดรธานี โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 – เดือนพฤศจิกายน 2567 เปรียบเทียบกับหลังใช้แนวปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 – พฤศจิกายน 2568 คำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติ t-tests: means: difference between two independent means (two groups), Effect size = 0.8, Error probabilities 0.05, Two side test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าปลาซึ่งผู้วิจัยออกแบบเองแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกแบบเติมข้อมูล และเลือกตอบ (Checklist) ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาที่เริ่มป่วย วันที่ เวลาที่เข้ารับการรักษา 2) ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกแบบเติมข้อมูลและเลือกตอบ (Checklist) ประกอบด้วย การคัดกรอง การรายงานแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา การวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การส่งต่อ

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบช่องทางด่วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของสถาบันประสาทวิทยา ชุมรพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย 2556¹⁰ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ โดยบูรณาการเพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพโดยใช้กรอบแนวคิดของ โดนาปีเดียน¹¹ ประกอบด้วย 1) การคัดกรองอาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรายงานแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ 3) การพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้นโดยใช้หลัก ABCD 4) การประเมินระดับความรู้สึกตัว 5) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 6) การตรวจ Motor power 7) การควบคุมค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 8) การบริหารจัดการสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 9) การเจาะเลือดส่งตรวจ 10) การเฝ้าระวังระวังสัญญาณชีพ 11) การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ข้อใดข้อหนึ่ง มีคำตอบเป็น 2 ระดับ คือ 0 คะแนน (ไม่ถูกต้อง) และ 1 คะแนน (ถูกต้อง) การแปลผลคะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำหมายถึงคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-10 คะแนน) ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11

คะแนน) ระดับสูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 80-100 (12-15 คะแนน)

4. แบบสอบถามพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โรงพยาบาลท่าปลา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด (ระดับ 4) ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด (ระดับ 1) การแปลผลคะแนนรวม 60 คะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์โดยนำค่าพิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด 51-60 คะแนน พึงพอใจมาก 39-50 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 27-38 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด 15 -26 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โรงพยาบาลท่าปลาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 แบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ 1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ คำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย, ข้อมูลผลลัพธ์การดูแล, ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย, ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square, ข้อมูลต่อเนื่องใช้ สถิติ t-test ค่า $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี รหัสการวิจัย UHPO REC No. 037/2568 อนุมัติวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 หมดอายุ วันที่ 29 กรกฎาคม 2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจุดคัดแยก/คัดกรอง (Triage & Screening) และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 46.67 อายุเฉลี่ย 44.07 ± 10.51 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 10 ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมากที่สุดร้อยละ 63.34 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.34

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน ผู้ป่วยก่อนพัฒนาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 34.29 ผู้ป่วยหลังการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 28.57 ก่อนและหลังพัฒนา ส่วนใหญ่วุฒิการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 45.71 และ 34.29 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.71 และ 34.29 ตามลำดับ ผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา และเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วย Acute Stroke ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ร้อยละ 97.14 และ 100 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังพัฒนา คือ $2,493.23 \pm 959.65$ และ $2,614.61 \pm 1,015.49$ บาท ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนด้านปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน
ด้านปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนา

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)		X ²	p-value
	ก่อนพัฒนา (n=35)	หลังพัฒนา (n=35)		
การคัดกรองอาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง	21 (65.63%)	32 (91.43%)	4.922	0.027*
การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้หลัก ABCD	27 (77.14%)	35 (100%)	9.032	0.003*
การประเมินระดับความรู้สึกตัว	28 (82.35%)	34 (97.14%)	4.118	0.042*
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	34 (97.14 %)	35 (100%)	0.030	0.862
การตรวจ Motor power	21 (65.63%)	32 (91.43%)	4.922	0.027*
การควบคุมค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (O ₂ sat ≥ 95%)	29 (82.86%)	34 (97.14%)	4.975	0.026*
การจัดการสารน้ำทางหลอดเลือดดำ	34 (97.14%)	35 (100%)	0.030	0.862
การเจาะเลือดส่งตรวจ	34 (97.14%)	35 (100%)	0.030	0.862
การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ	28 (82.35%)	34 (97.14%)	4.118	0.042*
การส่งต่อผู้ป่วย	34 (97.14%)	35 (100%)	0.030	0.862

* p < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า การคัดกรองอาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้หลัก ABCD การประเมินระดับความรู้สึกตัว การตรวจ Motor power การควบคุมค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (O₂ sat ≥ 95%) การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ประสิทธิภาพด้าน

การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ส่วนการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเจาะเลือดส่งตรวจ การจัดการสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การส่งต่อผู้ป่วยหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้น

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนด้านปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังพัฒนา

ประเด็น	Mean ± SD		t	p-value
	ก่อนพัฒนา (n=35)	หลังพัฒนา (n=35)		
การรายงานแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ	7.86 ± 11.66	3.29 ± 3.13	2.128	0.041*

* p < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า การรายงานแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ประสิทธิภาพด้านการปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนด้านการรักษา

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการรักษาระหว่างกลุ่มก่อนและหลังพัฒนา

ประเด็น	ก่อนพัฒนา (n=35)	หลังพัฒนา (n=35)	t	p-value
ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน (Mean $\pm$ SD)	38.43 $\pm$ 22.82	28.54 $\pm$ 10.88	2.157	0.038*
อัตราการเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	2 (5.71)	0 (0.00)	-1.435	0.160
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน (ร้อยละ)	7 (20.00)	1 (2.86)	2.652	0.012*
ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Mean $\pm$ SD)	2,493.23 $\pm$ 959.65	2,614.61 $\pm$ 1,015.49	-0.574	0.570

* p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง

พัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่มีแนวโน้มลดลง ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนที่ 5 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็น	Mean $\pm$ SD		t	p-value
	ก่อนพัฒนา (n=30)	หลังพัฒนา (n=30)		
ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	8.37 $\pm$ 1.56	11.96 $\pm$ 1.42	-5.806	0.000*

* p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน กลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็น	Mean $\pm$ SD		t	p-value
	ก่อนพัฒนา(n=30)	หลังพัฒนา (n=30)		
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	3.40 $\pm$ 0.724	3.86 $\pm$ 0.345	-3.232	0.003*

* p < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปและอภิปรายผล

1.ปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุดรธานี จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี

2567 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี วุฒิการศึกษา มัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.86 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลท่าปลา จากการทบทวนเวชระเบียน สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานจาก พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่จุดคัดแยก/คัดกรอง (Triage & Screening) และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รวมทั้งการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ยังมีโอกาสพัฒนา ในด้านการปฏิบัติพยาบาลที่ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ การคัดกรองอาการแสดง โรคหลอดเลือดสมอง การรายงานแพทย์ที่มี ประสิทธิภาพ การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้หลัก ABCD การประเมินระดับความรู้สึกตัว การตรวจ Motor Power การควบคุมค่าออกซิเจนในกระแสเลือด การ เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน/ความเสี่ยงทางคลินิก ปัญหาและอุปสรรคของบุคลากรที่พบ คือ แนว ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยและคู่มือการพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ความรู้ ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษา ปัญหาและสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติการ พยาบาลที่ดีขึ้น⁵

2.การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โรงพยาบาล ท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองและทฤษฎีการพยาบาล เพื่อนำมา กำหนดโครงสร้างและเนื้อหา รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ใน งานวิจัย พร้อมทั้งจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อบรมให้ความรู้บุคลากรในหน่วยงานเพื่อสร้างความ เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากนั้นได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการ วิจัยโดยใช้แนวคิดของสถาบันประสาทวิทยา ชมรม พยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย 2556¹⁰ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ โดยบูรณาการ เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของโด นาบิเดียน¹¹ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษา ปัญหาในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาหาแนวทางแก้ไข ปัญหา จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลลับแล จังหวัด อุตรดิตถ์ ปรับปรุงจนแนวปฏิบัติมีคุณภาพดีและ สอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลลับแล ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่าน google form ระดับความ พึงพอใจ หลังการทดลองใช้อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.33 (3.90±0.31)

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน

3.1 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลด้าน ปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาแนว ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.1 การคัดกรองอาการแสดงโรคหลอดเลือด สมอง, การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้หลัก ABCD ,การ ประเมินระดับความรู้สึกตัว, การตรวจ Motor Power, การควบคุมค่าออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$, การเฝ้า ระวังสัญญาณชีพ, การรายงานแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ประสิทธิภาพ ด้านปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ดังเช่นการศึกษาของ Considine J. & McGillivray B¹² หลังพัฒนาแนวปฏิบัติพบว่า การ

คัดกรองผู้ป่วย การควบคุมค่าออกซิเจนในกระแสเลือด และการเฝ้าระวังสัญญาณชีพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง การเฝ้าระวังความเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องของโรคหลอดเลือดสมองเริ่มต้นที่ห้องฉุกเฉิน การศึกษาของน้องนภา วิเศษศรี¹³ หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ บุคลากรมีการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยข้อที่ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 100 ได้แก่ การประเมิน V/S, N/S, การประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ สาริศา กุณเสน¹⁴ พบว่า การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การรายงานแพทย์ ก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสมตามมาตรฐาน สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วน โรงพยาบาลท่าปลาที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมเกิดผลลัพธ์ที่ดีสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในการพัฒนาระบบบริการ service plan ที่เน้นการเข้าถึงบริการ พัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานและบุคลากรมีความรู้ เพื่อลดอัตราการตาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁵

3.1.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การเจาะเลือดส่งตรวจ, การจัดการสารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การส่งต่อผู้ป่วย หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลด้านการรักษา ก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนพบว่า

3.2.1 ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน ก่อนพัฒนาระยะเวลาเฉลี่ย 38.43 ± 22.82 นาที หลังพัฒนาระยะเวลาเฉลี่ย 28.54 ± 10.88 นาที ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินลดลงโดยอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายคือน้อยกว่า 30 นาทีก่อนส่งไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยหลุดลงหรือเสียชีวิต สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผลการศึกษาของยุวดี ผงสา¹⁶ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การศึกษาของ ปิยาภรณ์ นาไวย และอัมภิกา นาไวย¹⁷ พบว่าหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือ 29.31 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และการศึกษาของ นวรัตน์ บุญน่าน และคณะ¹⁸ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบช่องทางด่วนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินเท่ากับ 24.85 นาที ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทุพพลภาพและความพิการ

3.2.2 ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรักษาที่แผนกฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งค่าใช้จ่ายหลังการใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2,493.23 บาท เป็น 2,614.61 บาท อธิบายได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้มาตรฐานครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องใช้ศักยภาพเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่มากขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้ครบถ้วน จึงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วย

3.2.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้จำนวนน้อยไป และมีการติดตามผลของผู้ป่วยหลังการส่งต่อภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง แสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนในงานวิจัยนี้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง และในอนาคตควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เพื่อที่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

4. ผลลัพธ์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ก่อนพัฒนาค่าคะแนนเฉลี่ย 8.37 ± 1.56 หลังพัฒนาค่าคะแนนเฉลี่ย 11.96 ± 1.42 ซึ่งสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิญา อินทวิเศษ และสายสกุล สิงหาญ¹⁹ พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สาริศา กุณแสน¹⁴ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกเรื่องและในภาพรวม ($p < 0.01$) ดังนั้นการอบรมให้ความรู้ผู้ใช้แนวปฏิบัติก่อนนำไปปฏิบัติจริงช่วยให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

5. ผลลัพธ์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนพบว่าก่อนพัฒนาคะแนนความพึงพอใจ 3.40 ± 0.724 หลังพัฒนา 3.86 ± 0.345 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉรา วรรณขารี, สิริวิภา ไรจนรัตนงูร และวัฒนพงษ์ อุทรส²⁰ พบว่าหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแล้วระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาปิยาภรณ์ นาไวย้และอัมมิษา นาไวย้¹⁷ พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ควรขยายผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี และมีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จัดระบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาล และอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาและส่งต่ออย่างมีคุณภาพ

2. ควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และขับเคลื่อนสู่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับในพื้นที่อำเภอท่าปลา รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยเน้นที่การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินอาการขั้นต้น เพื่อให้สามารถส่งต่อมายังโรงพยาบาลที่

ใกล้ที่สุด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วขึ้น

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยนี้สามารถใช้ได้จริงและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ ดังนั้นควรนำไปปรับใช้ในกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคอื่นๆในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหลอดเลือดปอดอุดตันเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W.(2022). Global stroke fact sheet 2022. Int J Stroke 2022; 17(1): 18-29. doi :10.1177/17474930211065917
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2568). จำนวนและและอัตราผู้ป่วยในปี 2565-2567 . [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2568]. เข้าถึงจาก https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_NCD/views/DashboardNCDFinal
3. Truelsen, T., Begg, S., & Mathers, C.(2006). The global burden of cerebrovascular disease 2000. [internet] . 2006. [cited 2025 April 19]. Available from <https://www.who.int/healthinfo/statistics/bodcerebrovascularisease/Stroke.pdf>.
4. Albers, G.W., Amarenco, P, Easton, J.D., Sacco, R.L., Teal, P.(2008). Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke: American College of Chest Physicians Evidence Based Clinical Practice Guidelines (8thEdition). Chest 2008; 133 (6 Suppl); 630-669. doi: 10.1378/chest.08.0720
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด.
6. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2562). ความเป็นมาของการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์). วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2562; 18(1): 25-41.
7. Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M.(2001). Nursing : Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.
8. Nopparat, P.(2024). Effects of development a guideline for sepsis patients care: a case study of Tha Pla Hospital, Uttaradit Province. Public Health Innovation Research and Development 2024; 2(2): 99–134.
9. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลท่าปลา.(2567). สรุปผลงานประจำปี โรงพยาบาลท่าปลา ปีงบประมาณ 2567. โรงพยาบาลท่าปลา.
10. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2556). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
11. Donabedian, A.(2003). An Introduction to quality assurance in health care. 3 rd ed. New York: Oxford university press.
12. .Considine, J., McGillivry, B.(2012). An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian Emergency Department. Journal of clinical nursing 2010; 19(1-2): 138-144. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02970.x.
13. นื่องนา วิเศษศรี. ผลของใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี.[อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงจาก <file:///C:/Users/cente/Downloads/ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน%20%20หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน.pdf>.
14. สาริศา กุณแสน.(2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงจาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240430114249.pdf>.

15. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2580. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
16. ยุวดี ผงสา.(2563). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563; 2(2): 139-153.
17. ปิยาภรณ์ นาไวย้, และอัมพิกา นาไวย้.(2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่, วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี 2567; 18(2): 13-24.
18. นวรัตน์ บุญนาน, อรทัย โสระเสริฐ, และนลินทิพย์ หอมขจร.(2566) การพัฒนารูปแบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 3(3):386-395.
19. อภิญญา อินทวิเศษ, และสายสกุล สิงหาญ.(2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาइन จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567; 4 (3): 58 - 71.
20. อัจฉรา วรรณชาติ, สิริวิภา โรจนรัตน์กุล, และวัฒนพงษ์ อุทรส.(2566). ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม .วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 3 (3): 8-22 .

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุ
ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร

Development of community participation model for developing
Self - sufficient quality of life for the elderly.in Fa Huan Subdistrict,
Khao Wang District, Yasothon Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

อัครเดช พุดพันธ์¹
Akkaradech Putpan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร บนพื้นฐานแนวคิดคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยดำเนินการใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1.วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ 2. พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3.ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 384 คน เครื่องมือกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) แบบวัดระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) และ 2) แบบประเมินศักยภาพในการดูแลของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแล ใช้แบบประเมินศักยภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 1) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ ผู้สูงอายุ 2)แบบประเมินปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุ และ 3)แบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44 ด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54, 56 และ 54 ตามลำดับ การประเมินความสามารถตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.31/10) ผลการประเมินการใช้รูปแบบพบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.70$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.64$)

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิตแบบพอเพียง

Abstract

This action research aimed to develop a community participation model for improving the self-sufficient quality of life of the elderly in Fah Huan Subdistrict, Khaw Wang District, Yasothon Province, based on the philosophy of the Sufficiency Economy and the principles of community participation. The research was conducted in three stages: 1. Analyzing the problem situation and operational context in the area; 2. Developing a quality of life improvement model; and 3. Evaluating the developed model using the WHOQOL-BREF-THAI quality of life scale for the elderly and a researcher-developed assessment tool for elderly caregiving capacity. The sample group consisted of 384 elderly individuals and caregivers residing in Fah Huan Subdistrict, Khaw Wang District, Yasothon Province, selected using purposive sampling. The tools used for the elderly group included: 1) the WHOQOL-BREF-THAI quality of life scale for the elderly and 2) the elderly caregiving capacity assessment tool. For the caregiver group, the researcher-developed assessment tool for elderly caregiving capacity was used, comprising: 1) a health perception scale for the elderly, 2) an assessment of the elderly's health problems, and 3) an assessment of their self-efficacy in caring for the elderly. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์เมือง ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร

The research findings revealed that 44% of the elderly group had a good quality of life. Physical, mental, and social relationship aspects were at a moderate level, at 54%, 56%, and 54%, respectively. The self-efficacy assessment of caregivers in caring for the elderly was at a moderate level (average score 6.31/10). The evaluation of the model showed that, overall, both the elderly and caregivers considered the sufficiency-based quality of life development model to be at the highest level ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.70$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.64$). In conclusion, creating a community space filled with love and sharing is crucial for improving the quality of life of the elderly and the community as a whole..

Keywords: Participation, Elderly, Sufficiency-based Quality of Life

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยสัดส่วน ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถิติประชากรกรมกิจการผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2568 พบว่าประเทศไทยมีประชากร 65.84 ล้านคน มีผู้สูงอายุจำนวน 13.99 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.5 ซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์¹ (Complete aged society) และในปี 2593 คาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะล้นเมือง และมีจำนวนมากถึงร้อยละ 27 ของพลเมืองทั้ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย การก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่าซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงอยู่ที่การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ควบคู่กับการดูแลตามสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11² นั้น ได้นำระบบสุขภาพ พอเพียง มาใช้ในการพัฒนาสุขภาพไปสู่ความมีสุขภาวะในผู้สูงอายุ จึงน่าจะเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและกว้างขวางซึ่งระบบสุขภาพพอเพียง หรือวิถีชีวิตพอเพียง หมายถึง กระบวนการพัฒนาสุขภาพไปสู่สุขภาวะสุขภาพมีความหมายอย่างกว้าง หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่

สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ในการ พัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง³ มีแนวคิดพื้นฐานหลัก 2 ประการคือ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและสังคมแห่งสุขภาวะที่สุขภาพดีเป็นผลดีจากสังคมดี โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของชุมชนอื่นได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้นำแนวคิดดังกล่าวสู่กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อให้ผู้สูงวัยมีสุขภาวะ โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมไปสู่สังคมตามลำดับขั้น จากการมีฐานความรู้และคุณธรรมในการดำเนินชีวิต ให้สามารถพึ่งตนเอง สร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ ส่งเสริมกลุ่มสร้างเครือข่าย การขยายเครือข่าย พัฒนาตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีความรู้ทั้งในเชิงวิชาการสมัยใหม่ และสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และพัฒนาสำนักสาธารณะเป็นการพัฒนาจากข้างในสู่ข้างนอกให้สามารถ พึ่งตนเองได้ พัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง ที่มุ่งสร้างระบบบริการสุขภาพ ให้มีความพร้อมในทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการสร้างความเป็นธรรมในสังคมตามหลักธรรมาภิบาล เน้นการสร้างและพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง ส่งเสริมการรวมกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และไม่เบียดเบียนธรรมชาติ สู่สังคมสุขภาวะต่อไป

จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2568 มีประชากรทั้งสิ้น 522,949 คน⁴ มีผู้สูงอายุจำนวน 112,432 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50 อำเภอคำอวัง มีประชากร

จำนวน 16,288 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 3,512 คน คิดเป็นร้อยละ 21.56 ตำบลฟ้าห่วนมีประชากรจำนวน 3,872 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 798 คน คิดเป็นร้อยละ 22.72 ผู้วิจัยเป็นนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานจากการสำรวจข้อมูลและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูง (Barthel index of Activities of Daily. Living : ADL) ในตำบลฟ้าห่วนพบว่า ด้านสุขภาพกาย มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ปัญหาการเคลื่อนไหว เช่น ข้อเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน ด้านสุขภาพจิต มีความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือเหงา เนื่องจากขาดกิจกรรมสังคม ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ปัญหาความจำเสื่อม ด้านเศรษฐกิจ รายได้ที่จำกัดจากการเกษียณหรือการขาดงาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สูง ขาดผู้ดูแลที่เหมาะสมหรือบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือ มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ ทำอาหารหรือการเดินทาง ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์จากคนในครอบครัว ความต้องการทางสังคม ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมและชมรม ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหรือทรัพยากรที่จำเป็น

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษา เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการผสมผสานการ ค้นหาความจริงด้วยการวิจัย (research) การปฏิบัติการ (action) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วม (participation) ซึ่งจะมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ในทุกขั้นตอน เริ่มจากตัวของผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้นำในชุมชนเป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหา และความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวัง เพื่อ

ป้องกันโรค ของผู้สูงอายุในชุมชนเอง ดำเนินการวิเคราะห์ สถานการณ์ ค้นหาแนวทาง ในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุป กระบวนการต่างๆในการวิจัย ในแต่ละขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะค่อย ๆ เรียนรู้ร่วมกัน ผ่านการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย ในการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการได้ถูกต้อง ตรงตามความต้องการร่วมกับการใช้ภูมิปัญญาและทุน ที่มีอยู่ การพัฒนาระบบสุขภาพพร้อมการน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงลงสู่ชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างได้ผล และมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพที่ดีและอยู่ได้อย่างพอเพียง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาและบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลฟ้าห่วน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานแนวคิดแบบพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานแนวคิดแบบพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนบนพื้นฐานแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยนี้มีขั้นตอนการดำเนินงานอยู่ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงาน เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและบริบทการดำเนินงาน ด้วยการทบทวนเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องและสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนได้

ส่วนเสียเก็บข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ดำเนินการในเดือน พฤษภาคม 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุ กระบวนการวิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart⁵ และกระบวนการมีส่วนร่วม มีอยู่ 4 ขั้นตอน(PAOR) ได้แก่

1) **ขั้นวางแผน (Planning)** แต่งตั้งคณะทำงานที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับตำบล และนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและบริบทของพื้นที่ สู่การวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหา

2) **ขั้นปฏิบัติการ (Action)** เป็นการทำงานตามแผนที่จัดทำขึ้น

3) **ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)** เป็นการกำกับติดตามการดำเนินงาน ด้วยการออกเยี่ยมติดตาม การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Posttest) รวบรวมและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผน

4) **ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)** เป็นการสรุปผล คืบหน้าข้อมูล และถอดบทเรียน จากการดำเนินงานตามแผนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับฟังข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น และสังเคราะห์รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล และพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผลการดำเนินงานประเด็นต่าง ๆ ทั้ง 4 ขั้นตอน แล้วนำจุดอ่อนมาปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบให้ดียิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร จำนวน 768 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกผู้สูงอายุ

ที่มีอายุระหว่าง ๖๐-๗๕ ปี สามารถสื่อสารได้ดี เคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สัมผัสใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย จำนวน 50 คน

2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวและแกนนำในชุมชน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร จำนวน 334 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยโดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI).⁽⁶⁾⁽⁷⁾

2) แบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ๆ

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจกลุ่มผู้ดูแล ใช้แบบประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ๆ

2) แบบประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ๆ

3) แบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลการใช้รูปแบบโดยประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ paired Samples t - test ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis) โดยอาศัยเทคนิคหลักในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ 1. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสังเคราะห์และแปลความข้อมูลจากเอกสาร, คำพูด, หรือภาพ เพื่อหาแนวโน้ม แนวคิด หรือหัวข้อหลัก⁹ 2. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Credibility and Validity) ใช้เทคนิคเช่น การเลือกข้อมูลแบบระมัดระวัง การตรวจสอบซ้ำและการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้ข้อมูลน่าเชื่อถือ¹⁰

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรโดยยึดเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางสังคมศาสตร์/มานุษยวิทยา เลขที่ HE6825 ลงวันที่ 10 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ จากการศึกษาและสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีหลายประการ ได้แก่:

1.1 ปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุประสบกับโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือด ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงและอาจเป็นภาระให้กับครอบครัว

1.2 การขาดแคลนการดูแล การมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่อาจขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลและสนับสนุนสุขภาพ

1.3 ปัญหาทางจิตใจ ผู้สูงอายุอาจเผชิญกับความเหงา ความเครียด หรือโรคซึมเศร้า เนื่องจากการสูญเสียคนรัก หรือการแยกตัวจากสังคม

1.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อาจเป็นปัญหา เนื่องจากที่ตั้งของสถานพยาบาลหรือทักษะการใช้บริการสุขภาพที่จำกัด

1.5 การขาดความรู้และการศึกษา ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง การสร้างเสริมสุขภาพ และวิธีการป้องกันโรค อาจทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย

1.6 ภาระทางการเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นภาระใหญ่อีกประการหนึ่งสำหรับทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพวกเขา

1.7 การพึ่งพาอาศัย ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกขาดสิทธิและความเป็นเจ้าของในชีวิตของตนเอง

1.8 ความยากลำบากในการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงในด้านเทคโนโลยีและการดูแลสุขภาพใหม่ ๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกยากลำบากในการปรับตัวและใช้งานสิ่งใหม่ ๆ

2. ผลการวิจัยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในผู้สูงอายุ และการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างมีเหตุมีผลในผู้สูงอายุ หลังดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.00) อายุเฉลี่ย 66.34 ± 8.97 ปี อาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 34.00) รองลงมา มีอาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 24.00) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 46.00) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 82.00) สถานภาพ คู่ (ร้อยละ 46.00) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 56.00) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $8,436.66 \pm 5,640.35$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $14,843.25 + 6,318.44$ บาท ความ

เพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.00) มีหนี้สิน (ร้อยละ 60.00) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็น บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 58.00)

2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.28) อายุเฉลี่ย 44.45 ± 6.24 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 54.19) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 36.23) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 91.02) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 37.72) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.49) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $8,720.16 \pm 4,763.29$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $15,154.32 + 4,218.27$ บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 44.31) สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกัน สุขภาพ (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชน เฉลี่ย $5.06 + 4.17$ ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.27) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (ร้อยละ 61.68)

2.3 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 44.00 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.00 และมี คุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับ ไม่ดี ร้อยละ 14.00 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายด้านจิตใจ และ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.00, 56.00 และ 54.00 ตามลำดับ และ ด้าน สิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 76.00

2.4 ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ที่เป็น กลุ่มตัวอย่างจำแนก รายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.82$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รู้สึกพอใจ (ที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน) ($\bar{X}=3.38$, $SD=0.75$) และ พอใจ กับการนอนหลับ ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.78$) ใน

ระดับปานกลาง แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X}=3.32$, $SD=0.73$) ในระดับปานกลาง

ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.42$, $SD=0.62$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.54$) รู้สึกพอใจในตนเอง ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.54$) ในระดับดี แต่ยังมีปัญหาเรื่อง มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหว้ง วิดกกังวล บ่อย ($\bar{X}=3.41$, $SD=0.65$) ในระดับปานกลาง

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.66$) เมื่อจำแนกเป็น รายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.47$) พอใจ ต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่าน มา ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.73$) ในระดับ ดี และ พอใจใน ชีวิตทางเพศ ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.66$) ในระดับปานกลาง

ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.83$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ($\bar{X}=3.81$, $SD=0.81$) พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ ตอนนี้อยู่ ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.41$) และ ได้รู้เรื่องราวข่าวสาร ที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมาก ($\bar{X}=3.75$, $SD=0.83$) ในระดับ ดี แต่ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตในข้อที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ยังประเมินได้ คำน้อยที่สุดใน ด้านนี้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.65$)

ด้านทั่วไป มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.08$, $SD=0.83$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดว่ามีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.66$) และ พอใจกับสุขภาพในตอนนี้อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.96$, $SD=0.95$)

2.5 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในด้าน ต่าง ๆ ดังนี้

ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการและโรคต่าง ๆ ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 96.00 และตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 62.00 จำนวนครั้งเฉลี่ย 2.56 ± 4.23 ครั้ง/ปี โดยมีสาเหตุสำคัญ 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.00 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12.00 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 32.00 รองลงมา เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 24.00 ซึ่งสูบนาน 5.64 ± 7.42 ปี เฉลี่ยวันละ 2.8 ± 1.67 มวนต่อ วัน และ สำหรับผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว มีร้อยละ 22.00 ซึ่งเลิกมาแล้ว เฉลี่ย 12.6 ± 4.54 ปี การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ จะดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 38.00 และอุบัติเหตุที่ เคยได้รับส่วนใหญ่ เป็นอุบัติเหตุภายในบ้าน ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการจราจร ร้อยละ 36.00 คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และเอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ร้อยละ 66.00 รองลงมาคือ ได้รับจากพยาบาล ร้อยละ 64.00 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 58.00 รองลงคือ สิทธิเบิกได้(ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ) และชำระค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 20.00 เมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 48.00 รองลงมา คือ ไปรับการรักษาที่สถานอนามัย ร้อยละ 20.00 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุคิดว่าผู้ที่จะสามารถ ดูแลได้อย่างใกล้ชิด คือ ดูแลตนเอง ร้อยละ 44.00 รองลงมา คือ คู่สามี/ภรรยา ร้อยละ 24.00

ด้านโภชนาการพบว่า ประเภทของอาหารที่ผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ส่วนใหญ่รับประทานบ่อยที่สุด คือ อาหารประเภทต้ม นึ่ง อบ ร้อยละ 52.00 ใน 1 สัปดาห์รับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้งหรือ ผักใบเขียวชนิดอื่น ๆ บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 52.00 รับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา ไม่ บ่อยครั้ง ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละมุด บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 56.00 และ รับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้

บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 40.00 โดยส่วนใหญ่ รับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิมเป็นประจำ (5-7 วัน) ร้อยละ 58.00 มัก รับประทานอาหารจุกจิก มากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 34.00 แต่ไม่รับประทานทอปปิ้ง ลูกอม ซ็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 54.00 ยังคง ดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรส หวาน เป็นบางครั้ง (1-2 วัน) ร้อยละ 34.00 ส่วนเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ นิยมดื่มบ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 44.00

ด้านการขับถ่าย พบว่า ผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ส่วนใหญ่ มีลักษณะนิสัยในการขับถ่าย 1-2 วัน ถ่ายครั้ง ร้อยละ 30.00 ลักษณะของอุจจาระโดยส่วนมาก ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นเหม็น ร้อยละ 34.00 เคยมี อาการ ขับถ่ายลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ บางครั้ง ร้อยละ 34.00 และเคยมีอาการปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.00

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธรส่วนใหญ่ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 36.00 โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 15-19 นาที ต่อครั้ง ร้อยละ 42.00 การออกกำลังกายที่นิยม คือ การเดินหรือวิ่งเหยาะ ๆ ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ เต้นแอโรบิก ร้อยละ 32.00 เมื่อออกกำลังกายแล้วมี ความรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 32.00

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ส่วนใหญ่ นอนหลับพักผ่อนวันละ 5-7 ชั่วโมง ร้อยละ 34.00 รองลงมา นอนหลับพักผ่อนวันละ 2-4 ชั่วโมง ร้อยละ 30.00 ต้องใช้ยาในการช่วยนอน หลับ เป็นบางครั้ง (1-2 วัน) ร้อยละ 50.00 และเมื่อนอนหลับจะมีฝันร้าย เป็นบางครั้ง(1-2 วัน) ร้อยละ 44.00 ปกติผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะนอนในเวลา 20.00-22.00 น. ร้อยละ 42.00 ตื่นนอนก่อนเวลา 06.00 น. ร้อยละ 48.00

ด้านสติปัญญาและการรับรู้ พบว่า มีปัญหาในการได้ยินเสียง ร้อยละ 44.00 ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 8.00 มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 60.00

และสวมแว่นตา ร้อยละ 52.00 ในปีนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวัดสายตามาแล้ว มีร้อยละ 68.00 ผู้สูงอายุที่คิดว่าตัวเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม มีร้อยละ 80.00 รู้สึกว่าตัวเอง ไม่สามารถจัดการและตัดสินใจอะไรได้ ร้อยละ 56.00 และตัดสินใจลำบาก ร้อยละ 26.00 ผู้สูงอายุที่เรียนรู้ และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก มีร้อยละ 40.00 และรู้สึกว่างจ่าสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น ร้อยละ 56.00

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์พบว่า ผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ส่วนใหญ่ รู้สึกผิดหวัง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิตเป็นบางครั้ง ร้อยละ 44.00 รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมอง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 52.00 และรู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้บ่อยครั้ง 48.00

2.6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ใน ภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธรส่วนใหญ่ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ด้านบทบาทและ ความสัมพันธ์ในสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, $SD=0.66$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามี ศักยภาพในระดับ ดี 3 ลำดับแรก ในเรื่อง มีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ($\bar{X}=3.62$, $SD=0.53$) คนในครอบครัวบอกผู้สูงอายุว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.51$) การเป็นผู้จัดการ และเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัว ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.53$)

2.7 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ในภาพรวม ผู้ดูแลรับรู้ ว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.69$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88$, $SD=0.78$) ภาวะสุขภาพในอดีต อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.68$) ความ

ด้านทาน/ความอ่อนแอ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.99$, $SD=0.78$) แนวโน้มสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.87$, $SD=0.54$) ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพ อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=4.04$, $SD=0.65$) การยอมรับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับ ดีมาก ($\bar{X}=4.79$, $SD=0.58$) การปฏิเสธความเจ็บป่วย อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=1.98$, $SD=0.84$) ทศนคติต่อการไปรับการรักษาจาก แพทย์อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.83$, $SD=0.77$)

2.8 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธรเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.39) รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.03) และ ข้อเสื่อม เก่าตัว รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 55.17) ตามลำดับ

2.9 ผู้สูงอายุในตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร มีปัญหาสุขภาพภายในระยะเวลา 1 ปี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือ เรื่องการมองเห็น (สายตายาว มองเห็นไม่ชัดเจน) (ร้อยละ 56.23) รองลงมา คือ การหกล้ม (ร้อยละ 50.13) และ ปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง) (ร้อยละ 44.56)

2.10 การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ใน ภาพรวม มีค่าคะแนน เฉลี่ย 6.31 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 5.73 อยู่ในระดับปานกลางด้านความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อ พฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.10 อยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านความสามารถในการควบคุมความคิด ที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.10 อยู่ในระดับ ดี

2.11.ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนทนากลุ่มในกลุ่มของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ได้แสดงความ เชื่อมโยง ระหว่าง ประเด็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร โดยแบ่งเป็น ประเด็นต่าง

ๆ อันได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วยประเด็นย่อย ดังนี้ สถิติปัญหาและการรับรู้ โภชนาการ ออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ประกอบด้วยประเด็นย่อย ด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วยประเด็นย่อย ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยประเด็นย่อย ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ การใช้ยา ซึ่ง เชื่อมโยงกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สู่ความมีสุขภาพแบบพอเพียง บนพื้นฐานของความรู้ คุณภาพแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ของความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการสร้างภูมิคุ้มกันไว้ แต่ละด้านที่จะมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นดังกล่าว

2.12 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทย ใน ตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัด ยโสธร ใช้แนวคิดของ ภาพบ้านที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวและนำทาง ที่เปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้าน เป็นหลักปรัชญา แนวคิดเศรษฐกิจ พอเพียงของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 โดยอยู่บนตัวบ้านที่มีฐานของความรู้ คุณธรรม โดย ผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่แวดล้อมด้วย สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึง กรอบแนวคิดของ บ้านอันอบอุ่นเพื่อสร้างสังคมผู้สูงวัยให้มีความรัก การแบ่งปันและความเอื้อเฟื้อ เอื้ออารีต่อกัน เปรียบเสมือน เพื่อนบ้านที่ดี ที่มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของหมู่บ้านร่วมกัน

2.13 ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล พบว่า ในภาพรวม ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง มีภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.70$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.58$, $SD=0.77$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.70$) ด้านความสามารถนำไปใช้ของ

รูปแบบ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิด เห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.67$, $SD=0.68$ / $\bar{X}=4.69$, $SD=0.63$) ด้านความสะดวกในการนำไปใช้ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.51$, $SD=0.70$) ส่วน ผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}=4.43$, $SD=0.53$) ด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.71$, $SD=0.65$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.75$)

สรุปและอภิปรายผล

1. ด้านประชากรศึกษา ผลการวิจัยในด้านประชากรศึกษาของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร ชี้ให้เห็นถึงลักษณะสำคัญที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและข้อมูลสถิติระดับประเทศ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ เพศและอายุ : ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.00) และมีอายุเฉลี่ย 66.34 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสถิติ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุทั่วประเทศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.9) และอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (The young old) ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับการ เปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุการทำงาน ระดับการศึกษา : ผลการวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 46.00) ซึ่งเป็นจุดที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในพื้นที่เดียวกันก่อนหน้านี้ ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา การที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีระดับการศึกษาสูงขึ้น อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเขตเมือง มีเศรษฐกิจค่อนข้างดี และการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (The young old) ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุรุ่นก่อนการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 56.00) และมีสถานภาพสมรสแบบมีคู่ (ร้อยละ 46.00) อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวถึงร้อยละ 8.00 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการ เปลี่ยนแปลงรูปแบบ

ครอบครัวไทยจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีสมาชิกน้อยลง และสอดคล้อง กับรายงานที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

1.2 ด้านเศรษฐกิจและการทำงาน

อาชีพและรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 34.00) รองลงมาคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 24.00) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อ เดือนประมาณ 5,640.35 ถึง 8,436.66 บาท ความ เพียงพอของรายได้ : สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.00) รู้สีกว่ารายได้ไม่เพียงพอ และ มีหนี้สินถึงร้อยละ 60.00 แม้ว่าสถิติ ระดับประเทศจะระบุว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่า รายได้เพียงพอ แต่มี เพียงร้อยละ 5.8 ที่มีเงินเหลือ เก็บออม ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โดยรวมสภาพ ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ยังถือว่ามียาได้ ไม่เพียงพอและไม่มีเงินเหลือเก็บออม 1.3 ข้อมูล พื้นฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 62.28) โดยมีอายุเฉลี่ย 44.45 ปี ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยอื่นที่พบว่าผู้หญิงเป็นผู้ดูแล หลักในครอบครัวไทย สถานะและความรู้: ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อเดือนไม่สูงนัก และมี สิทธิการรักษาพยาบาลเป็น บัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้า ที่สำคัญคือ ผู้ดูแลไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.27) และไม่เคย ได้รับความรู้ในการดูแลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือ สาธารณสุข (ร้อยละ 61.68) ซึ่งบ่งชี้ว่า การดูแล ผู้สูงอายุยังเป็นภาระความรับผิดชอบของคนใน ครอบครัวที่ขาดความรู้และการฝึกอบรมที่เหมาะสม

2. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้สูงอายุในตำบลฟ้าห่วน ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับดี (ร้อยละ 44.00) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.00) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณา เป็นรายด้านพบว่ายังมีประเด็นที่ ต้องให้ความสำคัญ:

ด้านร่างกาย อยู่ในปานกลาง (ร้อยละ 54.00)เป็นด้าน ที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ปัญหาหลักคือ ปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น การมองเห็น/สายตา

การได้ยิน (ร้อยละ 56.23) การหกล้ม (ร้อยละ 50.13) และ ปัญหาการได้ยิน (ร้อยละ 44.56) รวมถึงโรคเรื้อรังที่ พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.39) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.03) และโรคเกี่ยวกับข้อ เสื่อม (ร้อยละ 55.17) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่เกิด จากความเสื่อมของร่างกายและการขาดความรู้ ใน การดูแลสุขภาพ

ด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.00)ผู้สูงอายุยังคงสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ดี (ร้อยละ 48) แต่ยังพบความรู้สึกผิดหวัง (ร้อยละ 40) วิดกกังวล/กลัว/ควบคุมสิ่งต่าง ๆ ไม่ได้ (ร้อยละ 40) และรู้สึกหมดหวังในชีวิต บ้าง (ร้อยละ 44) แสดงให้ เห็นว่า แม้จะยังช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่ยังคง ต้อง ปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและ การ เกษียณ ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคือ การได้รับการ เคารพนับถือ การดูแลเอาใจใส่ และการให้ ความสำคัญในฐานะที่ ปกษาจากบุตรหลาน

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปาน กลาง (ร้อยละ 54.00) ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแล ตนเองด้าน บทบาทและสังคมในระดับดี โดยเฉพาะ ในเรื่องของการมีคนใกล้ชิดที่รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย การที่คนในครอบครัวบอกว่า ครอบครัวอยู่ได้เพราะ ผู้สูงอายุ และการเป็นผู้จัดการ/ผู้ตัดสินใจใน ครอบครัว ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าและ บทบาทผู้นำในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทาง สังคมและสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนช่วยส่งเสริม ความสุขและชีวิตชีวา

ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 76.00) ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงปลอดภัย พอใจกับสภาพ บ้านเรือน มีเงิน พอใช้จ่ายตามความจำเป็น และ เดินทางได้ด้วยตนเอง ยังสามารถใช้ประโยชน์และ เข้าถึงระบบสาธารณสุขปโภคในระดับดี แสดงให้เห็นว่า ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ที่น่าอยู่ มั่นคง และปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาคือ การ จัด สภาพแวดล้อมให้ดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อ รองรับสังคมผู้สูงวัยที่เพิ่มขึ้น

3. ด้านศักยภาพในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

3.1 ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โภชนาการ แม้ศักยภาพด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพจะค่อนข้างดี แต่ผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง ด้านโภชนาการ คือ ขอบรับประทานผลไม้รสหวานจัดและขนมหวานบ่อยครั้ง (ร้อยละ 56.00 และ 40.00 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่เป็นแหล่งปลูกผลไม้รสหวาน นอกจากนี้ยังนิยมดื่มชา/กาแฟ บ่อยครั้ง (ร้อยละ 44.00) ซึ่งอาจมีผลเสียต่อสุขภาพโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานหรือมีไขมันในเลือดสูง

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายยังค่อนข้างน้อยและไม่สม่ำเสมอ รวมถึงประเภทการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งควรมีการให้ความรู้และส่งเสริมการรวมกลุ่มชมรมออกกำลังกายที่เหมาะสม

สติปัญญาและการรับรู้ ปัญหาสำคัญที่พบคือผู้สูงอายุที่คิดว่าตัวเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม (ร้อยละ 80.00) และ รู้สึกว่าจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น (ร้อยละ 56.00) ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย⁹

สุขภาพจิต ผู้สูงอายุยังสามารถจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ค่อนข้างดี แม้จะมีความรู้สึกผิดหวัง โกรธ กลัว วิดกกังวล หรือหมดหวังในชีวิตบ้างเป็น¹⁰

3.2 ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดูแล ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ภาระการดูแลที่หนัก ด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือ ความสามารถในการผ่อนปรน โดยผู้ดูแลไม่สามารถ ขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวอยู่ดูแล

ผู้สูงอายุแทนได้ แม้ต้องการเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนเพียง 1 วันก็ตาม ซึ่งสะท้อนถึงภาระและความรับผิดชอบที่หนักอึ้งของผู้ดูแล ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ท่ามกลางความไม่พร้อมของ ระบบสนับสนุนในชุมชน ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น การพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่าย/ชมรมผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และถอดบทเรียนเป็นคลังความรู้ ให้ผู้อื่นสามารถสืบค้นและนำไปใช้ประโยชน์หรือต่อยอดได้โดยง่าย
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และ การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของตน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมมือกันในการพัฒนาความรู้ทักษะ และทัศนคติของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
4. มหาวิทยาลัย สถานศึกษา ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุและผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568]. แหล่งข้อมูล https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2552
- 2.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2566). [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568]. แหล่งข้อมูล <https://www.nesdc.go.th/the-national-economic-and-social-development-plan/the-thirteenth-plan-2023-2027/>
- 3.สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.(2567). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568] แหล่งข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา: <https://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>

4. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568].
แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th>
5. Kemmis S, Mc Taggart R.(1990). The action research planner. Victoria: Deakin University press.
6. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์สกุล.(2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด
[อินเทอร์เน็ต]. 2540 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568]แหล่งข้อมูล:
<https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1524888>
7. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์สกุล.(2567). เครื่องวัดคุณภาพชีวิตองค์กรอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย.[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568]<https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2567.
กรุงเทพมหานคร.
9. อติญาณ ศรีเกษตริณ .(2564). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลธงชัย
จังหวัดเพชรบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(1): 85-99
10. พิสิทธิ์ พิริยาพรณ,เวธกา กลิ่นวิชิต.(2561). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวและชุมชน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา .13(1)

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

Development of Integrated Healthcare Model for the Dependent Elderly in Areas,
Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong Rak District, Surin Province

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ญาณพัฒน์ ทรงเย็น¹
Yanapat Songyen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาควิชาเครือข่าย 35 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 47 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 82 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม 2568 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบด้วยสถิติ Paired T-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การประเมินปัญหาความต้องการ, การประสานความร่วมมือ, การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความรู้ในการดูแลและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to study the development of integrated healthcare model for dependent elderly in area, Bak Dai subdistrict, Phanom Dong Rak district, Surin province. Based on PAOR cycle. The sample consisted of 3 groups: 1) 35 samples from network participants 2) 47 samples from caregivers and 3) 82 samples from dependent elderly. Quantitative data was collected by the questionnaire, WHOQOL-BREF-THAI. Qualitative data was collected by the focus group discussion guidelines. Data was collected between February to October 2025. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Analysis qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the integrated healthcare model for dependent elderly consisted of 3 main components: 1) preparation to promote integrated health care, 2) implementation of community-based integrated health care (needs and problem assessment, coordination and collaboration, and comprehensive care) and 3) consultation and monitoring with continuous evaluation for improvement and development. Implementation of the model resulted the overall quality of life of the dependent elderly, caregivers' knowledge and caregiving practices related to the care of dependent elderly showed a statistically significant improvement, as compared to the pre-intervention ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword : integrated health care model, dependent elderly

บทนำ

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยตั้งแต่ปี 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในการสำรวจปี 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.00¹ และคาดว่าจะเกินร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ภายในปี 2576² ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการการบริการสุขภาพของประเทศ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเฉพาะ สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพกายและจิต³ ในปี 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 13.45 ล้านคน ร้อยละ 20.70 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว ผลการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.88 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการ ด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.12⁴

ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ซับซ้อน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงภาวะสมองเสื่อมและการเปราะบางทางร่างกาย ซึ่งทำให้มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การอาบน้ำ และการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ระบบสุขภาพและครอบครัวต้องปรับบทบาทในการดูแลและสนับสนุนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบในหลายมิติทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเผชิญความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีนโยบายสำคัญเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้าน

โครงสร้างประชากรเช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติและแนวทางการดูแลระยะยาว (LTC) ซึ่งเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁵ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงข้อมูลบริการ การช่วยเหลือด้านกิจกรรมนอกสถานพยาบาล และการดูแลเชิงป้องกันอันจะลดภาระการรักษาเฉพาะหน้าอย่างเดียว

จังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และผู้สูงอายุในชนบทมักประสบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการ ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สำหรับตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ พบว่าสัดส่วนประชากรก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2567 ร้อยละ 14.53, 15.33 และ 16.13 และผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในปี 2567 พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 8.20 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.72⁶ ในการปฏิบัติงานพบข้อจำกัดในการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายและชุมชนยังไม่ทั่วถึง ขาดทรัพยากรสำหรับการดูแลระยะยาว และบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชนยังไม่เชื่อมโยงเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลยังเป็นลักษณะแยกส่วนและไม่ยั่งยืนในบางพื้นที่ทำให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง การวิจัยในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเป็นระบบ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึงพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทาการ์ด⁷ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 413 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบล 3) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 6) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) 9) กำนัน ผู้ใหญ่ และ 10) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และ กำนัน ผู้ใหญ่ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive

Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมจึงเลือกศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ทั้งหมด จำนวน 47 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง⁸ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 82 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) เพศ 2)

อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ระยะเวลาการปฏิบัติในตำแหน่งปัจจุบัน และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ 3) ด้านสังคมและจิตวิญญาณ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ 5) ด้านการประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพเดิม และ 6) ระยะเวลาที่เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI¹¹ ฉบับภาษาไทย 0 มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ไม่เลย, เล็กน้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 - 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ตำบลโคกกลาง อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.93 และ 2) ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.88 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย¹¹ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์

2568 ถึงเดือนตุลาคม 2568 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ปัญหา สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนรวมถึงการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมและประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรม

2) ระยะการดำเนินการวิจัย ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

1) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานจากการสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นรูปแบบเดิมการดำเนินการในชุมชน สรุปข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ

2) กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม และวางแผนงานโครงการ รูปแบบที่พัฒนาจะเน้นการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการตามโครงสร้าง นำปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมาสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทจริง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการเก็บข้อมูล ระบบติดตามการปฏิบัติงาน การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ 1. การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ 2. กำหนดบทบาทหน้าที่ 3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 4. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลื่อมผู้สูงอายุ (CG) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ และ 5. ภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนทรัพยากรงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการนิเทศ ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสังเกต ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในขั้นตอนนี้ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมา กำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

3) **หลังการดำเนินการวิจัย** เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา และกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ ระดับการดูแล และระดับคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2568 เลขที่ 126/2567 รับรองระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 14 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กำหนดบทบาทและการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ (การประเมินปัญหาความต้องการ, การประสานความร่วมมือ, การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา โดยติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 85.94, S.D.=0.42) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ (n=82)

คุณภาพชีวิต	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
สุขภาพกาย	14.93	0.25	ไม่ดี	23.40	0.21	ปานกลาง	7.69-9.25	21.709	<0.001*
จิตใจ	12.11	0.32	ไม่ดี	19.80	0.19	ปานกลาง	6.82-8.57	17.492	<0.001*
สัมพันธภาพทางสังคม	5.44	0.18	ไม่ดี	9.80	0.98	ปานกลาง	3.93-4.80	19.921	<0.001*
สิ่งแวดล้อม	25.68	0.39	ปานกลาง	26.37	0.20	ปานกลาง	9.78-11.57	23.769	
ภาพรวม	52.18	0.71	ไม่ดี	85.94	0.42	ปานกลาง	32.05-35.46	39.425	<0.001*

*p-value<.05

การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการ
พัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X}=7.85$ S.D.=1.45) การเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการ
พัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการ
พัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -
value <.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=47)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	7.38	1.58	ปานกลาง	7.85	1.45	ปานกลาง	0.09-0.84	2.501	0.008*

* p -value<.05

การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี
ระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X}=2.52$ S.D.=0.17) การเปรียบเทียบ
ความแตกต่างของคะแนนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างมีคะแนนระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) รายละเอียด
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=47)

การดูแล	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านสุขภาพร่างกาย	1.61	0.31	น้อย	2.71	0.26	มาก	0.90-0.99	20.800	<0.001*
ด้านสุขภาพจิตและอารมณ์	1.48	0.26	น้อย	2.67	0.31	มาก	1.07-1.30	21.005	<0.001*
ด้านสังคมและจิตวิญญาณ	1.55	0.32	น้อย	2.20	0.15	ปานกลาง	0.54-0.75	12.573	<0.001*
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	1.75	0.30	น้อย	2.47	0.23	มาก	0.58-0.84	11.218	<0.001*
ด้านการประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง	1.58	0.27	น้อย	2.54	0.19	มาก	0.85-0.98	19.532	<0.001*
ภาพรวม	1.59	0.12	น้อย	2.52	0.11	มาก	0.87-0.97	37.311	<0.001*

* p -value<.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได
อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1)
การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบ
บูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบ
บูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 3) การให้
คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุง

พัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของยุทธพล เด
ชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร ได้ศึกษาเรื่อง
รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสม
ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแล
ระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด
อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การ

บริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน¹² และสอดคล้องกับผลการศึกษานันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ ได้ศึกษาเรื่องพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็นดังนี้ 1) พัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองบ้าน 3) เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 4) ติดตามโทรศัพท์ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่องทีมสหสาขาวิชาชีพ¹³ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และวิไลพร คลีกร ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) กระบวนการนำเข้า ระบบการเงิน การคลัง การบริหารทรัพยากร การบริหารจัดการ กำลังคน การบริหารจัดการ และระบบฐานข้อมูล (2) กระบวนการดำเนินงาน: กลไกการขับเคลื่อนของท้องถิ่น การจัดบริการในหน่วยบริการและในชุมชน และระบบพี่เลี้ยง (3) กระบวนการประเมินผล ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแล 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงควรพัฒนาความร่วมมือทุกภาคส่วน และสนับสนุนกำลังคนในการดูแล เพื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป¹⁴ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ในครั้งนี้ รูปแบบที่ได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีความสอดคล้องด้านทั้งกระบวนการปฏิบัติการในระดับชุมชน ด้านการขับเคลื่อนและกลไกความยั่งยืน การได้รับการสนับสนุนผ่านการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังแก่ทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป สะท้อนถึงกระบวนการดูแลที่มีความเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวางแผนการดูแลเฉพาะราย ไปจนถึงการติดตามผลและส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการกำหนดนโยบายส่งเสริมการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และครอบครัว โดยจัดทำระบบการดูแลแบบต่อเนื่อง ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ รวมถึงจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การติดตามผล และการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลายพื้นที่ ทั้งเขตเมืองและชนบท รวมถึงบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีความครอบคลุมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทที่หลากหลาย

2) ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการกับการดูแลตามปกติ โดยพิจารณาผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

- 1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์;2567.
- 2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2563–2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
- 3.เพ็ญภา มะหะหมัด. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสุไหงโกทิง จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2561;10(1):51-63.
- 4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2567.
- 5.กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และการดูแลระยะยาว. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566.
- 6.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ. สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ ปี 2567. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ; 2567.
- 7.Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press;1988.
- 8.Daniel, W. W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley; 2010.
- 9.Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
11. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชด้อยฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
12. ยุทธพล เดชาติวนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมศาสตร์. 2565;22(3):63-80.
13. นันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ. พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1):241-256.
14. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และวิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(1):140-155.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านโป่ง

Development of Nursing Practice Guidelines for Acute Ischemic Stroke Patients at Banpong Hospital

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สมสุข อดิเรกลาภ¹

Somsuk Adireklap¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านโป่งร่วมกับการใช้การนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และ 4) ประเมินผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจงได้แก่ 1) ผู้นิเทศทางการพยาบาล 10 คน และผู้รับการนิเทศฯ 71 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้น แบบวัดความรู้ แบบสอบถามการปฏิบัติ แบบวัดความยาก – ง่าย ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบวัดความพึงพอใจ ใช้ระยะการดำเนินการ 14 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านโป่ง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การให้การพยาบาลเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และ 2) การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯพบว่า ผู้นิเทศฯและผู้รับการนิเทศฯ มีความรู้การนิเทศและความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ มีคะแนนการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลฯ และคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก เช่นกัน การนิเทศทางการพยาบาลฯ และแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความง่ายและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

Abstract

This research and development aimed to develop a of nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients at Banpong Hospital with nursing supervision. The research process consisted of three phases: 1) identifying challenges for care of acute ischemic stroke patients 2) guideline development; 3) guideline trials, and 4) evaluation and dissemination of the guideline. Participants were selected using a purposive sampling technique, 10 nursing supervisors 10 and 71 nursing supervision working in the acute ischemic stroke patients care unit, and 210 acute ischemic stroke patients. The research instruments were: 1) a nursing practice guideline that was Developed, 2) a knowledge questionnaire, 3) practice to nursing practice guidelines, 4) the feasibility assessment form of the guidelines implementation and 5) satisfaction. The data were analyzed by descriptive statistics Inferential statistics.

The results showed that the clinical nursing practice guideline (CNPg) included two main categories: 1) nursing care for the assessment complications of acute ischemic stroke and 2) nursing care for the prevention

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

of complications of acute ischemic stroke. After implementing, it was found that: supervision and supervisees had knowledge nursing supervision and knowledge nursing for acute ischemic stroke was significantly higher than before using the program ($p < .05$) respectively, practice to supervision for CNPG, practice to CNPG, the feasibility assessment form of the guidelines implementation and satisfaction was high level of all.

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Acute Ischemic Stroke Patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นช่วงที่พยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือเลวลง อาจมีความพิการมากขึ้นหรือถึงขั้นเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันทั่วถึง ผลลัพธ์และการพยากรณ์ของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะ 3 วันแรก หากผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องและต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การฟื้นฟูสภาพได้ช้า¹ การให้การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทางระบบประสาทได้เร็ว²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตที่สำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่สำคัญไม่มีใครครอบคลุมจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคที่เพิ่มสูงขึ้นเช่น การไม่ควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure control) ทำให้ปริมาตรของสมองบวมเพิ่มขึ้น ถ้าความดันในกะโหลกศีรษะสูงกว่า 20 มม.ปรอท ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขโดยเร็วอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้³ ซึ่งแนวปฏิบัติพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีกลไกในการ

สนับสนุนการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ เพื่อทำให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาล

การนิเทศ กำกับ ติดตามจากหัวหน้างานเป็นกลไกในการสนับสนุนการปฏิบัติเชิงวิชาชีพเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการบริหารการพยาบาลและเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลระดับผู้บริหารในองค์กร การนิเทศ จึงเป็นการพัฒนาทักษะความรู้ให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลเกิดการเรียนรู้ จนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น⁴ โดยนำกระบวนการที่ใช้สนับสนุน ส่งเสริม กระตุ้น ติดตาม และเสนอแนะการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาความรู้ทักษะ และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านคลินิก นำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ⁵

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
- 2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านโป่ง ร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของซูกัพ⁶ (Soukup. 2000) ร่วมกับแนวคิดการนิเทศการพยาบาลในคลินิกของ Proctor⁴ ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การ

ค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และ 4) ประเมินผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ใช้ระยะการดำเนินการ 14 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ 1) ผู้นิเทศเป็นหัวหน้าและรองหัวหน้า ผู้รับนิเทศที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านโป่ง และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงคือ 1) ผู้นิเทศเป็นหัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 10 คน และผู้รับนิเทศที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 71 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 210 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้น 2) แบบวัดความรู้ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติ 4) แบบวัดความยาก – ง่าย ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 5) แบบวัดความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) และค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Item Content Validity Index: I-CVI) (Polit & Beck, 2006) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) พบมีค่าดัชนีวัดความสอดคล้องรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.83 - 1.00

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลบ้านโป่ง เลขที่ COA 004 – 2025 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-สมองระยะเฉียบพลัน ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับการใช้แนวคตินิเทศทางการพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที ในการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศทาง การพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของผู้นิเทศ และการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของผู้รับการนิเทศ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับการใช้แนวคตินิเทศทางการพยาบาลในคลินิก สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางฯ ครั้งที่ 1

1) กลุ่มผู้นิเทศ และกลุ่มผู้รับการนิเทศ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้นิเทศ ได้แก่ หัวหน้าและรองหัวหน้า จำนวน 4 คน และกลุ่มผู้รับการนิเทศ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ในหอผู้ป่วย หอผู้ป่วย Unit stroke และหอผู้ป่วยวิกฤต พบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.56 มีอายุเฉลี่ย 44.29 ปี มีอายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 58 ปี

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 84.22 และปริญญาโทร้อยละ 15.78 ระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.68

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย จำนวนทั้งสิ้น 10 ราย พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.00 ด้านอายุ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคืออายุ 61-70 ปี ร้อยละ 30.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 70.00 ปี อายุต่ำสุด 46 ปี และสูงสุด 84 ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.00 และโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 10.00 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 70.00 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ปอดอักเสบที่เกิดในโรงพยาบาล การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง พบเท่ากันคือ ร้อยละ 10.00 ป่วยส่วนใหญ่นอนรักษาน้อยกว่า 5 วัน ร้อยละ 60.00 และตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ร้อยละ 40.00 โดยมีวันนอนเฉลี่ย 5.50 วัน น้อยที่สุด 3 วัน และมากที่สุด 12 วัน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางฯ ครั้งที่ 2

1) กลุ่มผู้ติดเชื้อทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.33 ปี อายุุน้อยที่สุด 35 ปี และมากที่สุด 57 ปี มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.30 และระดับปริญญาโท ร้อยละ 16.70 มีประสบการณ์ทำงานตำแหน่งหัวหน้าและรองหัวหน้า 1-5 ปี ร้อยละ 83.30 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการทำงานเท่ากับ 4.50 ปี ค่าต่ำสุด 3 ปี และค่าสูงสุด 7 ปี ผู้ติดเชื้อครึ่งหนึ่งเคยเข้าร่วมการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการติดเชื้อทางการพยาบาลในคลินิก ร้อยละ 50.00

2) กลุ่มผู้รับนิเทศทั้งหมดเป็นเพศ

หญิงจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีอายุเฉลี่ย 32.57 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 25 ปี ร้อยละ 32.10 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 98.20 และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.52 ปี โดยมากมีประสบการณ์ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 51.80 ผู้รับการนิเทศไม่เคยเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 51.80 และเคยได้รับการนิเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 53.60

3) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน

ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก ในเวชระเบียนผู้ป่วยเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2568 จำนวน 48 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.42 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 31.25 มีอายุเฉลี่ย 64.18 ปี อายุุน้อยที่สุด 35 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี ส่วนใหญ่มีสภาพสมรส ร้อยละ 58.33 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.75 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.83 ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 66.66 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ สมอบบวม ร้อยละ 10.42 และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร้อยละ 10.42 เท่ากัน ปอดอักเสบ ร้อยละ 8.33 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 4.17 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนรักษาน้อยกว่า 5 วัน ร้อยละ 62.50 และตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ร้อยละ 37.50 โดยมีวันนอนเฉลี่ย 6.69 วัน น้อยที่สุด 2 วัน และมากที่สุด 34 วัน

หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก ในเวชระเบียนผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม - 10 ธันวาคม 2568 จำนวน 52 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.69 มีอายุ มากกว่า 70 ปี ร้อยละ 34.62 มีสภาพสมรส ร้อยละ 59.62 มี

ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.15 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.84 โดยมีผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 94.23 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ปอดอักเสบ ร้อยละ 3.85 และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 1.92 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนรักษาน้อยกว่า 5 วัน ร้อยละ 63.46 และตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ร้อยละ 36.54 โดยมีวันนอนเฉลี่ย 5.35 วัน น้อยที่สุด 2 วัน และมากที่สุด 28 วัน

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านโป่ง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ^{2,7}

1) การให้การพยาบาลเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันดังนี้ การประเมินทางระบบประสาท (Neurological assessment) เครื่องมือประเมินทางระบบประสาทที่เหมาะสมได้แก่ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งมีความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับสูง การประเมินระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ชั่วโมง ติดตามความดันโลหิตให้อยู่ในระดับคงที่ ประเมินและวัดระดับ oxygen saturation อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยจากความยืดหยุ่นของผิวหนังเยื่อปาก น้ำตา พฤติกรรมกระสับกระส่าย การประเมินการกลืนควรมีการประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโดยเร็ว (early swallowing assessment) อย่างมีมาตรฐานและปลอดภัยภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การประเมินการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ความสามารถในการถ่ายปัสสาวะ ความถี่วัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ค้างค้างอย่างถูกต้องโดยใช้ bladder scanner หรือใช้สายสวนปัสสาวะ กระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ โดยการนวดคลึงกระเพาะปัสสาวะถ้าไม่มีข้อห้าม การดูแลป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันควรมีการ

พิจารณาโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำอุดตันร่วมกับแพทย์ โดยอาจเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจค่าดีไดเมอร์ (D-dimer)

2) การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะได้แก่ การปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ดูแลจัดทำให้ศีรษะลำคอ และสะโพกไม่พับงอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น การเฝ้าระวังและบันทึกอุณหภูมิกายผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมงแรก การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดให้คงอยู่ในระดับปกติ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ hyperglycemia และ hypoglycemia หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล การจัดทำที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันขึ้นอยู่กับขนาดและพยาธิสภาพของโรค เช่น การจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะราบถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและแพทย์ประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้าม ตามแผนการรักษาของแพทย์ การส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early mobilization) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ต้องให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงใน 24 ชั่วโมงแรกจนกว่าอาการทางระบบประสาทจะคงที่ และการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention) เน้นการประเมินการกลืนก่อนให้ยาและอาหาร ดูแลการใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนปัสสาวะ และการประเมินอาการติดเชื้อในกระแสเลือด การทำหัตถการโดยการยึดหลักการปฏิบัติปลอดภัย การล้างมือ

3. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

กลุ่มผู้นิเทศ ได้แก่ความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าก่อนใช้

แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 18.17 (SD +1.37) หลังใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 20.00 (SD + 0.00) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เฉลี่ยก่อนและหลังใช้ พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีคะแนนการปฏิบัติการนิเทศเฉลี่ย เท่ากับ 32.67 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 มีการนิเทศตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ยกเว้น การนิเทศการติดตามอิเล็กโทรไลต์ทุกวันและการนิเทศการให้ยาละลายหรือสวนอุจจาระให้ผู้ป่วยถ้าจำเป็น พบการปฏิบัติ ร้อยละ 83.30 เท่านั้น การนิเทศการประเมินการทำงานของลำไส้ใหญ่ พบการปฏิบัติเพียงร้อยละ 66.70

กลุ่มผู้รับการนิเทศ ได้แก่ความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 15.67 (SD + 0.715) หลังใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 19.92 (SD+ 0.394) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เฉลี่ยก่อนและหลังใช้พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบมีการปฏิบัติการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก มีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 32.95 (SD + 1.23) โดยปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 100 จำนวน 22 ข้อ ส่วนประเด็นที่ปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP) และการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อปอด

อักเสบและหรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พบร้อยละ 85.70 เท่านั้น

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ 4.37 (SD + 0.51) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ แนวปฏิบัติทำให้ท่านสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจ รองลงมา คือ แนวปฏิบัติทำให้ท่านสามารถพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานได้มากขึ้น ส่วนข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับมาก ได้แก่ การใช้แนวปฏิบัติฯ ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ในเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2568 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.69 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 34.62 มีอายุเฉลี่ย 63.31 ปี อายุุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี ส่วนใหญ่มีสภาพสมรส ร้อยละ 59.62 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.15 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.84 ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ไม่พบ โดยมีผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 94.23 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ปอดอักเสบ ร้อยละ 3.85 (2 คน) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 1.92 (1 คน) และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนรักษาน้อยกว่า 5 วัน ร้อยละ 63.46 (33 คน) และตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ร้อยละ 36.54 (19 คน) โดยมีวันนอนเฉลี่ย 5.35 วัน น้อยที่สุด 2 วัน และมากที่สุด 28 วัน

การเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกฯ พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อน สมอบบวม ร้อยละ 10.42 และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร้อยละ 10.42 ปอดอักเสบ ร้อยละ 8.33 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 4.17 ส่วนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกฯ พบว่า ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับผลกระทบโดยตรงจาก ภาวะการเกิดโรคหลอดเลือด-สมองระยะเฉียบพลัน เลย พบเพียงแต่การเกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 3.85 และการติดเชื้อทางเดิน-ปัสสาวะ ร้อยละ 1.92 ส่วนระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลพบว่า ก่อน การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้ แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกฯ ระยะ วันนอนเฉลี่ย 6.69 วัน และหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ระยะวันนอนเฉลี่ยลดลง เป็น 5.35 วัน

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น

กลุ่มผู้นิเทศ ความรู้เรื่องการนิเทศ ทางการพยาบาลในคลินิกฯ พบว่าหลังใช้แนว ปฏิบัติฯ พบว่ากลุ่มผู้นิเทศ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย มากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ เนื่องจากแนวทางการ นิเทศทางการพยาบาลฯ ที่ พัฒนามาจากรูปแบบ การนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกที่ได้จากการ สังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพ มีความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ และความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนา เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของ โรงพยาบาลทั้งใช้การมีส่วนร่วมในการพัฒนาจาก ทีมพัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญ มีคู่มือแนวปฏิบัติการ พยาบาลฯ จึงส่งผลให้กลุ่มผู้นิเทศมีคะแนนความรู้อ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้หลังใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้นิเทศมี การปฏิบัติการนิเทศ อยู่ในระดับมาก จากการ ได้รับการทบทวนองค์ความรู้เรื่องการนิเทศฯ และ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล รักษา การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยให้ผู้นิเทศมี ส่วนร่วมในการทดลองฝึกปฏิบัติเพื่อเป็นการ ทบทวนความรู้และให้เห็นภาพชัดเจน ส่งเสริมให้ผู้ นิเทศมีความมั่นใจนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยพบ ร้อยละ 100 มีการปฏิบัติการนิเทศในการประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดย ส่วนมากพบการปฏิบัติตามรายข้อ ร้อยละ 100

สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการนิเทศ ทางการพยาบาลให้กับผู้บริหารให้กับผู้บริหาร ทางการพยาบาลของศรีวรรณ เรืองวัฒนา, พรธนา แก้วคำปา และ อรทัย ธรรมป็อก⁸ พบว่า หลังใช้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ กลุ่มผู้นิเทศมีคะแนน ความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05 และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับ มาก ส่วนผลการนิเทศตามแนวทางการนิเทศ ทางการพยาบาลฯ นั้น หลังใช้แนวปฏิบัติการ นิเทศ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้นิเทศได้รับการ ทบทวนองค์ความรู้เรื่องการนิเทศฯ และการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้นิเทศมีส่วน ร่วมในการทดลองฝึกปฏิบัติเพื่อเป็นการทบทวน ความรู้และให้เห็นภาพชัดเจน ส่งเสริมให้ผู้นิเทศมี ความมั่นใจนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยพบร้อยละ 100 ยกเว้นการปฏิบัติในกิจกรรมการเฝ้าระวังและ บันทึกร่องกาย การติดตามอิเล็กทรอนิกส์ทุกวัน การประเมินและวัดระดับออกซิเจนในเลือด การให้ ออกซิเจนตามภาวะผู้ป่วย การประเมินการทำงานของ ลำไส้ใหญ่ และการให้ยาระบายหรือสวน อุจจาระเมื่อจำเป็น โดยแต่ละข้อมีร้อยละของการ ปฏิบัติอยู่ระหว่าง 66.70–83.30 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มผู้นิเทศจะมีการดำเนินการตามแนวทาง ส่วนใหญ่ได้อย่างครบถ้วน แต่ยังมีบางกิจกรรมที่ ต้องใช้การติดตามและความร่วมมือจากหลายฝ่าย เช่น การประเมินสัญญาณชีพที่ต้องใช้เครื่องมือ เฉพาะ หรือการดูแลระบบขับถ่ายที่ขึ้นอยู่กับภาวะ ของผู้ป่วยในแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาผล ของการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใน ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล ลำพูนของ ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, อรทัย ธรรมป็อก, พรธนา แก้วคำปา และแสงอรุณ สุขสำราญ⁹ โดย ส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุนคู่มือและแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ ร่วมกับการสะท้อนข้อมูลกลับเป็น รายบุคคลและภาพรวม พบว่า พยาบาลยังไม่ ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดมากกว่า ร้อยละ

14.00 ทั้งนี้ผู้วิจัยอาจต้องมีเสนอแนะและการกำกับติดตามในการนิเทศการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

กลุ่มผู้รับการนิเทศ ความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลฯ หลังใช้แนวปฏิบัติฯ มีความรู้มากกว่าก่อนใช้ แนวปฏิบัติฯ เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย และปรับให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยมีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาจากทีมพัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญ มีคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการนิเทศทางการพยาบาลฯ ซึ่งแสดงขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถใช้ศึกษาทบทวนได้ตลอด นอกจากนี้ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มผู้รับการนิเทศ จัดให้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อให้ทำการประเมินความรู้อย่างส่งผลให้กลุ่มผู้รับการนิเทศหลังใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนความรู้ฯ เพิ่มขึ้น และส่งผลให้การปฏิบัติพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับโรงพยาบาลบ้านโป่งของกิงกาญจน์ ทรัพย์เย็น, กนกทอง จาตุรงค์โชค, และกฤตยา ตันติวรสกุล¹⁰ หลังใช้รูปแบบ กลุ่มผู้รับการนิเทศ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูนของศรีวรรณ เรืองวัฒนา, อรทัย ธรรมปือก, พรธนา แก้วคำปา และแสงอรุณ สุขสำราญ⁹ พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติร้อยละ 98.11 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

โรงพยาบาลลำพูนของศรีวรรณ เรืองวัฒนา, พรธนา แก้วคำปา และ อรทัย ธรรมปือก⁹ ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ด้านผู้รับการนิเทศ พบว่ามีความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ผลการศึกษาความพึงพอใจ ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลฯ พบมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่ากลุ่มผู้รับการนิเทศมีคะแนนความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ แนวปฏิบัติทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมั่นใจ รองลงมา แนวปฏิบัติทำให้สามารถพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานได้มากขึ้น ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ได้จริง มีประสิทธิภาพ ในด้านกระบวนการมีการเตรียมกลุ่มผู้รับการนิเทศในการดูแลผู้ป่วยจัดประชุมเชิงปฏิบัติ ให้ความรู้ มีการฝึกปฏิบัติทำให้ผู้รับการนิเทศมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ยังได้รับการนิเทศ กำกับ ติดตามจากผู้นิเทศ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยติดเตียงโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ของ พัทธนิ ยายา ไช้บัวข, พรเพ็ญ สุขสบาย, ชามีฮา มีเซ็ง, สรวงสุดา เจริญวงศ์, และธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์¹¹ พยาบาลและผู้ดูแลมีความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาและจำนวนวันนอนเฉลี่ยก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลฯ ที่พบ ได้แก่ สมองบวมและภาวะความดันใน

กะโหลกศีรษะสูง ร้อยละ 10.42 เท่ากัน ปอดอักเสบ ร้อยละ 8.33 การติดเชื้อทางเดิน-ปัสสาวะ ร้อยละ 4.17 หลังใช้แนวปฏิบัติฯ พบเพียงการเกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 3.85 และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 1.92 สำหรับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ระยะวันนอนเฉลี่ย 6.69 วัน และหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ระยะวันนอนเฉลี่ยลดลง เป็น 5.35 วัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ของ ทศณียา ไช้บัวข, พรเพ็ญ สุขสบาย, ชามีฮา มีเซ็ง, สรวงสุดา เจริญวงศ์, และธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์¹¹ พบว่าอัตราการเกิดHAP ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เท่ากับ 27 คน และ 2 คน ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ-เฉียบพลัน ให้ทุกหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน นำไปปฏิบัติ

2. องค์กรพยาบาลควรนำแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง-ระยะเฉียบพลัน ให้ทุกหน่วยงานนำไปปฏิบัติ

3. องค์กรพยาบาลนำประเด็นการประเมินความเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงใน แผนปฐมนิเทศพยาบาลฉบับใหม่ โดยอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

4. ควรนำผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นข้อมูลในการพัฒนาร่วมกับทีมอายุรแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น

5. ควรนำแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญทางคลินิกอื่น ๆ ให้ครบและครอบคลุมตัวชี้วัดทางการพยาบาล ในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ-เฉียบพลัน ในขณะที่นอนในโรงพยาบาล เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา

2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว เพื่อนำมาปรับปรุงและนำไปใช้ให้เกิดความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 11(2), 26-39.
2. นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล, 34(3) 15-29.
3. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K. . . . Tirschwell, D. L. (2019). 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e99.

4. Proctor, B. (2001). Training for the supervision alliance attitude, skill and intention in fundamental Themes in clinical Supervision, London: Routledge
5. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, สมปรารถนา ดาผา, อนุสรณ์ ช่างมิ่ง, ปิยะดี ลิ้มพะบำรุง และอมรรัตน์ นาคละมัย. (2561). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาล ในการบริหารยาความเสี่ยงสูงโดยมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศทุกระดับ โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1):234-43.
6. Soukup, M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinic of North America*, 35(2), 301-309.
7. Rinawat, W., Aryati, A., Machin, A., Kiechl, S., & Broessner, G. (2025). Prevalence and Factors Associated with Infections After Acute Ischemic Stroke: A Single-Center Retrospective Study over Five Years. From: <https://doi.org/10.3390/epidemiologia603030046>
8. ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, พรธนา แก้วคำปา, และ อรทัย ธรรมปือก. (2567). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์, 15(1), 108-124.
9. ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, อรทัย ธรรมปือก, พรธนา แก้วคำปา และแสงอรุณ สุขสำราญ (2568). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 5(1), 1-18
10. กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น, กนกทอง จาตุรงค์โชค, และ กฤตยา ตันติวรสกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารแพทย์เขต 4-5. 38(4), 300-317
11. ทศณียา ไช้บวช, พรเพ็ญ สุขสบาย, ชามีฮา มีเซ็ง, สรวงสุดา เจริญวงศ์, และจิตารัตน์ หวังสวัสดิ์ (2565). การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 14(1), 80-89