ECH Journal

of environmental and community health

VOL.11 NO.1 January - February 2026

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 VOL. 11 NO. 1 January – February 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง 1
อรุณวรรณ สรรพสมบัติ ,อรดี ชมบุญ สุมาลี ,ศรีเศรษฐการ

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูลอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 14
เสาวนีย์ บุตรวงศ์

การพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นบูรณาการในโรงเรียน โรงเรียนบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 24
จิตาภา หวานดี ,พรทิพา ศรีวงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้: กรณีศึกษา 2 ราย 30
นัฏกานต์ สำราญวงค์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก กรณีศึกษา 42
จีราวรรณ สงกัณหา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย 51
ศศิธร ภูขยัน

ผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี: ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562-2566) 64
มลฤดี ทองดวง ,สุทาวรรณ์ ไชยมูล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 71
นวลนภา บุญวิเศษ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงสถาบันราชประชาสมาสัย 79
บุษณี โคตะวัง ,อำนาจ โกสิงห์ ,นรินทร กลกลาง

ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผู้ดูแลเด็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 87
น้ำฝน สร้อยวงษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV ร่วมกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง 93
ภุชชัชชา เวียสุวรรณ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 103
กชพร นะราธร

ผลของการใช้โปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน 116
จันทร์เพ็ญ สัพโส

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในมิติของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี 126
ศุภรดา จันทร์ถมยา

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี 135
วรางค์ฤทธิ์ ปานณรงค์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 148
ณรงค์ชัย เศิกศิริ

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก 159
สุจิตรา แสวงทรัพย์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 VOL. 11 NO. 1 January – February 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
โปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน อาภาภิญ เวียงอินทร์	168
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา รัชนีกร มาตสุด	179
การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา สุวรรณา ไชยนันทน์	191
การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษา คมขำ วงลคร	200
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ธวัชชัย ปิยะนันท์	208
การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ปฏิมาภรณ์ ภูมิกอง	219
การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย พิชญาภรณ์ ประพันธ์	229
ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โรงพยาบาลเคียนซา ชฎาพร จันทบูรณ์	241
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา วรรณา พรหมพูล	252
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี วรรณวิสา จันทร์ทอง	262
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ สุวิจักขณ์ ปุญนุวงศ์	272
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์	286
การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด ทัศนีย์ สิทธิ	294
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จินตนา พรรณุวงษ์	301
ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ อภิชญา ดอกพอง	309
ประสิทธิผลของการใช้ระบบ SAFE-4P ในกระบวนการก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ศิริลักษณ์ สุยะ ,วริษา หาญใจ ,อาริตา วงศ์เปี้ย	318
การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง ธีรินทร์ เกตุวิชิต	332

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 VOL. 9 NO. 1 January – February 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 345
ยุทธนา ผือโย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 357
วิมลรัตน์ ธารเลิศ

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 372
วาริศิลป์ บัวเขียว

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ 382
รัฐนนท์ เนือนสกุล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา 392
อุมาภรณ์ เจริญสลุง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 400
แสงเพชร แก่นดี

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 408
เพ็ญจันทร์ จันทร์รอด

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาล และระดับความรุนแรงของอาการเมื่อได้รับการช่วยเหลือ 418
อุไรรักษ์ ผาชา

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี 429
สุนทรา ทีทอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 439
วุฒิรักษ์ ลีลาเศรษฐกุล

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 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 37 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อน การพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผู้ดูแลเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ เสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน การมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด ความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ บำบัด Start over and survive (SOS) ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม พัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซี การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง การมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง การพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.11 NO.1 January - February 2026

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2569

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 VOL. 11 NO. 1 January – February 2026 Part1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง 1
อรุณวรรณ สรรพสมบัติ ,อรดี ชมบุญ สุมาลี ,ศรีเศรษฐการ

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูลอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 14
เสาวนีย์ บุตรวงศ์

การพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นบูรณาการในโรงเรียน โรงเรียนบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 24
จิตาภา หวานดี ,พรทิพา ศรีวงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้: กรณีศึกษา 2 ราย 30
นัฏกานต์ สำราญวงค์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก กรณีศึกษา 42
จีราวรรณ สงกัณหา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย 51
ศศิธร ภูขยัน

ผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี: ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562-2566) 64
มลฤดี ทองดวง ,สุฑาวรรณ์ ไชยมูล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 71
นวลนภา บุญวิเศษ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงสถาบันราชประชาสมาสัย 79
บุษณี โคตะวัง ,อำนาจ โกสิงห์ ,นรินทร กลกลาง

ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผู้ดูแลเด็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 87
น้ำฝน สร้อยวงษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV ร่วมกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง 93
ภุชชัชชา เวียสุวรรณ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 103
กชพร นะราธร

ผลของการใช้โปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน 116
จันทร์เพ็ญ สัพโส

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในมิติของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี 126
ศุภรดา จันทร์ถมยา

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี 135
วรางค์ฤทธิ์ ปานณรงค์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 148
ณรงค์ชัย เศิกศิริ

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก 159
สุจิตรา แสวงทรัพย์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 VOL. 11 NO. 1 January – February 2026 Part1

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
โปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน อาภาภิญ เวียงอินทร์	168
การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา ..... รัชนีกร มาตสุด	179
การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา ..... สุวรรณา ไชยนันทน์	191
การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษา ..... คมขำ วงลคร	200
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ..... ธวัชชัย ปิยะนันท์	208

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 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 37 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อน การพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผู้ดูแลเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ เสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน การมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด ความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ บำบัด Start over and survive (SOS) ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม พัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซี การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง การมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง การพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง

Results of Using a Nursing Service Model for Patient Screening Using Urgent Screening Criteria to Monitor Deteriorating Patients While Waiting for Examination in the Outpatient Department of Ban Fang Hospital.

(Received: January 26,2026 ; Revised: February 6,2026 ; Accepted: February 7,2026)

อรุณวรรณ สรรพสมบัติ[1] อรดี ชมบุญ[1] สุมาลี ศรีเศรษฐการ[1]
Arunwan Sappasombut[1] Oradee chombun[1] Sumalee Srisetthagan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง 2) เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองตามรูปแบบฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ และ 3) ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยฯ ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง และกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 460 คน ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจ แบบประเมินการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรอง และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบความแตกต่าง ได้แก่ Chi-square test และ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังใช้รูปแบบการบริการฯ ($p < .001$) 2) ระดับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการทางการพยาบาลอยู่ในระดับ “มาก” ถึง “มากที่สุด” ในทุกด้าน

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วย, เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน, อาการทรุดขณะรอตรวจ, ความพึงพอใจของผู้รับบริการ, บทบาทพยาบาลคัดกรอง

ABSTRACT

This quasi-experimental research employed a one-group pretest-posttest design. The objectives were: 1) to compare the incidence rate of critical conditions while waiting for treatment before and after implementing a nursing service model for triaging patients using an urgent triage criterion to monitor deterioration in the outpatient department at Ban Fang Hospital; 2) to compare the level of triage nurses' role performance before and after the implementation of the model; and 3) to examine the satisfaction level of service recipients toward the nursing service using the urgent triage criterion. The sample was divided into two groups: eight professional nurses responsible for triage at the outpatient department of Ban Fang Hospital and 460 service recipients who visited the outpatient department between February 27 and May 31, 2025. Data were collected using a critical condition monitoring form, a triage nurse role performance observation checklist, and a patient satisfaction questionnaire. Descriptive statistics (frequency, percentage,

[1] แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง

mean, and standard deviation) and inferential statistics (Chi-square test and paired sample t-test) were used to analyze the data.

The results showed that: 1) the incidence of critical conditions while waiting for treatment significantly decreased after implementing the nursing service model ($p < .001$); 2) the triage nurses' role performance significantly improved post-intervention ($p < .01$); and 3) the service recipients' satisfaction with nursing services was rated from "high" to "highest" across all dimensions.

Keywords: Patient triage, Urgent triage criteria, Critical condition while waiting, Patient satisfaction, Triage nurse roles

บทนำ

ปัจจุบัน การติดตามอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของผู้ป่วยนอกขณะรอตรวจเป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลหลายแห่งของประเทศไทย การรอรับบริการในห้องตรวจผู้ป่วยนอกเป็นขั้นตอนสำคัญแต่ก็เป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี ซึ่งส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลหรือในบางกรณีอาจถึงขั้นเสียชีวิต แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) เป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่เป็นด่านแรกของโรงพยาบาล โดยให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจรักษา การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ บทบาทสำคัญของแผนกนี้รวมถึงการคัดกรองภาวะสุขภาพ การแยกประเภทความเจ็บป่วย และการประเมินความรุนแรงของโรค อีกทั้งยังสนับสนุนการทำงานของแพทย์ เช่น การให้การพยาบาลก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจรักษา รวมถึงการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสี่ยงต่อชีวิตฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นการบริการด่านหน้าเป็นลักษณะงานเฉพาะที่ผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ถือเป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงอาจมีอาการทรุดลงในระหว่างรอรับการตรวจรักษาที่ต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องการการเร่งด่วน หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง บุคคลดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการทรุดลงในขณะรอตรวจได้ตลอดเวลา หน่วยคัดกรองผู้ป่วยจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการบริการ ด้วยการคัดกรองและประเมินอาการที่แม่นยำ ช่วยจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยไปยังแผนกที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อการรักษาชีวิต ป้องกันความเสียหายของอวัยวะ และการฟื้นฟูสุขภาพโดยรวม นอกจากจะสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน ช่วยรักษาชีวิต รักษาอวัยวะของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้แล้ว ยังสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสม[1]

ในการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งสภาการพยาบาล[2] ได้ให้ความหมายของการคัดแยกผู้ป่วยว่า หมายถึง การประเมินผู้ป่วยเพื่อการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ และสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและกำหนดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย เป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภยันตรายรุนแรงต่อการรอดชีวิตระดับ 2 ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันภาวะอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญและผู้อื่น ระดับ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยเฉียบพลันโดยไม่มีภาวะ

คุกคามถึงชีวิต ระดับ 4 ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยที่รุนแรงน้อยและไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต และระดับ 5 ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่มีภาวะใดตามข้อ 1-4 ในขณะที่สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[3] ได้แยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง 5 ระดับ คือระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ระดับ 2 เจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ระดับ 3 เจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) ระดับ4 เจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-urgent) และระดับ 5 เจ็บป่วยทั่วไป (Non-urgent) โดยปรับระบบให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกันใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปรับแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้าใจง่ายและจัดบุคลากรเพิ่มเติมในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยประเภท พัฒนาศักยภาพของบุคลากรงานผู้ป่วยนอก จัดหาเครื่องมือให้เพียงพอเพื่อสามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนและความเสี่ยงกับผู้รับบริการ ดังนั้นระบบการจัดการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมุ่งผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ระบบการคัดแยกที่มีความละเอียด เที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น และลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยเร่งด่วนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลารอคอย[4]

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมการคัดกรองประเภทผู้ป่วยในต่างประเทศพบว่า ระบบการคัดกรองประเภทที่มีความละเอียด เที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองแยก ผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดอัตราการตายที่ไม่สมควรลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง[5] ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดความแออัด ในพื้นที่การรักษาสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสำนักการพยาบาล มาตรฐานแรก คือการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดกรองมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบการคัดกรองผู้รับบริการ การประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย ให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสม ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดของหน่วยงานหรือส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามประเภท ความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้รับบริการปลอดภัย ช่วยลดความเครียดของพยาบาล ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองและลดอัตราความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ[6]

ที่ผ่านมาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง ในปี 2564 -2566 ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอก ร้อยละ 92, 89 และ 80 ตามลำดับ อัตราการเกิดอาการรุนแรงระหว่างรอตรวจมีแนวโน้มที่ดีในปี 2564-2565 ไม่พบอุบัติการณ์ ส่วนในปี 2566 มี 2 ราย จากการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น ผลของการแก้ปัญหาพบว่าร้อยละของการคัดกรองผิดพลาดในปีแรกๆ ส่วนใหญ่เป็นปัญหา

จากการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ ในขณะที่ปีหลังๆ เป็นปัญหาจากการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะทีมผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง ที่มีหน้าที่ดูแลร่วมรับผิดชอบงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก เห็นความสำคัญของการจัดบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ด้วยการคัดกรอง และเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้รับบริการ จึงสนใจศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการและทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจถึงผลของการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อผู้ป่วย OPD ในมิติที่ลึกขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่แนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองตามรูปแบบฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านฝาง

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง

สมมุติฐานการวิจัย

1. อัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจ หลังการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง ลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ

2. ระดับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองตามรูปแบบฯ หลังการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง อยู่ในระดับสูง

3. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง อยู่ในระดับสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) กรอบแนวคิดการคัดกรอง/คัดแยก (Triage) สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[7] ได้แยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง 5 ระดับ คือระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ระดับ 2 เจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ระดับ 3 เจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) ระดับ 4 เจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-urgent) และระดับ 5 เจ็บป่วยทั่วไป (Non-urgent) โดยผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการคัดแยกตามเกณฑ์ไม่สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Over or under triage) ภายใน 4 นาที มีระยะเวลารอคอยแพทย์ (Waiting time) ที่เหมาะสมตามระดับการคัดแยก

แนวคิดการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[8] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลในการวินิจฉัยทางการพยาบาลและสั่งการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลและสังเกตอาการและอาการแสดง ภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย และตัดสินใจจัดระดับความรุนแรง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการคัดกรอง 2) บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลในการแสดงออก ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้เกิดการเรียนรู้ตลอดจนการปฏิบัติตัว อธิบายอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนตามสภาพความเจ็บป่วย และ 3) บทบาทผู้ประสานงาน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลในการแสดงออกถึงการประสานงานและติดต่อสื่อสาร โดยส่งต่อข้อมูลกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและญาติขณะรอพบแพทย์

สถานที่ทำการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง และกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยคัดกรองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. ให้การพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง อย่างน้อย 1 ปี

2. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยฯ ได้ไม่น้อยกว่า 80.00%

2. ย้ายไปปฏิบัติราชการในต่างอำเภอหรือจังหวัดอื่น

(2) ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลบ้านฝาง

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (หรือตามเกณฑ์ที่กำหนด)

3. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ เช่น สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการได้ด้วยตัวเอง

4. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา (Informed Consent)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนทันที เช่น ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อก ผู้ป่วยที่มี GCS (Glasgow Coma Scale) ต่ำกว่า 8

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร้ายแรงระยะสุดท้าย (End-stage disease) เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ภาวะไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไตเป็นประจำ

3. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชขั้นรุนแรง ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ เช่น โรคจิตเภทระยะเฉียบพลัน

4. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาหรือไม่ให้ความยินยอม (Informed Consent)

5. ผู้ป่วยที่มีภาวะสื่อสารไม่ได้ เช่น ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (Severe Dementia) ผู้ป่วย

ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารขั้นรุนแรง (เช่น อัมพาตที่ส่งผลต่อการสื่อสาร)

6. ผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับการคัดกรองภายใน 24 ชั่วโมงก่อนหน้า ซึ่งอาจส่งผลให้ข้อมูลซ้ำซ้อน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้ G*Power ใช้คำนวณ Power Analysis และ Effect Size Power Analysis ได้แก่ ค่า α (ระดับนัยสำคัญทางสถิติ) เช่น 0.05 ค่า Power (1–β) โดยทั่วไปตั้งไว้ที่ 80% หรือ 0.80 ค่า Effect Size (ขนาดของผลกระทบ) ซึ่งอาจใช้ Cohen's d ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม เช่น กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ค่า Effect Size ที่ใช้ปานกลาง (Medium): 0.5 (Cohen's d), 0.06 (η^2)

โดยใช้สูตรของ W.G Cochran กรณีนี้ไม่ทราบจำนวนประชากร ผู้รับบริการที่แน่นอนและต้องการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 384 คน แสดงการคำนวณได้ ดังนี้[9]

สูตร $n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ใช้ในการวิจัย (0.50)

Z คือ ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดมีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (0.05)

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (0.05)

แทนค่า $n = \frac{0.50\,(1-0.50)1.96^2}{0.05^2}$

n = 384.16

n = 384 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความสูญเสียของข้อมูล ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20 % ได้จำนวน 76 คน ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 460 คน เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่าง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน แนวทางการคัดกรองหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านฝาง และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง ซึ่งผู้วิจัยปรับมาจากแนวคิดของการคัดกรองเร่งด่วนของ MOPH ED Triage ของสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[3] ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกความเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้นเริ่มตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลจากการประเมินอาการอาการแสดงของผู้ป่วย จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยญาติหรือผู้นำส่ง จากการวัดสัญญาณชีพ จากการวัดระดับความเจ็บปวด และจากการสังเกต โดยพยาบาลทำการประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อระบุความเร่งด่วน โดยผู้ป่วยทุกรายจะถูกประเมินด้วยการประเมินลักษณะ (Acuity) เพื่อคัดแยกเป็นผู้ป่วยเร่งด่วนระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ในระดับ 1 หรือระดับ 2 ผู้ป่วยจะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดกรองเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 ในลำดับต่อไป

2. เครื่องมือประเมินผลการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการคัดกรอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของสำนักวิชาการแพทย์ กรมการ

แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ตั้งแต่แรกรับทั้งการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources)

2.2 แบบสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบสังเกตของ สุคนธ์จิต อุปนันชัย[5] ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แยกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล 10 ข้อ บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 7 ข้อ และบทบาทผู้ประสานงาน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง ไม่จริงที่สุด มีเกณฑ์การแปลค่าคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยการแปลความหมาย 1.00-1.50 การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองในการคัดกรองอยู่ในระดับต่ำมาก และ4.51-5.00 การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองในการคัดกรองอยู่ในระดับมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Davis and Bush[10] แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถการปฏิบัติงาน การดูแลด้านจิตใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติหรือผู้นำส่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ ได้แก่

พอใจน้อยที่สุด หมายถึง การบริการของพยาบาลที่เกิดขึ้นกับทำให้ท่านรู้สึกพอใจ น้อยที่สุดหรือไมพอใจเลย (พอใจ 1-20%) และ พอใจมากที่สุด หมายถึง การบริการของพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ท่านรู้สึกพอใจมากที่สุด (พอใจ 81-100%)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) มากกว่า 0.50 ทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้ คือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ส่วน คือ แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การจำแนกความเร่งด่วน แบบบันทึกการคัดกรอง และแบบบันทึกความพึงพอใจ ไปทดลองใช้ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน ใช้เครื่องมือดังกล่าวไปพร้อมกัน และเป็นอิสระต่อกันกับผู้ป่วยจำนวน 20 คน จากนั้นนำมาคำนวณ หาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกตของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน เท่ากับ 1.00 ทั้งหมด และในส่วนของแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรอง ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรอง หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ทบทวนแนวทางการคัดกรองและการแบ่งประเภทผู้ป่วย ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (รูปแบบเดิม) เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนต่อความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ระยะเวลารอคอยหาสาเหตุของความล่าช้าในการรับบริการแต่ละขั้นตอน

2. ระยะทดลอง

การพัฒนางานตามวงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมิ่ง (Deming cycle) (Deming in Mycoted, 2008) หรือ PDCA cycle ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (P=Plan)

1.1 นำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (รูปแบบเดิม) ในขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ระยะเวลารอคอย สาเหตุของความล่าช้าในการรับบริการแต่ละขั้นตอนมาสรุปผลและนำมาเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนา ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก แก่หัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบฯ โดยปรับปรุงจากแนวทางการคัดแยกเดิม

1.2 ผู้วิจัยร่างรูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โดยปรับปรุงจากแนวทางการคัดแยกเดิมและปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนตรวจงานบริการผู้ป่วยนอกของสำนักการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินอาการผู้ใช้บริการ การจำแนกประเภทผู้ใช้บริการและการพยาบาลเบื้องต้น การเตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกทางการพยาบาล การให้ข้อมูล และการสื่อสาร

1.3 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

1) แผนจัดประชุมประชุมทีมวิจัย และทีมพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก

2) แผนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยนอกโดย on the job training เรื่องการคัดกรองและการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามรูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3) แผนการพัฒนาการสื่อสารโดยจัดทำป้ายสัญลักษณ์ “ประเมินอาการแล้วรอตรวจ” “ผู้ป่วยเร่งด่วน” “ผู้ป่วยรอ Admit” “ผู้ป่วยรอส่งเอกซเรย์” “รอส่ง Lab” “รอส่งER” สำหรับแขวนรถนั่ง รถนอน และป้ายเร่งด่วนในบัตรบันทึกผู้รับบริการไว้สื่อสารในทีม

4) แผนการพัฒนางานโดยมีระบบ fast tract ในผู้ป่วย ACS และ stroke และผู้ป่วยรถนั่ง/นอน มารับบริการพยาบาลประเมินอาการทันที

2. ขั้นดำเนินการ (D = Do)

1) ผู้วิจัยจัดประชุมทีมวิจัยและทีมพยาบาลพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยนอกเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนที่ปรับปรุงจากแนวทางการคัดแยกเดิม ปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนตรวจงานบริการผู้ป่วยนอกของสำนักการพยาบาล ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติด้านการประเมินอาการผู้ใช้บริการ การจำแนกประเภทผู้ใช้บริการและการพยาบาลเบื้องต้น การเตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกทางการพยาบาล การให้ข้อมูล และการสื่อสาร โดยให้ทุกคนในทีมวิจัยและทีมพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน คัดกรองผู้ป่วยนอก ได้มีส่วนร่วมในการระดมสมอง ในขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก จัดทำแบบคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ตามเกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับการบริการของกระทรวงสาธารณสุข “ MOPH” ED. Triage Guideline โดยจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับได้แก่ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ระดับที่ 3 ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgency) ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่รุนแรง (Semi–urgency) ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non–urgency)

2) นำรูปแบบเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้อง ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความเหมาะสม สอดคล้องของรูปแบบ

3) ผู้วิจัยได้พัฒนาการสื่อสารโดยจัดทำป้ายสัญลักษณ์ต่าง ๆ “ประเมินอาการแล้วรอตรวจ” “ผู้ป่วยเร่งด่วน”“ผู้ป่วยรอ Admit” “ผู้ป่วยรอส่งเอกซเรย์” “รอส่ง Lab” “รอส่งER” สำหรับแขวนรถนั่ง รถนอน และป้ายเร่งด่วน ในบัตรบันทึกผู้รับบริการไว้สื่อสารในทีม

4) ผู้วิจัยได้พัฒนางานโดยมีระบบ fast tract ในผู้ป่วย ACS และ stroke และผู้ป่วยรถนั่ง/นอน มารับบริการพยาบาลประเมินอาการทันทีโดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย Stroke screening และแบบคัดกรองผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS)

5) ผู้วิจัยจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานคัดกรองผู้ป่วยนอก จำนวน 8 คน เรื่องการคัดกรองและการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามรูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โดยให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม

6) นำรูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 230 คน

3. ขั้นการตรวจสอบและศึกษาผล (C = Check) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประเมินผลการปฏิบัติการคัดกรองหลังการทดลองใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานคัดกรองงานผู้ป่วยนอก

4. ขั้นดำเนินการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A =Action) จัดทำคู่มือรูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝาง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

1. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสังเกตการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการในการคัดกรองตามแบบบันทึกอัตราความถูกต้องในการคัดกรอง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้บันทึกการสังเกตการปฏิบัติ ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดขบวนการคัดกรองในผู้ป่วยแต่ละราย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลอัตราอุบัติการณ์การผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 นำมาเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์การผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจ

3. ประเมินการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาล คัดกรองหลังการ

ทดลองและความพึงพอใจ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยนำคะแนนที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมา คำนวณหาค่าสถิติ ดังต่อไปนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบร้อยละอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรองโดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (Paired sample t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 007/2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 30–50 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40–50 ปี (ร้อยละ 75.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ปริญญาตรี (ร้อยละ75) และปริญญาโท (ร้อยละ25) อย่างละร้อยลตำแหน่งส่วนใหญ่คือพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 87.50 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ให้บริการมีประสบการณ์เพียงพอในการใช้เกณฑ์การคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุด

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจำนวน 460 คน โดยพบว่าเพศชายมีจำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 และเพศหญิง 250 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 ส่วนช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสมรสจำนวน 250 คน (ร้อยละ 54.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 180 คน (ร้อยละ 39.1) และศาสนาส่วนใหญ่คือศาสนาพุทธ จำนวน 420 คน (ร้อยละ 91.3) อาชีพที่พบบ่อย ได้แก่ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 120 คน (ร้อยละ 26.1) และสิทธิการรักษาหลักคือบัตรทอง จำนวน 300 คน (ร้อยละ 65.2)
สำหรับระดับความฉุกเฉินที่ผู้รับบริการถูกจัดแบ่งพบว่าผู้ป่วยระดับที่ 3 (Urgent) มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 150 คน (ร้อยละ 32.6) ผลลัพธ์การแบ่งระดับความฉุกเฉินมีความถูกต้องร้อยละ 87.0 ขณะที่การแบ่งระดับความฉุกเฉินที่ไม่ถูกต้องมี 60 คน (ร้อยละ 13.0) โดยผู้ป่วยที่ถูกจัดระดับต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) มีจำนวน 40 คน และสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) จำนวน 20 คน

3. อัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจ พบว่า อัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจในผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาล อยู่ที่ร้อยละ 9.0 (95% CI: 6.5 – 11.5) ขณะที่หลังใช้รูปแบบดังกล่าว อัตรานี้ลดลงเหลือร้อยละ 2.9 (95% CI: 1.5 – 4.3) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 25.83$, $p < 0.001$) โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 สรุปได้ว่ารูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยด้วยเกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนช่วยลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรอง บว่าค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำและให้

คำปรึกษา และบทบาทผู้ประสานงาน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบการปฏิบัติงาน โดยค่า t-test แบบ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมหรือรูปแบบการบริการที่นำมาใช้ส่งผลให้พยาบาลคัดกรองมีบทบาทหน้าที่ที่ดีขึ้นในทุกด้านตามเกณฑ์การแปลค่าคะแนนพบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการปฏิบัติอยู่ในระดับ “มาก” ถึง “มากที่สุด” (4.00 – 4.15) ในขณะที่ก่อนการปฏิบัติอยู่ในระดับ “ปานกลาง” (2.90 – 3.20) แสดงว่ามีพัฒนาการชัดเจนในบทบาทของพยาบาลคัดกรอง

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบว่าจากการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจำนวน 460 คน พบว่า ทุกด้านของการบริการพยาบาลได้รับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ "พอใจมาก" โดยเฉพาะด้าน การบริการโดยรวมของแผนกผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.40, SD = 0.52) สะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการประทับใจต่อภาพรวมการให้บริการ ในขณะที่ด้านความเข้าถึงจิตใจ แม้จะมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 4.05) แต่ยังอยู่ในระดับ "พอใจมาก" แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ของพยาบาลที่ยังสามารถพัฒนาได้เพิ่มเติมในเชิงคุณภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน ซึ่งสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจ ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลคัดกรอง และเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการทางการพยาบาล อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจลดลงจากร้อยละ 9.0 เหลือเพียงร้อยละ 2.9 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Smith, Jones, และ Carter[11] ที่พบว่า การใช้ระบบ triage แบบเร่งด่วนช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน และลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอรับบริการได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรในประเทศไทย งานวิจัยของ สุคนธ์จิต อุปนันชัย[5] ที่พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ สามารถลดความผิดพลาดในการประเมินอาการผู้ป่วยและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินซ้ำระหว่างรอตรวจได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงตอกย้ำว่าการปรับปรุงระบบการคัดกรองโดยมีแบบแผนชัดเจนสามารถช่วยคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลมีการปฏิบัติบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลังใช้รูปแบบ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าพยาบาลมีบทบาทเพิ่มขึ้นในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และบทบาทผู้ประสานงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Benner[12] ที่ระบุว่าความเชี่ยวชาญของพยาบาลจะพัฒนาได้ดีเมื่อมีแบบแผนและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจและการดำเนินงาน

ผลการศึกษานี้ยังสนับสนุนผลวิจัยของ อรพรรณ ศิริคง[13] ที่พบว่า การใช้แบบสังเกตและคู่มือการปฏิบัติงานร่วมกับการสอนเสริมช่วยเพิ่มบทบาทของพยาบาลคัดกรองในด้านการประเมินและการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจและมีสมรรถนะที่สูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจำนวน 460 คน พบว่าทุกข้อคำถามมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับ “มาก” โดยเฉพาะด้าน

การบริการโดยรวมของแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Davis and Bush[14] ที่เน้นว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในระบบสุขภาพขึ้นอยู่กับความสามารถในการสื่อสาร ความน่าเชื่อถือ และการดูแลที่เป็นมิตรจากบุคลากรพยาบาล

นอกจากนี้ งานวิจัยของ Abdellah et al.[15] ในโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศมาเลเซียยังพบว่า การให้บริการแบบองค์รวมในขั้นตอนคัดกรองส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนได้รับการประเมินและตอบสนองตามอาการอย่างทันท่วงที

สรุปได้ว่า รูปแบบการบริการทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพบริการ ลดเหตุการณ์วิกฤติ และส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลควรนำรูปแบบการบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยด้วยเกณฑ์เร่งด่วนไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจ และยกระดับคุณภาพการให้บริการ

2. ควรมีการจัดอบรมและพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นเนื้อหาด้านการประเมินอาการเร่งด่วน การตัดสินใจอย่างเป็นระบบ และการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อเสริมสมรรถนะในบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน

3. ควรนำผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการไปใช้ในการปรับปรุงการให้บริการ โดยเฉพาะในด้าน “การเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ” ซึ่งแม้อยู่ในระดับพอใจมาก แต่ยังสามารถพัฒนาได้ให้ตอบโจทย์ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุพรรณิการ์ บุญพสิษฐ์ . (2567) .การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย.วาสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
2. สภาการพยาบาล. (2563). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง หลักการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2567 จากhttps://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_00344.PDF
3. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). Guideline for ER Service Delivery คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ:สามชัย.
4. กัลยารัตน์ หล้าธรรม และชัจคเณศ์ แพรขาว, 2560 “การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์,” ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560, จัดโดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2560 : น.1035 - 1046.
5. สุคนธ์จิต อุปนันชัย. (2559). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. กัลยารัตน์ หล้าธรรม และชัจคเณศ์ แพรขาว. (2560). การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ. https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/pdf/MMP27.pdf, จัดโดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2560: น.1035 - 1046.
7. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). MOPH ED. TRIAGE (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
8. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์.

9. อัจฉรา สิงห์โนนตาด (2555). การพัฒนาการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรือมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์จ.ชัยภูมิ. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2567, จาก http://cpho.moph.go.th/wp/?p=20367.
10. David A Thompson (1995). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine, Volume 28, Issue 6, Pages 657-665, December 1996.
11. Smith, A., Jones, M., & Carter, B. (2020). Emergency triage and waiting room events: An observational study. *Journal of Advanced Nursing, 76*(11), 3041–3050
12. Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice.* Addison-Wesley.
13. อรพรรณ ศิริคง. (2560). ผลของการใช้คู่มือการปฏิบัติงานต่อบทบาทการคัดกรองของพยาบาลในห้องฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(3), 77–89.
14. Davis, B. A., & Bush, H. A. (1995). Patient satisfaction: Examining the concept. *Journal of Nursing Administration, 25*(7–8), 17–23.
15. Abdellah, R., Ghazali, R., Ismail, I., & Zaini, N. (2019). Patient satisfaction towards triage services in public hospitals. *Malaysian Journal of Public Health Medicine, 19*(2), 56–63.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ตำบลดงมูลอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of a Community Participatory Treatment Model for Substance Abuse in Dong Mun Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province.

(Received: January 26,2026 ; Revised: February 6,2026 ; Accepted: February 8,2026)

เสาวนีย์ บุตรวงศ์[1]
Saowanee Butwong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดของตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมกับระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด 30 คน ครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า มีอัตราการเลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จร้อยละ 73.3 ที่ 6 เดือน อัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 26.7 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลย้อนหลังของการบำบัดรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนคุณภาพชีวิต ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จ ได้แก่ ระดับภูมิคุ้มกันทางจิตใจ (OR=3.45) การมีอาชีพและรายได้ (OR=3.12) การสนับสนุนจากครอบครัว (OR=2.98) การสนับสนุนจากชุมชน (OR=2.76) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม (OR=2.54) ความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.71) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก (Mean=4.01) และผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean=4.47)

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, BI-HEART Model

ABSTRACT

This research aimed to 1) analyze the problems of substance abuse treatment in Dong Mun Sub-district, Nong Kung Si District, Kalasin Province, 2) develop a community-based treatment model for substance abusers, and 3) evaluate the community-based treatment model for substance abusers. This study employed Research and Development methodology using Participatory Action Research (PAR) combined with Mixed Methods Research. The sample consisted of 30 substance abusers receiving treatment, families, community leaders, public health officers, and village health volunteers. The research was conducted from January to December 2025. Research instruments included questionnaires, interview guides, observation forms, and recording forms. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The evaluation of the BI-HEART Model demonstrated a 73.3% success rate in substance cessation at 6 months, with a relapse rate of 26.7%, significantly lower than historical data from conventional treatment approaches. Quality of life, psychological resilience, and social support scores increased significantly ($p<0.001$). Factors associated with treatment

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

success included psychological resilience level (OR=3.45), employment and income (OR=3.12), family support (OR=2.98), community support (OR=2.76), and participation in group activities (OR=2.54). The model's appropriateness was rated at the highest level (Mean=4.71), feasibility at a high level (Mean=4.01), and participant satisfaction at a high level (Mean=4.47).

Keywords: Substance Abuse Treatment, Community Participation, Participatory Action Research, BI-HEART Model

บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดในประเทศไทยเพิ่มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทุกด้าน จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2566 พบว่ามีการจับกุมคดียาเสพติดมากกว่า 250,000 คดี เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ 15.3 โดยยาบ้าและเมทแอมเฟตามีนยังคงเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด รองลงมาคือกัญชา และไอซ์ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2566) ในขณะเดียวกันสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ขยายวงกว้างจากพื้นที่เมืองสู่ชนบท โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด[1]

ผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้ยาเสพติดมีความรุนแรงและซับซ้อน การใช้ยาบ้าและเมทแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะโรคจิตเภท ความผิดปกติทางอารมณ์ และความบกพร่องด้านการรู้คิด[2]นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพร่วม เช่น โรคตับอักเสบ เอชไอวี/เอดส์ และวัณโรค จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน[3]ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดมากกว่า 300 ราย และมีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกว่า 15,000 ราย ด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจ การศึกษาของธนาคารแห่งประเทศไทย[4] พบว่าปัญหายาเสพติดสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ากว่า 170,000 ล้านบาทต่อปี ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการป้องกันและปราบปราม การบำบัดรักษา การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และความเสียหายต่อทรัพย์สิน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่ต้องออกจากการศึกษากลางคัน ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะและความสามารถ[5]

ผลกระทบทางสังคมปรากฏชัดเจนในรูปแบบของปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว และการแตกสลายของสถาบันครอบครัว สำนักงานตำรวจแห่งชาติ[6] รายงานว่าร้อยละ 60 ของคดีอาชญากรรมมีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ขณะที่กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว[7] พบว่าร้อยละ 40 ของกรณีความรุนแรงในครอบครัวมีสาเหตุมาจากการใช้ยาเสพติด ส่งผลให้เกิดปัญหาเด็กและเยาวชนถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแลเอาใจใส่ และมีความเสี่ยงต่อการเข้าสู่วงจรยาเสพติด รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ผู้เสพเป็น "ผู้ป่วย" ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม โดยพัฒนาศูนย์บำบัด เช่น "มินิธัญญารักษ์" และส่งเสริมทีม "ชุมชนล้อมรักษ์" เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัด พร้อมจัดตั้งกรมสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติดเพื่อปรับปรุงโครงสร้างการรักษาในระดับพื้นที่ ทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ลดอัตราการเสพซ้ำ และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม การบำบัดรักษาในชุมชนในรูปแบบเดิมที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวพบข้อจำกัดสำคัญ โดยมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 30-40 ในช่วง 1 ปีแรกหลังการบำบัด[8] สาเหตุสำคัญมาจากการขาดระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่เสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยา[9] นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และการตีตราทางสังคมต่อผู้ใช้ยาเสพติด[10]

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลก[11] เสนอว่าการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ใช้ยา และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การศึกษาในหลายประเทศพบว่าโปรแกรมการบำบัดที่มีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมีอัตราความสำเร็จสูงกว่าการบำบัดแบบดั้งเดิม 2-3 เท่า[12] ในประเทศไทย การศึกษาของ วิชัย รูปขำดี และคณะ[13] พบว่าชุมชนที่มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำต่ำกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลไกสำคัญคือการสร้างระบบเฝ้าระวังในชุมชน การให้การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพ[14]

สถานการณ์ของพื้นที่ตำบลดงมูลเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระดับรุนแรง จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูฮังพบว่าในปี 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดจำนวน 45 ราย ประสบผลสำเร็จในการบำบัดเพียงร้อยละ 42 และมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 35 ภายใน 6 เดือนหลังการบำบัด สำหรับการบำบัดผู้ติดยาเสพติดรูปแบบเดิมโดยภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกับชุมชนยังไม่ครอบคลุมในระดับชุมชน โดยมีส่วนร่วมจากชุมชนค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงในการร่วมแก้ไขปัญหาทั้งก่อนบำบัด ระหว่างบำบัด และหลังการบำบัด

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดที่หลากหลาย โดยการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งเสริมความสามัคคีและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน อีกทั้งรูปแบบการบำบัดที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของผู้ใช้สารเสพติดได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะลดอัตราการใช้สารเสพติดและการกลับมาใช้ซ้ำได้ นอกจากนี้การบำบัดรักษาที่มีการสนับสนุนจากชุมชนจะช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดมีโอกาสในการฟื้นฟูที่สูงขึ้น เนื่องจากมีเครือข่ายการสนับสนุนที่เข้มแข็ง และที่สำคัญ การวิจัยในเรื่องนี้จะสามารถสร้างแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในชุมชนอื่นๆ ได้ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุขและการวางแผนการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในอนาคต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยต้องคำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด (2) การพัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน (3) การสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างสถานบริการสุขภาพและชุมชน และ (4) การพัฒนากลไกการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ[15]

จากสภาพปัญหาและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คาดว่าผลที่ได้จะทำให้ได้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้สามารถลดอัตราการกลับมาเสพซ้ำของผู้ที่ได้รับการบำบัด ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหาต่างๆ ตามนโยบายสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เน้นการบูรณาการพัฒนาสถานพยาบาลและระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างมีแบบแผน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ความสำคัญกับการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดของตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นกระบวนการหลักในการพัฒนารูปแบบ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประเมินผล โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ใช้การมีส่วนร่วม (PAR) ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาร่วมกับชุมชน ผ่านกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล (Plan-Act-Observe-Reflect)

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบ ใช้แบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการประเมินประสิทธิผล ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติด พื้นที่ตำบลดงมูล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้รูปแบบผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า: อายุ 18-60 ปี, ผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้า กัญชา หรือสารระเหย, พักอาศัยในตำบลดงมูล, สมัครใจเข้าร่วมโครงการ, สามารถติดตามได้อย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก: มีโรคประจำตัวที่รุนแรง, มีภาวะจิตเภทรุนแรง, ต้องการการบำบัดด้วยยาทดแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1: การวิเคราะห์สภาพปัญหา

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) จำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ใช้สารเสพติด แบบสัมภาษณ์สำหรับครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้นำชุมชน แบบสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแบบสัมภาษณ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

2) แบบสังเกต (Observation Form) ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และแบบสังเกตบริบทชุมชนและสภาพแวดล้อม

3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ได้แก่ สำหรับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

1) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Report Form) ได้แก่ บันทึกการประชุมพัฒนารูปแบบและบันทึกกิจกรรม PAR

2) คู่มือการดำเนินงานตามรูปแบบ (Operation Manual) ได้แก่ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คู่มือสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข คู่มือสำหรับผู้นำชุมชน และคู่มือสำหรับครอบครัว

3) แบบบันทึกกิจกรรม (Activity Log)

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบ

เครื่องมือเชิงปริมาณ

1) แบบประเมินสถานะการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย ประวัติการใช้สารเสพติด ความถี่และปริมาณการใช้สารเสพติดและผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Drug Test)

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHO Quality of Life-BREF: WHOQOL-BREF) ประเมิน 4 ด้าน: สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

3) แบบวัดภูมิคุ้มกันทางจิตใจ (Psychological Immunization Scale) ได้แก่ประเมินความสามารถในการปฏิเสธสารเสพติด ความมั่นใจในตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต

4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

5) แบบประเมินความพึงพอใจ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ สัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัด สัมภาษณ์ครอบครัวและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

3) แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบคำนวณค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ยอมรับค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ยอมรับค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้เครื่องมือ (Pilot Test) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation): ข้อมูล, วิธีการ, และผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

1) ขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูฮัง, องค์การบริหารส่วนตำบลดงมูล, ผู้นำชุมชนทั้ง 8 หมู่บ้าน

3) จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

4) สร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจกับชุมชน (Rapport Building)

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา (เดือนที่ 1-2)

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจเบื้องต้น

- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ: สถิติผู้ติดสารเสพติด, รายงานการบำบัด, แผนงานที่เกี่ยวข้อง

- สำรวจพื้นที่และบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Community Mapping)

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงลึก

- สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สัมภาษณ์รายบุคคลตามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 กลุ่ม โดยใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที บันทึกเสียงด้วยความยินยอม

- การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จัด 3 ครั้ง ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัว (10-12 คน) กลุ่มผู้นำชุมชนและ อสม. (10-12 คน) และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (8-10 คน)

- การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) สังเกตกิจกรรมในชุมชน การทำงานของเครือข่าย และบริบททางสังคมวัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1

- วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันด้วยเทคนิค SWOT Analysis

- ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุปัญหาและแนวทางแก้ไข

- สร้างความเข้าใจร่วมเกี่ยวกับเป้าหมายการวิจัย

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบ (เดือนที่ 3-9) ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) 3 วงรอบ (3 Cycles)

วงรอบที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบเบื้องต้น (เดือนที่ 3-5)

ขั้น Plan (วางแผน) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ออกแบบรูปแบบการบำบัดรักษาร่วมกัน กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ กิจกรรม และแนวทางการดำเนินงาน และแบ่งบทบาทหน้าที่และจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้น Act (ปฏิบัติ) ทดลองนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มทดลองเบื้องต้น (Pilot Group) 10 คนบันทึกกิจกรรมและผลการดำเนินงานอย่างละเอียด

ขั้น Observe (สังเกต) สังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชน ติดตามผลการดำเนินกิจกรรมและบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ขั้น Reflect (สะท้อนผล) จัดประชุมสะท้อนผลการทดลองใช้รูปแบบ วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะและปรับปรุงรูปแบบตามข้อมูลที่ได้รับ

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงและทดลองใช้รูปแบบ (เดือนที่ 6-7)

ขั้น Plan (วางแผน) ปรับปรุงรูปแบบตามผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 และวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น

ขั้น Act (ปฏิบัติ) ทดลองนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่มใหม่ 15 คนและดำเนินกิจกรรมครบทุกองค์ประกอบของรูปแบบ

ขั้น Observe (สังเกต) สังเกตและบันทึกการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผลลัพธ์

ขั้น Reflect (สะท้อนผล) จัดประชุมสะท้อนผลและปรับปรุงอีกครั้งและปรับแต่งรายละเอียดการดำเนินงาน

วงรอบที่ 3 การปรับปรุงครั้งสุดท้ายและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ (เดือนที่ 8-9)

ขั้น Plan (วางแผน) ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์และจัดทำคู่มือการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์

ขั้น Act (ปฏิบัติ) นำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ไปใช้จริง

ขั้น Observe (สังเกต) สังเกตและประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้

ขั้น Reflect (สะท้อนผล) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 สรุปผลและยืนยันรูปแบบและจัดทำเอกสารรูปแบบฉบับสมบูรณ์

การบันทึกข้อมูลตลอดระยะที่ 2 บันทึกการประชุม (Meeting Minutes) บันทึกกิจกรรม (Activity Log) บันทึกภาคสนาม (Field Notes) บันทึกภาพและวิดีโอ (ด้วยความยินยอม)และบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย (Reflective Journal)

ระยะที่ 3 การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินรูปแบบ (เดือนที่ 10-12)

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ (Pre-test) ประเมินสถานะการใช้สารเสพติด ประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ประเมินภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ประเมินการสนับสนุนทางสังคมและตรวจปัสสาวะ (Urine Drug Test)

การประเมินระหว่างโครงการ (Process Evaluation) ติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม (Attendance Rate) บันทึกพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (รายสัปดาห์) และตรวจปัสสาวะแบบสุ่ม (Random Urine Test)

การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ (Post-test) ประเมินซ้ำตัวชี้วัดเดียวกันกับก่อนเข้าร่วม (เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6) ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ตรวจปัสสาวะยืนยันและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ค่าความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการเปรียบเทียบก่อนและหลัง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานแบบอธิบาย (Explanatory Sequential Design) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้อธิบายผลลัพธ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้อธิบายเหตุผลและกระบวนการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์นั้น สังเคราะห์ข้อมูลทั้งสองแบบเพื่อสรุปผลการประเมิน

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์" เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมกับระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สภาพปัญหา เป็นเพศชาย 25 คน (ร้อยละ 83.3) เพศหญิง 5 คน (ร้อยละ 16.7) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18-24 ปี (ร้อยละ 40.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 46.7) โสด (ร้อยละ 43.3) และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 10.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 76.7) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 53.3) เกษตรกรรม (ร้อยละ 33.3) และอื่นๆ (ร้อยละ 13.4)

สถานการณ์การใช้สารเสพติดในพื้นที่ตำบลดงมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าสถานการณ์การใช้สารเสพติดในพื้นที่ตำบลดงมูล มีลักษณะดังนี้

1) ประเภทของสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาด 1.1) สารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 85.6) รองลงมาเป็น กัญชา (ร้อยละ 10.2) และสารระเหย (ร้อยละ 4.2) 1.2) มีแนวโน้มการใช้ยาบ้าในกลุ่มเยาวชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 18-24 ปี 1.3) พบรูปแบบการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (Polydrug Use) มากขึ้นโดยเฉพาะยาบ้าร่วมกับกัญชา

2) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและพฤติกรรมการใช้ 2.1) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 18-35 ปี 2.2) พบว่ามีการใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานรับจ้าง และกลุ่มเกษตรกรเพื่อเพิ่มกำลังในการทำงาน 2.3) ลักษณะการใช้ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในกลุ่มเพื่อนและการใช้เพื่อสันทนาการในช่วงเทศกาลหรืองานบุญประเพณี

3) แหล่งที่มาและการเข้าถึงสารเสพติด 3.1) แหล่งจำหน่ายส่วนใหญ่มาจากพื้นที่ใกล้เคียงและมีการซื้อขายผ่านเครือข่ายออนไลน์ 3.2) มีการแพร่ระบาดในพื้นที่ห่างไกลตัวอำเภอและเขตรอยต่อระหว่างตำบล

3.3) ราคายาบ้ามีแนวโน้มลดลง ทำให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษา

1) ผลลัพธ์ด้านการเลิกใช้สารเสพติด พบว่า หลังการบำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Model เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีผู้เลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จ (ตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และเมื่อติดตามต่อเนื่องถึง 6 เดือน มีผู้เลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3

2) อัตราการกลับไปเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Model เปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง พบว่า อัตราการกลับไปเสพซ้ำหลังการ

บำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Model ที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 26.7 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าอัตราการกลับไปเสพซ้ำจากข้อมูลย้อนหลังของการบำบัดรูปแบบเดิมที่มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 28.0 และ 35.0 ที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ

3) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Modelและ คะแนนภูมิคุ้มกันทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด

4) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ภูมิคุ้มกันทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกใช้สารเสพติด ($r=0.68$, $p<0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=0.72$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกใช้สารเสพติด ($r=0.65$, $p<0.001$) ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ($r=0.70$, $p<0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=0.67$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติด พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีค่า Odds Ratio สูงสุด คือ ระดับภูมิคุ้มกันทางจิตใจ (OR=3.45) รองลงมาคือ การมีอาชีพและรายได้หลังการบำบัด (OR=3.12) และการสนับสนุนจากครอบครัว (OR=2.98) ตามลำดับ ผู้ติดยาเสพติดที่มีระดับภูมิคุ้มกันทางจิตใจสูง มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ที่มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจต่ำ ถึง 3.45 เท่า (95% CI=1.87-6.39, $p<0.001$) ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสำเร็จในการฟื้นฟูและกลับเข้าสู่สังคม

ผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้และการยอมรับรูปแบบ

1) ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ BI-HEART Model โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน 2 คน นักพัฒนาชุมชน 2 คน และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน พบว่า ความเหมาะสมของรูปแบบ BI-HEART Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.71, SD=0.49) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมสูงสุดคือ H: Holistic Treatment และ A: Aftercare & Monitoring (Mean=4.86, SD=0.38) รองลงมาคือ B: Building Community Engagement และ R: Reintegration to Society (Mean=4.71, SD=0.49)

2) ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ BI-HEART Model ไปใช้ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 35 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน ผู้นำชุมชน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 8 คน ผู้แทนครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด 5 คน และผู้ผ่านการบำบัดที่เลิกได้สำเร็จ 6 คน พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ BI-HEART Model ไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.01, SD=0.71) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้สูงสุดคือ ความเป็นไปได้ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean=4.43, SD=0.61) รองลงมาคือ ความเป็นไปได้ด้านนโยบาย (Mean=4.20, SD=0.63) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความเป็นไปได้ด้านงบประมาณ (Mean=3.54, SD=0.85)

3) ผลการประเมินการยอมรับและความพึงพอใจต่อรูปแบบ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ BI-HEART Model ของผู้เข้ารับการบำบัดและ

ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BI-HEART Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.47, SD=0.63) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ การสนับสนุนจากทีมบำบัด (Mean=4.60, SD=0.56) รองลงมาคือ การติดตามดูแลต่อเนื่อง (Mean=4.57, SD=0.57) และกิจกรรมการบำบัดรักษา (Mean=4.53, SD=0.57) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การฟื้นฟูอาชีพและการมีรายได้ (Mean=3.97, SD=0.81) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อรูปแบบ BI-HEART Model (n=30) พบว่า ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BI-HEART Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.43, SD=0.60) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Mean=4.51, SD=0.56) รองลงมาคือ โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ (Mean=4.46, SD=0.61) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้สารเสพติด (Mean=4.43, SD=0.65)

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

สถานการณ์การใช้สารเสพติดในตำบลดงมูล พบว่ายาบ้าเป็นสารเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด (ร้อยละ 85.6) และกลุ่มผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุ 18-35 ปี สอดคล้องกับรายงานของ ป.ป.ส. (2566) และการศึกษาของ Degenhardt et al.[16] ที่พบว่าเมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่แพร่หลายในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานชาย ผลการศึกษายังพบแนวโน้มการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (Polydrug Use) เพิ่มขึ้น

ปัญหาการบำบัดรักษาที่พบใน 6 ด้าน สะท้อนความซับซ้อนที่ต้องการการบูรณาการจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะระบบการบำบัดที่ไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน การพบทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ได้แก่ ระบบเครือญาติที่เข้มแข็ง วัฒนธรรมฮีตสิบสองคองสิบสี่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam[17] ที่เน้นความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม บรรทัดฐาน และความไว้วางใจ ยังสอดคล้องกับ Laudet & White[18] ที่พบว่าทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการฟื้นฟูจากการติดสารเสพติด ทุนทางสังคมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่หลากหลายนี้จึงเป็นจุดแข็งสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนารูปแบบ BI-HEART Model ผ่าน PAR 3 วงรอบ รูปแบบ BI-HEART Model มีองค์ประกอบครอบคลุมทั้งการป้องกัน การบำบัด การฟื้นฟู และการกลับคืนสู่สังคม โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแกนหลัก สอดคล้องกับแนวทาง WHO[17] ที่แนะนำการบำบัดแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรม

ผลลัพธ์ด้านการเลิกใช้สารเสพติด อัตราความสำเร็จร้อยละ 83.3 ที่ 3 เดือนและร้อยละ 73.3 ที่ 6 เดือน สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไป ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต คะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Laudet et al.[18] ผลลัพธ์ด้านภูมิคุ้มกันทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม คะแนนภูมิคุ้มกันทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ United Nations Office[19] ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ภูมิคุ้มกันทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกใช้สารเสพติด (r=0.68) และคุณภาพชีวิต (r=0.72) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จ ผลนี้ยืนยันความสำคัญของทุกองค์ประกอบในรูปแบบ BI-HEART Model[17]

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยพัฒนารูปแบบ BI-HEART Model ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบผ่าน PAR 3 วงรอบ ผลการประเมินพบอัตราความสำเร็จร้อยละ 73.3 ที่ 6

เดือน อัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 26.7 ปรับปรุงคุณภาพชีวิต ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ อาชีพและรายได้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับในระดับมากถึงมากที่สุด รูปแบบ BI-HEART Model จึงเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผล เหมาะสม และเป็นไปได้ในบริบทชุมชนไทย สามารถเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2566). สถิติผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดจำแนกตามกลุ่มอายุ. กระทรวงสาธารณสุข.
2. วิโรจน์ วีรชัย, และคณะ.(2565). ผลกระทบทางจิตเวชและสมองจากการใช้ยาบ้าและเมทแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานาน. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
3. World Health Organization.(2023). Guidelines for the management of substance abuse in community settings. Geneva: WHO Press.
4. ธนาคารแห่งประเทศไทย.(2565). การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจจากปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ: ธนาคารแห่งประเทศไทย.
5. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.(2566). ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
6. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.(2566). สถิติคดีอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.
7. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.(2566). รายงานสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
8. กรมการแพทย์.(2566). รายงานสถิติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กระทรวงสาธารณสุข.
9. จิตรา จำปา, สมชาย วงศ์ใหญ่, พิมพ์ใจ สุขสันต์.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(2):145-62.
10. สมชาย จักรพันธุ์, และคณะ.(2566). การเข้าถึงบริการบำบัดรักษาและการตีตราทางสังคมในพื้นที่ห่างไกล. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
11. World Health Organization.(2017). Drug treatment and community-based rehabilitation: Global perspectives. Geneva: WHO.
12. Johnson K, et al.(2024). Effectiveness of community-based drug rehabilitation: A multi-country study. J Subst Abuse Treat.
13. วิชัย รูปขำดี, และคณะ.(2563). ความเข้มแข็งของชุมชนกับการลดอัตราการเสพซ้ำ. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. 2565.
14. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. การสนับสนุนทางสังคมและการฝึกอาชีพเพื่อความสำเร็จในการเลิกสารเสพติด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
15. ประเวศ วะสี.(2565). การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
16. Degenhardt L, et al.(2018). The global epidemiology of methamphetamine use and harm. Lancet Psychiatry. 2018;5(12):1003-14.
17. Putnam RD.(2000). Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster.
18. Laudet AB, White WL.(2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and health among former poly-substance users. Subst Use Misuse. 2008;43(1):27-54.
19. United Nations Office on Drugs and Crime.(2020). International standards for the treatment of drug use disorders. Vienna: UNODC.

การพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นบูรณาการในโรงเรียน โรงเรียนบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Development of a mental health counseling clinic to prevent depression in adolescents integrated in schools, Ban Phai School, Ban Phai District, Khon Kaen Province.

(Received: January 26,2026 ; Revised: February 6,2026 ; Accepted: February 8,2026)

จิตาภา หวานดี[1] ,พรทิพา ศรีวงษ์[2]
Chitapha Wandee[1] ,Pornthipa Sriwong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและโรงเรียน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่มีระดับคะแนนภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQA) แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ วิเคราะห์โดย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย ( ) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83) อายุ 13–15 ปี (ร้อยละ 73) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87) และมีรายได้ครอบครัวเพียงพอ (ร้อยละ 70) หลังได้รับการดูแลตามแนวทางที่พัฒนา พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงลดลงจากร้อยละ 18 เหลือร้อยละ 3 ขณะที่ระดับปานกลางเพิ่มจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 85 ความคิดอยากตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ลดลงจากร้อยละ 28 เหลือร้อยละ 25 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51 เป็นร้อยละ 81 และมีความพึงพอใจต่อแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.13 หรือร้อยละ 83)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, นักเรียน, แนวทางการป้องกัน, การวิจัยและพัฒนา

ABSTRACT

This action research aimed to study and develop guidelines for the prevention of depression among students at Ban Phai School, Ban Phai District, Khon Kaen Province, through the integration of collaboration between public health personnel and the school. The study was conducted from January to December 2025. The sample consisted of 60 students in Grades 7–12 who had moderate to severe levels of depressive risk, both male and female, who voluntarily participated in the study with parental consent. The research instruments included the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQA), the 8-item Suicide Assessment Questionnaire (8Q), a depression knowledge test, and a satisfaction assessment form for the developed preventive guideline. Analyzed using frequency, percentage, mean ( ), and standard deviation (SD).

The results revealed that most participants were female (83%), aged 13–15 years (73%), without chronic diseases (87%), and from families with sufficient income (70%). After receiving care under the developed guideline, the proportion of students with severe depression decreased from 18% to 3%, while those with moderate depression increased from 70% to 85%. Suicidal ideation within the past month

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่
[2] ครูชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านไผ่ Corresponding Author;พยาบาลวิชาชีพ(ด้านปฏิบัติ) , Email:Chitapha2515@gmail.com

decreased from 28% to 25%. Knowledge about depression increased from 51% to 81%. Satisfaction with the preventive guideline was at a high level (mean = 4.13, or 83%), with the highest satisfaction in receiving care from knowledgeable and skilled personnel (86%).
Keywords: Depression,Students,Preventive Guideline, Research and DevelopmentJitapa

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย โดยมีลักษณะสำคัญคือความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย [1,2,3,4] โดยองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานด้านสุขภาพจิตระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของภาระโรคและความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5,6] วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสับสน ความเครียด และปัญหาการปรับตัว[7,8,9,10] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม[11,12,13,14] ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า สถานการณ์สุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นไทยอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดยพบอัตราการเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเองในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น[5] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายฉบับที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตายได้[6,15,16,17] ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถป้องกันได้ หากมีการเฝ้าระวัง ค้นหา และให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว ครู และเพื่อน รวมถึงการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับช่วงวัย [3,18,19] โรงเรียนจึงถือเป็นสถานที่ที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการจัดระบบดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น เนื่องจากเป็นแหล่งเรียนรู้และสภาพแวดล้อมหลักที่วัยรุ่นใช้ชีวิตประจำวัน และเอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมป้องกันเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง[15,20] การดำเนินงานป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขและสถานศึกษา ผ่านกระบวนการค้นหา คัดกรอง ลดปัจจัยเสี่ยง และเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง รวมถึงการใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เช่น วงจรคุณภาพ PDCA เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน[6,16,21] จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ การขาดนัด การไม่รับประทานยา และการไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากภาระด้านการเรียน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรค

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จึงมีความสนใจพัฒนาแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงเรียน โดยการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตแบบบูรณาการในโรงเรียน ร่วมกับครูและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการคัดกรอง ค้นหา และให้การดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และเสริมสร้างเครือข่ายการดูแลอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาแนวโน้มภาวะซึมเศร้าในนักเรียน โรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2.เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น บูรนาการร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและโรงเรียน

3.เพื่อประเมินผลการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิต ในโรงเรียน โรงเรียนบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ต้องการพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นบูรนาการร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 6 ที่มีระดับคะแนนภาวะเสี่ยงต่อซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 60 คน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2568

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6

2. ประเมินภาวะซึมเศร้าพบมีระดับคะแนนตั้งแต่มากจนถึงรุนแรงไป

3. ยินยอมเข้าร่วมทำการวิจัยรวมทั้งได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

กำหนดเกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1.เจ็บป่วยรุนแรงและกำลังรักษาที่สถานพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่วางไว้ได้

2.ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่แนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคซึมเศร้าในนักเรียนส่วนเครื่องมืออื่นๆจะใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่1 แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันซึมเศร้าในนักเรียน โรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

เครื่องมือที่2 ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQA) แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.94

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับกระบวนการและขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตขอเข้าไปทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น

2. ประชุมชี้แจ้งการดำเนินงานของการทำวิจัยแก่บุคลากรของโรงเรียนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าในนักเรียน

3. คัดเลือกนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้ทราบ

4. ดำเนินกิจกรรมคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นกับนักเรียนที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 60 คน

5. สรุปผลจากการดำเนินการวิจัย นำผลการวิจัยมาปรับปรุงแนวทางแนวทางในการ

ป้องกันโรคซึมเศร้าในนักเรียนและนำไปทดลองใช้กับนักเรียน จัดทำเป็นแนวทางเพื่อนำเสนอผู้บริหารของโรงเรียนเพื่อประกาศใช้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป,การวัดความรู้ก่อนหลังเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความพึงพอใจต่อคลินิกให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น วิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วม ข้อมูลถือเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะไม่ระบุตัวบุคคลและใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น นอกจากนี้จะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปี

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (83%) อายุระหว่าง 13–15 ปี (73%) เรียนในสายวิทย์–คณิต (68%) มีเพื่อนสนิท (85%) ไม่มีโรคประจำตัว (87%) พ่อแม่อยู่ร่วมกัน (57%) และมีรายได้เพียงพอ (70%) ระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยพบว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรงคิดเป็น 18% แต่หลังการดูแลลดลงเหลือ 3% ขณะที่ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเพิ่มจาก 70% เป็น 85% แสดงว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงหลังได้รับการดูแลตามแนวทางไม่มีความคิดอยากตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มจากร้อยละ 72 เป็นร้อยละ 75 ความคิดอยากตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนการดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดอยากตายร้อยละ 28 หลังการดูแลลดลงเหลือร้อยละ 25 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ก่อนการดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ (51%) แต่หลังการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (81%) ความพึงพอใจต่อแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้า นักเรียนมีความพึงพอใจต่อแนวทางที่ได้รับในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยรวม = 4.13, S.D.=1.00) โดยด้านที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือ การได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ (ค่าเฉลี่ย = 4.28)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่มีระดับคะแนนภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQA) แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนบ้านไผ่ ผลการวิจัยพบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นทำให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากตายของนักเรียนลดลง มีความพึงพอใจต่อแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนในระดับสูง ดังนั้นการมีคลินิกให้คำคำปรึกษาสุขภาพจิต ในโรงเรียนจึงเป็นแนวทางที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าและลดภาวะซึมซึมเศร้าของนักเรียนได้[15,20]

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในโรงเรียนอื่นเพื่อทดสอบความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกันและผู้ปกครองควรได้รับความรู้และ

ทักษะในการดูแลบุตรหลานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัย เรื่อง การพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นบูรณาการในโรงเรียน โรงเรียนบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น สำเร็จได้ด้วยการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์จิตรา มณีวงษ์ ข้าราชการบำนาญ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อดีตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชนบท โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น ในการให้ความรู้และคำแนะนำในกระบวนการศึกษา การวางแผน เป็นแบบอย่างในกระบวนการเรียนรู้การศึกษาและปฏิบัติในการทำวิจัย เป็นผู้ที่คอยให้กำลังใจ ให้ข้อชี้แนะ ให้คำปรึกษา จนนำมาสู่ความสำเร็จในงานวิจัย ขอขอบคุณพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ นายแพทย์อดุลย์ บำรุง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ที่ให้อนุญาตให้ทำการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนบุคลากรในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนงานวิจัยนี้สำเร็จ ขอขอบคุณพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านไผ่ ดร.วรรณประกรณ์ จุมพลน้อย ผู้อำนวยการเชี่ยวชาญ ที่ให้อนุญาตให้เข้าไปดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล คณะครูทุกท่านในโรงเรียนที่อำนวยความสะดวกและคอยช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตลอดจนผู้ปกครองนักเรียนที่อนุญาตให้นักเรียนที่เข้าร่วมงานวิจัยและนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ และหวังว่างานวิจัยนี้จะได้นำไปใช้แนวทางในการป้องกันโรคซึมเศร้าในโรงเรียนบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์.(2563). เช็คอาการโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article
2. ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง.(2563). โรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/depression
3. ตฎิลา จำปาวัลย์.(2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2560;2(2):1-11.
4. Beck AT.(1967). Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. Philadelphia: University of Pennsylvania.
5. กรมสุขภาพจิต.(2564). สุขภาพจิตวัยรุ่น เรื่องใหญ่กว่าที่คิด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30744
6. National Health and Medical Research Council.(2011). Clinical practice guidelines: depression in adolescents and young adults. Melbourne: Beyond Blue.
7. กองบรรณาธิการ HD.(2563). คำจำกัดความของคำว่าวัยรุ่นสำหรับพ่อแม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hd.co.th/teen-teenager
8. กรวรรณ ใจซื่อกุล.(2567). วัยรุ่น ความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์ และร่างกาย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bedee.com/articles/mental-health/adolescence
9. ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์.(2549). วัยรุ่นกับปัญหาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549.
10. นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ.(2567). วัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://anthropologyconcepts.sac.or.th/glossary/2
11. ฉันทนา แรงสิงห์.(2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(2):42-56.
12. ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์.(2566). ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(3):1-9.

13. นันทยา คงประพันธ์.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2563;5(11):301-315.
14. ประภาพร คำแสนราช, เมธี สุทธศิลป์.(2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนโรงเรียนไกรในวิทยาคมรัชมังคลาภิเษก. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2566;9(7):601.
15. ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์, มัณฑนา กลมเกลียว, วัชรินทร์ ทองสีเหลือง.(2565). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2565;6(12):57-69.
16. ดวงใจ วัฒนสินธุ์.(2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;24(1):1-12.
17. ถิรนันท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทุมพร, สารรัตน์ วุฒิอาภา.(2560). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;19:89-98.
18. ณิชา จิรวิภาพันธ์.(2566). การให้คำปรึกษาวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/km/medicine/25jan2023-0940
19. บุษบา คล้ายมุข.(2555). ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสภาการพยาบาล. 2555;27(3):106-115.
20. จุฑามาศ แก้วจันดี, กฤษฎารัตน์ ลีเขาสูง, วารี นันทสิงห์.(2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2567;12(1):1-15.
21. ชนิกานต์ เธียรสูตร.(2551). วงจร PDCA คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://eduserv.ku.ac.th/km/index.php?option=com_content&task=view&id=137

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease and uncontrolled diabetes mellitus: Two case studies.

(Received: January 27,2026 ; Revised: February 6,2026 ; Accepted: February 9,2026)

นัฏกานต์ สำราญวงค์[1]
Nattakarn Samranwong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟู และวางแผนการจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วย และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะฟื้นฟู และการพยาบาลระยะจำหน่าย

ผลการศึกษา จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ซักประวัติ ประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Abstract

This study is a case study of two patients, aiming to compare the disease progression, treatment, and nursing care of patients with chronic obstructive pulmonary disease combined with poorly controlled diabetes who were admitted to Kalasin Hospital. They received care in the medical intensive care unit and the male medical ward at Kalasin Hospital, covering the critical stage, continuous care stage, rehabilitation stage, and discharge planning. Data were collected from patients, their relatives, and medical records, including symptom assessment, history taking, and physical examination, to identify patient problems and needs. This information was used to establish nursing diagnoses and nursing care plans, using Gordon's 11 health patterns for patient assessment and Orem's self-care theory for patient care. The nursing outcomes were evaluated in three stages: critical care nursing, rehabilitation nursing, and discharge nursing.

Study Results: From the case studies of both cases, it was found that nurses play a crucial role in patient care, from collecting information, taking medical histories, assessing symptoms, monitoring patient conditions, to organizing nursing activities that meet the individual needs and problems of each patient.

Keywords: Nursing care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Diabetes with uncontrolled blood sugar levels

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่ก่อให้เกิดภาระด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญต่อประชากรโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

รายงานว่าในปี ค.ศ. 2019 โรค COPD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 3.23 ล้านคนทั่วโลก และจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามของโลก[1] ลักษณะการดำเนินโรคมักมีการกำเริบเป็นระยะ ซึ่งภาวะกำเริบเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น และการเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอดอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพในระยะยาว[2] ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีหลักฐานทางวิชาการเพิ่มขึ้นที่ชี้ให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมสำคัญที่มีบทบาทต่อความรุนแรงและการดำเนินโรคของ COPD ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง[3] พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานกระตุ้นการอักเสบและการเกิด oxidative stress ส่งผลให้เนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดฝอยในปอดเกิดความเสียหาย สมรรถภาพปอดลดลง และเพิ่มความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจในผู้ป่วย COPD[4] นอกจากนี้ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเบาหวานยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของ COPD โดยภาวะกำเริบดังกล่าวมักมีความรุนแรงและนำไปสู่การนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้การดำเนินโรคแย่ลงในระยะยาว[5] จากความสัมพันธ์ดังกล่าว โรคเบาหวานจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่กับการจัดการอาการของ COPD อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการกำเริบ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

จากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเป็นเบาหวานมารับบริการจำนวน 1685, 2417, และ 2976 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวจำนวน 351, 464, และ 509 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน[6] มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มาด้วยอาการกำเริบและมีโรคประจำตัว ทำให้มีพยาธิสภาพที่รุนแรงต้องให้การรักษาพยาบาลทันเวลา พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินปัญหา และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรกรับ ระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเกิดอาการกำเริบซ้ำอีก ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้จัดทำผลงานมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานสำหรับให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอัตราการกลับเป็นซ้ำจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 2

รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 6 มีนาคม 2567 ชายไทย อายุ 79 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้นและไอมีเสมหะ เป็นมา 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติมีไข้ต่ำ ๆ เป็นบางครั้ง ร่วมกับอ่อนเพลีย เหนื่อยหอบมากขึ้นจนต้องหยุดพักบ่อย มีอาการหอบแม้ขณะพัก และนอนราบไม่ได้ ต้องนอนหนุนหมอนหลายใบ โดยไม่มีอาการสำลักหรือหายใจมีเสียงหวีดมากกว่าปกติ จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมาถึงห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีลักษณะอ่อนเพลีย สัญญาณชีพพบอุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 149/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที และระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95 % จึงให้ออกซิเจนทางจมูกชนิดถุงครอบอัตราไหล 10 ลิตรต่อนาที แพทย์พิจารณารับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ CBC BUN Creatinine Electrolyte Hemoculture PT PTT INR รวมถึงเอกซเรย์ทรวงอกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และให้ยาปฏิชีวนะ Tazozin ทางหลอดเลือดดำทันที ต่อมาเวลา 20.00 น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบมากขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มเป็น 35 ครั้งต่อนาที ฟังปอดพบเสียง rhonchi ทั้งสองข้าง ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 87–88 % และมีอาการเหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดเป็นประโยคยาวได้ สัญญาณชีพพบชีพจรเพิ่มเป็น 100 ครั้งต่อนาที แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมใส่สายสวนปัสสาวะและสายให้อาหารทางจมูก งดน้ำและอาหาร และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รวมถึง ABG และ lactate ซึ่งพบค่าสูงถึง 4.1 mmol/L ผู้ป่วยได้รับการพ่นยา Beradual ทุก 15 นาทีจนครบ 1 ชั่วโมง จากนั้นพ่นต่อทุก 4 ชั่วโมง และมีการปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Tazozin เป็น Meropenem ทางหลอดเลือดดำก่อนย้ายเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พร้อมติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชั่วโมง และให้ Regular insulin ตามแผนการรักษา วันที่ 8 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

สำเร็จ ให้ออกซิเจนแรงดันสูง ต่อมาเปลี่ยนเป็นออกซิเจนทางจมูกอัตราไหล 3 ลิตรต่อนาที และวางแผนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในช่วงวันที่ 9–17 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ หายใจได้ด้วยออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที และได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง วันที่ 18 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ พบค่า lactate ลดลงเหลือ 0.9 mmol/L แม้ผลเอกซเรย์ทรวงอกยังพบ infiltration ที่ปอดทั้งสองข้าง ตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม ถึง 6 เมษายน 2567 ผู้ป่วยหายใจได้เอง อาการโดยรวมดีขึ้น ได้รับการพ่นยา ลดความถี่ลงตามลำดับ จนกระทั่งวันที่ 6 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ หายใจได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาออกซิเจน และได้รับอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์ผู้ดูแล

กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 8 มีนาคม 2567 ชายไทย อายุ 58 ปี ถูกญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นและไอมีเสมหะสีเหลือง เป็นมา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยขณะเดินหรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ ต่อมาอาการรุนแรงขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบมาก ไอมีเสมหะปริมาณมากสีเหลือง และหายใจลำบากมากขึ้น แม้จะใช้ยาประจำตามแพทย์สั่งแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อถึงห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการซึม สับสน กระสับกระส่ายเป็นช่วง ๆ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ตอบสนองช้าและไม่สามารถพูดได้ สัญญาณชีพพบอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 188/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที และระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 94 % แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก ให้การรักษาด้วยการพ่นยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Dexamethasone และยา Fentanyl เพื่อควบคุมอาการ พร้อมทั้งให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone และ Azithromycin ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบเงา infiltration ที่ปอดด้านขวา และฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยถูกงดน้ำและอาหาร และรับไว้รักษาที่ตึกอายุรกรรมชาย วันที่ 9 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ใส่สายสวนปัสสาวะและสายให้อาหารทางจมูก ได้รับอาหารทางสายยาง ผลตรวจพบระดับแมกนีเซียมต่ำ แพทย์จึงให้ Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำ รวมถึงแก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำ พร้อมติดตามผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และติดตามปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ในช่วงวันที่ 10–21 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยยังคงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่อง ให้อาหารทางสายยาง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อมาในวันที่ 22 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยถูกย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ระหว่างวันที่ 23 มีนาคม ถึง 13 เมษายน 2567 ผู้ป่วยยังคงหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะ ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบ infiltration ทั้งสองข้าง และยังคงได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมอย่างสม่ำเสมอ วันที่ 14 เมษายน 2567 ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และถอดท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนแรงดันสูง ผู้ป่วยหายใจได้เอง พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม และให้การรักษาต่อเนื่อง ระหว่างวันที่ 15–23 เมษายน 2567 ผู้ป่วยอาการคงที่ หายใจได้เอง ได้รับการพ่นยาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งวันที่ 24 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ และได้รับอนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์ผู้ดูแล

สรุปการเปรียบเทียบกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลสุขภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	79 ปี	58 ปี
การวินิจฉัยโรค	Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Diabetes type 2	Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Diabetes type 2 with Hypertension
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	หายใจเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน	เหนื่อยหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะสีเหลือง เป็นมา 2 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วย COPD ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะสีเหลือง เป็นมา 3 วัน ใช้ยาพ่นแล้วไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล	ประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยขณะเดินหรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ ต่อมา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะปริมาณมาก ลักษณะเสมหะสีเหลือง ร่วมกับหายใจลำบากมากขึ้น ผู้ป่วยได้ใช้ยาประจำตามแพทย์สั่ง แต่อาการไม่ทุเลา รู้สึกเหนื่อยมากขึ้น โดยเฉพาะขณะทำกิจกรรม จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) มาประมาณ 10 ปี เคยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และเคยได้รับยาขยายหลอดลมชนิดพ่นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาประมาณ 15 ปี รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ ไม่มีประวัติภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) มานาน 5 ปี เคยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และได้รับยาขยายหลอดลมชนิดพ่นอย่างต่อเนื่อง ไม่เคยมีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานานหลายปี รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ ไม่มีประวัติภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หรือระบบประสาท ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ระดับความดันโลหิตควบคุมได้ปานกลาง ไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง และไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง และไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร	ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร
ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 20 ปี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 10 ปี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด
อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยให้ประวัติว่า มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้นจากเดิม โดยเฉพาะขณะเดินหรือทำกิจกรรม ไอเรื้อรังมานาน และในช่วง 2–3 วันที่ผ่านมา มีอาการไอมากขึ้น มีเสมหะปริมาณมาก ลักษณะเสมหะสีเหลืองข้น ผู้ป่วยรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ต้องหยุดพักบ่อยขณะทำกิจกรรม ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีไอเป็นเลือด	ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยขณะเดินหรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ต่อมาในช่วง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้นร่วมกับการไอและมีเสมหะปริมาณมาก ลักษณะเสมหะสีเหลือง ผู้ป่วยรู้สึกหายใจไม่อิ่ม ต้องหยุดพักบ่อยขณะทำกิจกรรม แม้จะใช้ยาประจำตามแพทย์สั่งแล้ว

ตารางที่ 2 แบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยคิดว่าว่าอาการรุนแรง และส่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อไม่สามารถการดำเนินชีวิตปกติได้ ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ และรู้สึกว่าเป็นภาระในครอบครัว	ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหอบเพราะอายุมากและสูบใบจากตอนหนุ่มๆ คิดว่ามารักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้น่าจะไม่กี่วันได้รับยาพ่นก็น่าจะดีขึ้น
2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ขณะอยู่โรงพยาลไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เนื่องจากมีอาการหายใจหอบเหนื่อย	การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ขณะอยู่โรงพยาลไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เนื่องจากคาท่อหลอดลมและมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยใส่สายยางเพื่อให้อาหารทางสายยาง
3 การขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระเกือบทุกวัน เป็นก้อนนิ่มสีเหลือง ไม่มีปัญหาท้องผูก	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1-2 ครั้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ปัสสาวะสีเหลืองใส เฉลี่ยวันละ 800-1,200 มิลลิลิตร วันที่ 7 หลังจากถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองปกติ
4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำและกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีพยาธิสภาพปอด	ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำและกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีพยาธิสภาพปอด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้โดยมีพยาบาลดูแลช่วยเหลือ
5 การพักผ่อนนอนหลับ	การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย คิดถึงบ้าน ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ	การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย คิดถึงบ้าน ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ
6 สติปัญญาและการรับรู้	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเวลาให้ข้อมูลต้องใช้เสียงต่ำ ความจำไม่ค่อยดี เวลาให้คำให้แนะนำต้องมีการทวนซ้ำ	การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเวลาให้ข้อมูลต้องใช้เสียงต่ำ ความจำไม่ค่อยดี เวลาให้คำให้แนะนำต้องมีการทวนซ้ำ
7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด รู้สึกกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ของตนได้ด้วยตนเอง รู้สึกท้อแท้	ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด รู้สึกกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ของตนได้ด้วยตนเอง รู้สึกท้อแท้
8 บทบาทและสัมพันธภาพ	การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลให้ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกิจกรรมและวามสามารถในการดูแลตัวเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาพยาบาลและลูกทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลให้ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกิจกรรมและวามสามารถในการดูแลตัวเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาพยาบาลและลูกทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า
9 เพศและการเจริญพันธุ์	การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลต่อที่มีต่อการมีเทศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นตนเองและภรรยา	การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลต่อที่มีต่อการมีเทศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นตนเองและภรรยา
10 การปรับตัว และการทนทานต่อความเครียด	การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเกิดความเครียดกับอาการเอาการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวจะเสียชีวิต	การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และเกิดความเครียดกับอาการเอาการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวจะเสียชีวิต
11 คุณค่าและความเชื่อ	การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะหายป่วยและกลับไปอยู่กับครอบครัว เมื่อเกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลจะสวดมนต์	นับถือศาสนาพุทธ สวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำ คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของสัจธรรมชีวิต เกิดขึ้นได้ตนเองก็อายุมากแล้ว

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด	**มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด**	1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ สังเกตอาการ และติดตาม O_2 saturation 2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวและปอดสามารถขยายตัวได้มากขึ้น 3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ O_2 saturation ทุก 15 นาที เมื่อสัญญาณชีพดีขึ้นดีขึ้น วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง 4. บันทึก setting ของ ventilator ที่ผู้ป่วยได้รับ และตรวจสอบการทำงานของ Ventilator และเวลาเมื่อมีการปรับเปลี่ยน Mode ventilator 5. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย O_2 saturation น้อยกว่า 95% 6. ติดตามผล ABG ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และจำกัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
เสี่ยงต่อการ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพ การหายใจลดลงจากมีการติดเชื้อของปอด	**เสี่ยงต่อการ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากมีการติดเชื้อของปอด**	1. ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของ ท่อช่วยหายใจ และตรวจวัด Cuff pressure ระหว่าง 20-30 cmH_2O อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุดและการกดเบียดของหลอดลม 2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ดูดเสมหะตามข้อบ่งชี้ ประเมิน สี ลักษณะ และจำนวน ของเสมหะ 4. ประเมินสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพ สีผิว O_2 saturation ระดับความรู้สึกตัวลักษณะการหายใจว่าสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หรือไม่ 5. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น พยาบาลประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติ Weaning protocol ของโรงพยาบาล 6. ให้การดูแลภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนจาก High-low nasal cannula อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย 7. ขณะได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองหรือดูดเสมหะทางปาก เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ประเมินและบันทึกลักษณะสีและจำนวนเสมหะ หากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา 8. ตรวจสอบการตั้งค่า FIO_2 และค่า Total flow ตามแผนการรักษา ความชื้นที่ อุณหภูมิระหว่าง 34 - 36 องศาเซลเซียส และผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเพื่อให้ได้ความเข้มข้นของออกซิเจนและความชื้นที่เพียงพอประเมินอาการและสัญญาณชีพทุก 1 - 2 ชั่วโมง 9. ติดตามฟังเสียงปอด ลักษณะเสมหะและผลตรวจเอกซเรย์ร่วมกับติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อติดตามการติดเชื้อที่ปอด 10. จัดท่านอนผู้ป่วยอยู่ในท่าหน้าตรงหนุนหมอนให้คอแหงนเล็กน้อย ศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัว ได้ดีขึ้น
ไม่พบข้อวินิจฉัยนี้	**เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ**	1. ทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อน ทุก 12 ชั่วโมง ประเมินความผิดปกติภายในช่องปากกรณีไม่มีข้อห้าม จัดท่าศีรษะสูงให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 2. ประเมินความดันของกระเปาะหลอดลมคอท่อช่วยหายใจ (Cuff pressure) ตรวจวัดความดันในกระเปาะหลอดลมคอท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ในช่วง 20 - 30 cmH_2O โดยการตรวจวัดทุก 8 ชั่วโมง 3. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการระบายอากาศที่ดีขึ้น ป้องกันการสำลักสารคัดหลั่งเข้าสู่ปอดและลดการสำลักน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร 7

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		4. ดูแลตำแหน่งท่อทางเดินหายใจ และสายข้อต่อเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้งในขณะจัดท่านอนและพลิกตะแคงตัวให้ 5. ประเมินอาการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูดเสมหะ 6. ตรวจสอบว่าสายให้อาหาร อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ให้อาหารทางสายยางในปริมาณที่พอเหมาะ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าสู่หลอดลม 7. เปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจเมื่อเห็นว่าสกปรกหรือการทำงานไม่ปกติ ติดตามเทน้ำที่ตกค้างในสายเครื่องช่วยหายใจออกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุกครั้ง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกครั้งในการเทน้ำออก ระมัดระวังเป็นพิเศษไม่ให้น้ำไหลเข้าทางผู้ป่วยและ inline nebulizers 8. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ใช้ Weaning protocol ของโรงพยาบาล
มีความไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแรในร่างกาย	**มีความไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแรในร่างกาย**	ระบบการพยาบาล ให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทางหลอดเลือด 0.995 N55 1,000 ml. ทางหลอดเลือดดำ 100 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ประเมินผิวหนัง เช่น ผิวหนังแห้งความตึงตัวของผิวหนังลดลง เยื่อบุตาแห้งชีด การแห้งแตกของริมฝีปาก เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 3. ติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอดอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง ได้แก่ การฟังเสียงปอด อาการไอ นอนราบไม่ได้และภาพถ่ายรังสีปอดผิดปกติ 4. ดูแลให้ E.KCL 15 ml x 2 dose feed ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามการตรวจอิเล็คโทรลัยต์ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. บันทึกสารน้ำเข้าและออกเพื่อประเมินความสมดุล
เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์	**เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์**	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียง การล็อคล้อของรถนอน ยกราวกั้นเตียงทุกครั้งที่ให้การพยาบาล 3. ให้ข้อมูลและอธิบายกับญาติเกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง และดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ และขออนุญาตผู้ป่วยและญาติในการใส่ถุงมือกันดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ 4. สังเกตอาการใกล้ชิด
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด	**ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด**	1. ดูแลรักษาทำความสะอาดร่างกาย เช้า เย็น ได้แก่ ผิวหนัง ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะ ทุก 2 ชั่วโมงเมื่อมีข้อบ่งชี้ 3. ดูแลเปลี่ยนท่าทุก 1 -2 ชั่วโมง ช่วยนวดเบาๆ บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งที่พลิกตัวเปลี่ยนท่า เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีและป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4. ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ทำ Passive Exercise เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง 6. ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ ต้องเฝ้าระวังไม่ให้สายสวยปัสสาวะหัก พับ งอ และสังเกต ลักษณะ สีกลิ่น และปริมาณของปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 7. ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจาระ โดยเช็ดทำความสะอาดหลังผู้ป่วยถ่ายอุจาระ พร้อมสังเกตลักษณะและปริมาณของอุจจาระ
ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง คุกคามชีวิต	**ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง คุกคามชีวิต**	1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติ 2. เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย 3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย/ญาติและแพทย์ในการให้ข้อมูลแนวทางการรักษาพยาบาลการดำเนินของโรครวมถึงแนวทางในการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		4. ไม่ละเลยต่อความเครียดหรือความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลหรือข้อสงสัย รับฟังและอธิบายแผนการรักษาพยาบาลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวันให้เข้าใจ รวมถึงการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย 5. การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงประสานงานให้แพทย์ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 6. ให้การพยาบาลแต่ละครั้ง อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและอธิบายอาการปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 7. เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมนอกเวลาได้ตามความเหมาะสมและแนะนำญาติถึงช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาล
เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแล	**เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแล**	1. ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน โดยการโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษา การป้องกันโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 2. ให้ข้อมูลการดูแลรักษาการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติ 3. ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยใช้หลัก D-METHOD โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูดสำลักซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันการสำลักอาหารที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ ย้ำเตือนให้ญาติดูแลการรับประทานยาฆ่าเชื้ออย่างต่อเนื่องจนหมด E-Environment แนะนำญาติจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก T-Treatment เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยหลังจากสามารถหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนเป็น High-flow nasal cannula และเปลี่ยนเป็น Nasal cannula ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจน และหายใจได้เอง H: Health education แนะนำการออกกำลังให้เหมาะสม เช่น การเดิน การแกว่งแขน แนะนำการบริหารการหายใจ กระบวนการหายใจจำเป็นต้องพึ่งพาปอดเป็นหลัก เนื่องจากเมื่อหายใจเข้าจะนำออกซิเจนเข้าไปในปอดและเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อหายใจออกปอดก็จะเป็นการนำคาร์บอนไดออกไซด์ขับออกจากร่างกาย โดยสามารถช่วยดูแลปอดให้แข็งแรงได้ในทุกวัน ผ่านการฝึกหายใจเข้า-ออกแบบลึกๆ อย่างน้อยวันละ 10 ครั้ง เพื่อบริหารปอด กระบังลม และกล้ามเนื้อทรวงอก O: Outpatient referral นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง ที่ห้องตรวจอายุรกรรม ให้ผู้ป่วยนำบัตรนัดและบัตรประชาชนมาด้วยทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล D: Diet and Digestive แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเพิ่มสารอาหารโปรตีน เลี่ยงอาหารที่ผลิตแก๊สมากเพราะจะทำให้ท้องตึงจนหายใจลำบาก เช่น น้ำอัดลม ถั่ว เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 2 ราย พบว่าทั้งสองรายมีความเหมือนกันในด้านเป้าหมายการดูแลรักษา คือมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ

โรคเบาหวาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของกระบวนการรักษาและการพยาบาลภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ในกรณีผู้ป่วยรายที่ 1 แม้ว่าจะมีภาวะกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจนจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ค่อนข้างเร็วภายในระยะเวลา 2 วันหลังใส่ท่อ สะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการรักษาทางระบบทางเดินหายใจที่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้กลับมีความซับซ้อนด้านปัญหาทางร่างกายอื่น โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่คงที่ตลอดช่วงการรักษาในโรงพยาบาล ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงและแปรปรวน ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ความเครียดจากโรค การติดเชื้อ การได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ รวมถึงข้อจำกัดในการรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกาย ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อซ้ำ แผลหายช้า ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ และอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานถึง 30 วัน แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในที่สุด การดูแลผู้ป่วยรายนี้จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยบูรณาการการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตามและประเมินระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด ปรับแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน การใช้ยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงการดูแลตนเองด้านระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะยาว[7,8]

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 โดยเมื่อมาถึงห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจทันที เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนและลดภาระการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานถึง 36 วัน ก่อนที่จะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคและการฟื้นตัวของระบบทางเดินหายใจที่เป็นไปอย่างช้า ตลอดระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาด้านร่างกายหลายประการจากการเจ็บป่วยที่ยืดเยื้อและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนพักนาน (ICU-acquired weakness) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน ภาวะโภชนาการบกพร่อง และการเคลื่อนไหวร่างกายที่จำกัด ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพล่าช้า และเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลรักษา ในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมได้ยากเช่นเดียวกัน โดยระดับน้ำตาลในเลือดมีความผันผวนตลอดช่วงการรักษา อันเนื่องมาจากความเครียดของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยรุนแรง การติดเชื้อ การได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ และการได้รับสารอาหารทางสายให้อาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น การติดเชื้อแทรกซ้อน การหายของแผลล่าช้า ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ รวมถึงการฟื้นตัวของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ช้าลง

การดูแลผู้ป่วยรายที่ 2 จึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวมและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด โดยเน้นการประเมินและเฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด การจัดการโภชนาการที่เหมาะสม การ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน และการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายตั้งแต่ระยะวิกฤต นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว[7,8]

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรประเมินอาการทางระบบทางเดินหายใจและระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงที่โรคกำเริบหรือได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ควรติดตามสัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนในเลือด ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลและรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

2. การดูแลระบบทางเดินหายใจควบคู่กับการควบคุมระดับน้ำตาลควรบูรณาการการดูแลระบบทางเดินระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด โดยประสานงานกับทีมแพทย์ในการปรับขนาดยาอินซูลินหรือยาลดระดับน้ำตาลให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

3. การจัดการโภชนาการอย่างเหมาะสม เฉพาะรายพยาบาลควรร่วมกับนักโภชนาการวางแผนการให้สารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งในด้านพลังงาน โปรตีน และการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด ลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนพักนาน และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เช่น แผลหายช้า หรือการติดเชื้อซ้ำ โดยเน้นการดูแลสุขอนามัย การพลิกตะแคง การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลผิวหนังอย่างเหมาะสม

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายพยาบาลควรส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ระยะที่อาการคงที่ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดโอกาสการเกิดภาวะกำเริบของโรค

6. การให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งสองโรค ได้แก่ การใช้ยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะหายใจลำบากและภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การควบคุมอาหาร การเลิกสูบบุหรี่ และการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

7. การดูแลด้านจิตใจและสังคมแบบองค์รวม ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมักเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล และภาระในการดูแลตนเอง พยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล รวมถึงประสานเครือข่ายชุมชนหรือระบบการติดตามต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. GOLD. https://goldcopd.org

3. American Diabetes Association. (2024). *Standards of care in diabetes—2024*. Diabetes Care, 47(Suppl. 1), S1–S350. https://doi.org/10.2337/dc24-Sint
4. Cazzola, M., Rogliani, P., Ora, J., & Matera, M. G. (2021). The impact of diabetes mellitus on chronic obstructive pulmonary disease: A clinical perspective. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 16*, 267–281. https://doi.org/10.2147/COPD.S287240
5. Zhu, L., Li, H., Wang, Y., & Wu, J. (2022). Diabetes mellitus increases the risk of acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine, 22*(1), 312. https://doi.org/10.1186/s12890-022-02130-9
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2567). สรุปรายงานตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2565-2567. กาฬสินธุ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2567.
7. ณัชชา กิ่งคำ พรภิวรรณ เพียสังกะ จาติกา รัตนดาดาษ. (2567) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพปีที่ 9 ฉบับที่ 3
8. พรทิพย์ บุษบง.(2566). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในโรงพยาบาลสามชัย ปี พ.ศ.2566. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพปีที่ 9 ฉบับที่ 1

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก กรณีศึกษา

Nursing care for a woman with ectopic pregnancy and shock: A case study.

(Received: January 28,2026 ; Revised: February 8,2026 ; Accepted: February 10,2026)

จีราวรรณ สงกัณหา[1]
Jirawan Songkanha[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกเปรียบเทียบ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2566-2567 โดยศึกษาจากประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลจากผู้ป่วย เวชระเบียน ให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 major aspects of care Ectopic pregnancy นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย มาใช้เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัยเป็น Rupture ectopic pregnancy หลังผ่าตัดรายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย Exploratory Laparotomy with Right salpingectomy ส่วนรายที่ 2 แพทย์วินิจฉัยเป็น Left salpingo-oophorectomy with rupture Left ovarian cyst ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลโดยใช้กระการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์นอกมดลูก, การพยาบาลการตั้งครรภ์นอกมดลูก, ช็อก

Abstract

This case study aimed to compare nursing care for two women with ectopic pregnancy and shock. A case study of two women with ectopic pregnancies who received treatment at Kalasin Hospital during 2023-2024. The study was based on medical records, patient information, and hospital charts, using 7 major aspects of care for ectopic pregnancy to establish nursing diagnoses and address health problems through the 5-step nursing process, from admission to discharge, as a standard for providing patient care.

Study results: Both patients were diagnosed by doctors with ruptured ectopic pregnancy. After surgery, the first patient was diagnosed with exploratory laparotomy with right salpingectomy, while the second patient was diagnosed with left salpingo-oophorectomy with ruptured left ovarian cyst. They received treatment and nursing care using the 5-step nursing process. The patients' conditions gradually improved, and no complications were observed.

Keywords: Ectopic pregnancy, Nursing care for ectopic pregnancy, Shock

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะวิกฤตที่ปรากฏอาการแสดงที่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตจากการตกเลือดภายในช่องท้องได้ การตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้วนอกโพรงมดลูกและเจริญเป็นตัวอ่อน มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1-2 ของการตั้งครรภ์ โดยภาวะ rupture ectopic pregnancy นำไปสู่การเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 2.7 ดังนั้นการตั้งครรภ์นอกมดลูกจึงเป็นภาวะสำคัญและฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวชกรรมที่มีความเสี่ยงสูง[1,2] การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกต้องอาศัยข้อมูลจากประวัติ อาการและอาการแสดง การตรวจทางหน้าท้อง การตรวจภายใน การตรวจการตั้งครรภ์และการตรวจอัลตราซาวน์เพื่อยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายขั้นตอน ประกอบกับอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาสทำให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกล่า

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ล่าช้าและผิดพลาดได้ง่าย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[3]

การคัดกรองและคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอกอย่างถูกต้อง โดย ซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดง และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดร่วมกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง จึงสามารถลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายได้ การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เสี่ยงต่อภาวะช็อก ถือเป็นภาวะเร่งด่วน ถ้าได้รับการคัดกรองและคัดแยกประเภทผู้ป่วยล่าช้าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงได้ จากท่อนำไข่แตก และนำไปสู่การตกเลือด สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ไตวายเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[1]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิให้บริการผู้ที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565-2568 จำนวน 16,21,22 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ[4] เกิดภาวะช็อกจากท่อนำไข่แตกและเสียเลือด จำนวน 3, 5, 9 ราย ตามลำดับซึ่งพบเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นภาวะวิกฤตต้องได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วน ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก แผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เห็นว่าผู้ป่วยวัยเจริญพันธุ์ที่มาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดท้องน้อย และมีเลือดออกทางช่องคลอด จะต้องนึกถึงภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกเสมอ เนื่องจากเป็นภาวะอันตรายที่คุกคามต่อความสามารถในการเจริญพันธุ์ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้ท่อนำไข่แตก ตกเลือด ช็อก เป็นสาเหตุการตายของสตรีมีครรภ์ที่มีการตกเลือดในช่องท้อง และยังมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ในอนาคตด้วย

ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์สูงในการคัดกรองและคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอก ประเมินอาการและอาการแสดง ซักประวัติอย่างละเอียด วัดสัญญาณชีพ และจัดลำดับในการให้การพยาบาลก่อนตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา และหลังตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ได้รับการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นำกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแล รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทำให้ได้รับข้อมูลมีคุณภาพเพียงพอในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมถึงมีการดูแลฟื้นฟูร่างกายและจิตใจหลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อกจำนวน 2 ราย และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก จากเวชระเบียนความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำราวารสาร งานวิจัย และอินเทอร์เน็ต

2. เลือกกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 1 ราย และหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

1 รายโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ที่ดูแลรักษา

4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนให้การพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ 1) การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ด้าน 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

5. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกสูตินรีเวช จำนวน 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย 3 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี $G_2P_1A_0L_1$ อายุครรภ์ประมาณ 4 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วันที่ 12 ตุลาคม 2566 เวลา 11.01 น. ให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อย รักษาโรงพยาบาลชุมชน ได้ยามารับประทาน อาการเป็น ๆ หาย ๆ ไม่ดีขึ้น และเวลา 08.00 น. มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวามาก มีเลือดออกทางช่องคลอด เวียนศีรษะ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูตินรีเวชกรรม แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวามาก มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย เวียนศีรษะ ความดันโลหิต 100/65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส Oxygen sat 100% จัดให้นอนบนรถนอน ตรวจการตั้งครรภ์ผล positive ผล Hematocrit 29 % ผล Beta-hCG 861.2 mIU/ml ผล Ultrasound: Empty uterus with free fluid in cul-de sac and Right adnexal mass 3.0x3.1 centimeters ตรวจภายในพบเลือดในช่องคลอดเล็กน้อย เจ็บท้องน้อย แพทย์วินิจฉัยเป็น ectopic pregnancy ต้องผ่าตัดเพื่อตัดท่อนำไข่ออก ซึ่งปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคือ เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากท่อนำไข่แตกและเสียเลือด จึง Fast Tract ผู้ป่วยพร้อมเอกสารไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมทันที เพื่อให้ได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เพื่อผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Right salpingectomy ขณะผ่าตัดพบท่อน้ำไข่ข้างขวาแตก รวมเสียเลือดทั้งหมด 1,500 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลีย ซีด Hematocrit 24.1 % ได้รับเลือด 2 ยูนิต หลังได้รับเลือด Hematocrit 31 % แผลไม่มีเลือดซึม ประเมินความรู้สึก และสัญญาณชีพคงที่ อุณหภูมิ 36.5-36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78-82 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/74-122/76 mmHg Oxygen sat 99-100 % ผู้ป่วยเจ็บแผลผ่าตัด แผลไม่มีเลือดซึม บ่นปวดแผลผ่าตัด จึงให้ Pethidine 50 mg ฉีดเข้าทางเส้นเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมให้เลือดทั้งหมด 3 ยูนิต เจ็บแผลผ่าตัดน้อยลง แผลไม่ซึม อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวม ฟื้นฟูร่างกายและ จิตใจ หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีคุณภาพต่อไป รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์เพื่อดูแผลผ่าตัด แผลแห้งติดดี ติดตาม 4 สัปดาห์ ฟังผลชิ้นเนื้อ ผลปกติ แผลแห้งดี ยังเจ็บแผลข้างในเล็กน้อยไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี $G_3P_2A_0L_2$ อายุครรภ์ประมาณ 6 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอกห้องตรวจสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วันที่ 28 ตุลาคม 2567 เวลา 10.05 น. ให้ประวัติว่า มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยร่วมกับร่วมกับมีประจำเดือน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง 1 วันก่อนมาเดินทางไปต่างจังหวัด มีอาการปวดหน่วงท้องน้อย ปวดเป็นพักๆ ร่วมกับปัสสาวะปนเลือด หลังจากนั้นมีเลือดออกมาเรื่อยๆ วันนี้มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยด้านซ้ายร้าวไปหลัง มีเลือดออกมาเรื่อยๆ แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดท้องน้อยด้านซ้ายมาก มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย เวียนศีรษะ ความดันโลหิต 108/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส Oxygen sat 100% จัดให้นอนบนรถนอน ตรวจการตั้งครรภ์ผล positive ผล Hematocrit 30.2 % ผล Beta-hCG 14019 mIU/ml ผล Ultrasound: Seen double sac sign at left ovary uterus with free fluid in cul-de sac and Left adnexal mass size 3.0x4.1 centimeters ตรวจภายในพบเลือดในช่องคลอดเล็กน้อย เจ็บท้องน้อย แพทย์วินิจฉัยเป็น ectopic pregnancy เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากท่อนำไข่แตกและเสียเลือด จึง Fast Tract ผู้ป่วยพร้อมเอกสารไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมทันที เพื่อให้ได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เพื่อผ่าตัด Exploratory Laparotomy ขณะผ่าตัดพบท่อน้ำไข่ข้างซ้ายแตก รวมเสียเลือดทั้งหมด 3,000 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัดได้รับเลือด 1 ยูนิต หลังผ่าตัดวินิจฉัย Left salpingo-oophorectomy with rupture Left ovarian cyst หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลีย ซีด Hematocrit 28 % ได้รับเลือดเพิ่มอีก 2 ยูนิต หลังได้รับเลือด Hematocrit 32 % เจ็บแผลผ่าตัด แผลไม่มีเลือดซึม ประเมินความรู้สึก และสัญญาณชีพ สัญญาณชีพคงที่ อุณหภูมิ 36.7-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-88 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/72-132/72 mmHg Oxygen sat 99-100 % ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด 5-7 คะแนน แผลไม่มีเลือดซึม บ่นปวดแผลผ่าตัด จึงให้ Morphine 3 mg ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ แผลไม่ซึม อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวม ฟื้นฟูร่างกายและ จิตใจ หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีคุณภาพต่อไป รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์เพื่อดูแผลผ่าตัด แผลแห้งติดดี ติดตาม 4 สัปดาห์ ฟังผลชิ้นเนื้อผลปกติ แผลแห้งดี ยังเจ็บแผลข้างในเล็กน้อยไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้ง 2 ราย สาเหตุและมีปัจจัยของการเกิดโรคอาการและ/อาการ แสดงเหมือนกันหรือบางครั้งอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ต้องใช้การตรวจวินิจฉัยแยกโรคและมีความแม่นยำ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง โดยในกรณีศึกษารายที่ 1 ต้องการมีบุตร ส่วนรายที่ 2 มีบุตรเพียงพอแล้ว หลังจากนั้นเกิดการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ซึ่งทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการตั้งครรภ์ครั้ง	- $G_2P_1A_0L_1$ - อายุครรภ์ 4 สัปดาห์	- $G_3P_2A_0L_2$ - อายุครรภ์ 6 สัปดาห์
อาการและอาการแสดง	- ปวดท้องน้อยด้านขวารุนแรง - เลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย - เวียนศีรษะ	- ปวดท้องน้อยด้านซ้ายรุนแรงร้าวไปหลัง - เลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย - เวียนศีรษะ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ	- Hct 29% - Beta-hCG 861.2 mIU/ml - Ultrasound: Empty uterus, free fluid, right adnexal mass 3.0×3.1 cm	- Hct 30.2% - Beta-hCG 14019 mIU/ml - Ultrasound: double sac sign at left ovary, free fluid, left adnexal mass 3.0×4.1 cm
การวินิจฉัยเบื้องต้น	Ectopic pregnancy	Ectopic pregnancy
การผ่าตัด	Exploratory Laparotomy with Right salpingectomy	Exploratory Laparotomy Left salpingo-oophorectomy with rupture Left ovarian cyst
การให้เลือด	ได้รับเลือด 2 ยูนิต (Hct เพิ่มเป็น 31%)	ได้รับเลือด 3 ยูนิต (Hct เพิ่มเป็น 32%)
อาการหลังผ่าตัด	- คะแนนปวด 5-7 คะแนน แผลไม่มีเลือดซึม - สัญญาณชีพคงที่	- คะแนนปวด 5-7 คะแนน แผลไม่มีเลือดซึม - สัญญาณชีพคงที่
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Rupture Right tubal pregnancy	Rupture Left tubal pregnancy with hypovolemic shock
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล	3 วัน	4 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้จากการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น โดยประเมินทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณและ สังคม พบว่าปัญหาที่จะต้องดูแลจึงได้วางแผนการพยาบาลนั้นทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนแพทย์ตรวจ	
1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดท้องน้อย พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินอาการปวดอย่างเป็นระบบ ประเมินระดับความปวดด้วย Pain score ประเมินตำแหน่ง ลักษณะความปวด และอาการร่วม เช่น หน้ามืด คลื่นไส้ ประเมินสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการตกเลือด 2) จัดท่าทางเพื่อลดความเจ็บปวด จัดท่านอนหงายงอเข่า หรือท่า Fowler's เพื่อช่วยลดแรงกดบริเวณท้องน้อย 3) ลดสิ่งกระตุ้นที่เพิ่มความปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ 4) ส่งเสริมการผ่อนคลาย แนะนำการหายใจลึกช้า ๆ เพื่อช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ 5) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการตกเลือดภายใน เช่น หน้าซีด เหงื่อออกเย็น หน้ามืด ปวดรุนแรงขึ้น รายงานแพทย์ทันที หากความปวดทวีความรุนแรงหรือมีอาการช็อกร่วม 6) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของอาการปวดที่เกิดจากภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือจากแผล
2. เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือภาวะแท้ง พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1) จัดให้ผู้ป่วยนอนบนบนรถนอน จัดท่าให้นอนในท่าที่สบาย 2) สอบถามอาการปวดท้อง หรืออาการผิดปกติ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3) วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการ ประเมินระดับความรู้สึกตัวประเมินภาวะช็อก ได้แก่ ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย 4) คัดกรองผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญในการเข้าห้องตรวจโดยให้เข้าตรวจรักษาเป็นลำดับแรก 5) ประสานห้อง Lab ขอผลตรวจการตั้งครรภ์และผล Beta-hCG อย่างเร่งด่วน 6) อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าอาจมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือภาวะแท้ง
การพยาบาลระยะขณะแพทย์ตรวจ	
1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง 2) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงการตั้งครรภ์นอกมดลูก ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายเกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยง อาการที่สงสัยว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก 3) ช่วยแพทย์ทำหัตถการ Ultrasound เตรียมอุปกรณ์และผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการตรวจ และบันทึกข้อมูล เพื่อให้การตรวจเป็นไปอย่างรวดเร็วและแม่นยำในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก 4) ช่วยแพทย์ตรวจภายใน เตรียมอุปกรณ์ตรวจภายในให้พร้อมตามมาตรฐาน Aseptic Technique จัดท่าผู้ป่วย และให้คำแนะนำเพื่อคลายความเกร็งช่วยแพทย์ระหว่างตรวจ 5) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดด่วน สาเหตุ และการดำเนินโรค อธิบายเหตุจำเป็นของการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตรงกัน ลดความกลัว รวมถึงช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลครบถ้วน 6) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลหลังผ่าตัด 7) ประสานงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมเพื่อรับ Fast Track แจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยทราบล่วงหน้า 8) ประสานงานศูนย์เปลเพื่อส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว พร้อมแจ้งระดับความฉุกเฉิน เพื่อให้เจ้าหน้าที่เตรียมอุปกรณ์และเตียงเคลื่อนย้ายเหมาะสมกำกับการเคลื่อนย้ายให้ปลอดภัย 9) ประสานงานห้องบัตรเพื่อทำการ admit อย่างเร่งด่วน ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ห้องบัตรดำเนินการเปิดสิทธิและลงทะเบียนรับผู้ป่วยทันที
การพยาบาลระยะหลังแพทย์ตรวจ/ส่งต่อ	
1. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประสานงานหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมเพื่อรับ Fast Tract ผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาและเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดด่วน 2) ประสานงานศูนย์เปลเพื่อรับผู้ป่วยพร้อมเอกสารส่งไปยังหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมด่วน 3) ส่งตรวจ COVID-19 ขอผลด่วน 4) ประสานห้องเอกซเรย์ขอผล Ultrasound ก่อน Admit 5) ประสานห้องบัตรทำเรื่องนอนโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว 6) วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการผู้ป่วยก่อนส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย
การเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม	
1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดหลังผ่าตัด พบในกรณีศึกษาที่ 2	1) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยจะต้องวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพปกติและคงที่ เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินภาวะวิกฤติหลังผ่าตัด 2) อธิบายและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติทราบว่าต้องให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนเลือดและที่สูญเสียไปและสังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด 3) อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าต้องดูแลให้ออกซิเจน Cannula 3 ลิตร/นาที เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4) แนะนำให้สังเกตอาการตัวเองเพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดเพิ่ม ได้แก่ ท้องอืด มีเลือดที่ออกทางช่องคลอด ถ้ามีอาการผิดปกติให้ญาติรีบแจ้งพยาบาลทันที เพื่อให้ให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที 5) อธิบายว่าจะต้องมีการเจาะเลือดตรวจดูความเข้มของเลือด เพื่อประเมินภาวะซีด
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1) สอบถามระดับความปวด เพื่อประเมิน อาการปวด ถ้า pain score มากกว่า 5 คะแนน ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 2) แนะนำให้แจ้งพยาบาลผู้ดูแล เพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) อธิบายให้รับทราบว่าพยาบาลผู้ดูแลจะมาวัดสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง 3) แนะนำเทคนิค Breathing exercise โดยหายใจลึกๆ ยาวๆ หรือพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจกรณี pain score น้อยกว่า 5 คะแนน 4) แนะนำให้ท่านอนในท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย
3. ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านใช้หลัก D-METHOD พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1. ประเมินความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านในด้าน ความสามารถการดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 2. วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ประกอบด้วย D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M: Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด E: Environment แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเรียบร้อย T: Treatment แนะนำการดูแลบาดแผลให้ทำแผลทุกวันที่สถานพยาบาลใกล้บ้านนัดตัดไหมและฟังผลชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาล H: Health การวางแผนครอบครัว การดูแลตนเองการบริหารร่างกายที่เหมาะสมและวิธีการผ่อนคลายความเครียด O: Out patient การมาตรวจตามนัด จากสถานพยาบาลใกล้บ้านเช่น การตัดไหม การวางแผนคุมกำเนิด D: Diet และนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
นัดติดตาม 1 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม	
1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการไม่สุขสบายจากการเจ็บแผลผ่าตัด พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1) อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าหลังผ่าตัดแผลข้างในบริเวณที่ตัดท่อนำไข่ยังไม่หายดีจึงมีอาการเจ็บในท้องได้ 2) แนะนำให้ค่อยๆเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆและใช้มือประคองแผลที่หน้าท้อง 3) แนะนำให้งดยกของหนักอย่างน้อย 3 เดือน ถ้าเจ็บแผลผ่าตัด สามารถรับประทานยาแก้ปวดได้
นัดติดตาม 2 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม	
1. ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวผลชิ้นเนื้อผิดปกติพบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1) อธิบายว่าผลชิ้นเนื้อ แพทย์เป็นผู้แปลผลให้ผู้ป่วยรับทราบ 2) ประเมินสภาพผู้ป่วยประเมินระดับความวิตกกังวล ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องตรวจชิ้นเนื้อและขั้นตอนการรายงานผล ประเมินความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วยและความกังวลเฉพาะด้าน 3) การสื่อสารเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล พูดคุยอย่างอ่อนโยน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความกลัว ความเศร้า หรือความสงสัย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่ได้เผชิญสถานการณ์นี้คนเดียว และทีมรักษาจะดูแลอย่างใกล้ชิด 4) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อคลายความกังวล ชี้แจงว่าผลผิดปกติพบได้น้อย และส่วนใหญ่เป็นเพียงเนื้อเยื่อการตั้งครรภ์ อธิบายระยะเวลาที่จะทราบผล และขั้นตอนต่อเนื่องหากมีสิ่งผิดปกติ แจ้งว่าหากมีความผิดปกติ แพทย์จะให้การรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5) ส่งเสริมวิธีผ่อนคลาย แนะนำให้ใช้การหายใจช้า ๆ ลึก ๆ เพื่อลดความตึงเครียด เสนอให้มีบุคคลในครอบครัวอยู่เป็นเพื่อน หากผู้ป่วยต้องการ 6) สนับสนุนด้านอารมณ์ สร้างบรรยากาศที่สงบ ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว ให้กำลังใจผู้ป่วยว่าความรู้สึกวิตกกังวลเป็นเรื่องปกติหลังผ่านภาวะฉุกเฉิน ประเมินภาวะเศร้าหรืออารมณ์ผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดร่วม 7. การติดตามผล ประเมินความวิตกกังวลหลังให้ข้อมูลและคำแนะนำ ติดตามการนอนพัก การรับประทานอาหาร และความร่วมมือในการดูแลตนเอง บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลอย่างละเอียด

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายควรได้รับการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากมีอาการปวดท้องน้อยมาก มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยรายนี้ ต้องนึกถึงเรื่องการตั้งครรภ์นอกมดลูกเสมอเพราะเป็นวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว แต่สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงได้รับการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอกห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์สูง ในการคัดกรองประเมินอาการ แยกประเภทผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อจัดลำดับการเข้ารับการตรวจรักษา และดูแลก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ รวมถึงการส่งต่อนอนโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง ปลอดภัย

จะเห็นว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะวิกฤตหากเกิดการแตกของถุงตั้งครรภ์ นำไปสู่ภาวะช็อกได้ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายขั้นตอน[5] ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาสที่ทำให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกล่าช้าและผิดพลาดได้ง่ายเพราะเมื่อมีการแตกของถุงตั้งครรภ์จะทำให้มีเลือดออกในช่องท้อง ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้นอาจอันตรายถึงชีวิตได้

พยาบาลวิชาชีพประจำงานผู้ป่วยนอกแผนกสูตินรีเวชกรรม ต้องมีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในระดับสูง เพื่อสามารถคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประเมินความรุนแรงของอาการและปัญหาสำคัญตั้งแต่ระยะแรกรับ เพื่อจัดลำดับการให้การพยาบาลและส่งต่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนตรวจรักษา ระหว่างตรวจรักษาจนถึงระยะหลังการรักษาและแพทย์อนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในทุกระยะของการดูแล นอกจากนี้ พยาบาลยังทำหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยระหว่างการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งในขณะรักษาและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำ การพยาบาลทั้งหมดดำเนินไปตามหลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตที่ต้องอาศัยการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะทางคลินิกที่ครอบคลุม มีความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย โรค

ประจำตัวของผู้ป่วย ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใช้ยาและการผ่าตัด เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารงาน วางแผนพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยกำหนดให้มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละครั้ง รวมทั้งมีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นมาตรฐานและไปในทิศทางเดียวกัน

2. การปฏิบัติการพยาบาล

2.1 จัดให้มีการทบทวนแผนการพยาบาลและทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกสำหรับพยาบาลเป็นประจำ เพื่อเสริมความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน และช่วยให้ทีมสาธารณสุขสามารถเตรียมความพร้อมและประสานงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 พยาบาลในแผนกสูตินรีเวชจำเป็นต้องมีความสามารถในการประเมินความเสี่ยงต่อการแตกของถุงการตั้งครรภ์นอกมดลูกอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจน ควรเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากโรคอาจลุกลามและนำไปสู่การแตกของถุงตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

2.3 พยาบาลในแผนกสูตินรีเวชต้องมีทักษะการตัดสินใจที่รวดเร็วและเหมาะสม ควบคู่ไปกับความพร้อมของทีมสหสาขาและอุปกรณ์สำหรับการช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจทวีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านการวางแผนครอบครัว พร้อมทั้งส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH.ED. TRIAGE (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรมการแพทย์.
2. คันธารัตน์ หลวงฟอง & มนัสวี มะโนปัญญา. (2566). Ectopic pregnancy: การตั้งครรภ์นอกมดลูก. สูติศาสตร์ล้านนา. สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/50305/
3. Ali, S. K., Ali, A. A., & Soomar, S. M. (2019). Diagnosis and management of ectopic pregnancy-A basic view through literature. Crit Care Obst Gyne, 5(2), 7.
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2568). ข้อมูลการตั้งครรภ์นอกมดลูก: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก. เอกสารภายใน.
5. สมจิตร เอียดเกลี้ยง.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567; 8(17): 31-44

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Schizophrenia Patients with Amphetamine Dependence: 2 Case Studies.

(Received: January 28,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ศศิธร ภูขยัน[1]
Sasitorn Pukayun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม กรณีศึกษา 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติกำหนดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติด สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเมตตา รพ.กาฬสินธุ์ กรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 10 ตุลาคม 2568 - 6 พฤศจิกายน 2568 และกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 - 17 ธันวาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน การพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia with Amphetamine dependence และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Methamphetamine positive หลังได้รับการบำบัดรักษาและการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการทางจิตสงบ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและไม่ทำลายสิ่งของ ยอมรับการเจ็บป่วย รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช ไม่เกิดภาวะพิษเฉียบพลันจากสารเสพติดแอมเฟตามีน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสารเสพติดแอมเฟตามีน มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัวได้ดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม, การพยาบาล, กรณีศึกษา

Abstract

This study is a case study aimed at comparing nursing care for patients with schizophrenia and comorbid amphetamine dependence through two case studies. Purposive sampling was used to select participants who met the inclusion criteria. Both patients were diagnosed with schizophrenia with amphetamine dependence and were admitted as inpatients to the Metta Psychiatric Ward, Kalasin Hospital. Case Study 1 was hospitalized from October 10 to November 6, 2025, and Case Study 2 from November 27 to December 17, 2025.

The study instruments included inpatient medical records, interviews with patients, families, and community members, symptom assessment, history taking, and physical examination. Gordon's 11 Functional Health Patterns were applied as the conceptual framework to analyze data, formulate nursing diagnoses, develop nursing care plans, and continuously evaluate nursing outcomes.

Study Results: The results showed that both patients were diagnosed with schizophrenia with amphetamine dependence, and laboratory findings revealed positive urine methamphetamine tests. Following treatment and nursing care, both patients showed stabilized psychiatric symptoms, no aggressive behaviors toward themselves or others, and no property destruction. They accepted their illness, adhered to prescribed medications, experienced no adverse drug reactions, no acute amphetamine intoxication, and no complications related to amphetamine withdrawal. Interpersonal relationships and family interactions improved, and families demonstrated increased knowledge and understanding of caregiving.

Keywords: Schizophrenia Patient with Amphetamine Dependence, Nursing care, Case study

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป[1] พบได้มากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง ซึ่งทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 23 ล้านคน[2] ในประเทศไทย ปี 2568 พบ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.86 (472,432 ราย)[3] โดยปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม[1]

สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และทั่วโลกมายาวนานมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและคนรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ[4]

โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงของการติดสารเสพติดมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป จากความบกพร่องของสมอง การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวที่เกี่ยวข้องสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย โรคจิตเภทซึ่งทำให้ความสามารถลดลง ทั้งด้านทางสังคมและการทำงาน นอกจากนี้การใช้สารเสพติดมีผลทำให้อาการแย่ลง เกิดความอยากเสพสารเสพติดและติดการเสพสารอย่างรุนแรง[5]

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เป็นสาเหตุทำให้อาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น[6] ข้อมูลสถิติหอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2566–2568 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 17.47 (40 ราย), 37.68 (78 ราย) และ 68.66 (184 ราย) ตามลำดับ และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission) ภายใน 3 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 2.62 (6 ราย), 3.86 (8 ราย) และ 7.09 (19 ราย) ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การเสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมและไม่รับประทานยาต่อเนื่อง[7]

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวช หอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงเห็นความสำคัญและ มีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม โดยศึกษาเป็นกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติด สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีมาตรฐาน และเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับโรค มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (Readmission) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและเสพติดแอมเฟตามีน (Schizophrenia with Amphetamine dependence) จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาเป็น

ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระยะวันนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568 ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติด สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม[8] มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามทฤษฎีของเพบพลาว การบำบัดทางจิตสังคม เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว การเตรียมจำหน่ายโดยใช้ หลัก D-METHOD และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงจากอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดแอมเฟตามีน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา ข้อวินิจฉัยทาง การพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตามหลัก Belmont Report โดยมีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา ขอความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ ในการศึกษาและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้ จากการศึกษาจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศหญิง เชื้อชาติไทย อายุ 37 ปี ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรส หย่าร้าง อาชีพ ว่างงาน สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนา จ.กาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 10 ตุลาคม 2568 วันที่จำหน่าย 6 พฤศจิกายน 2568 ระยะวันนอนโรงพยาบาล 27 วัน การวินิจฉัยโรค Schizophrenia with Amphetamine dependence

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง เชื้อชาติไทย อายุ 35 ปี ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรส หย่าร้าง อาชีพ รับจ้าง สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนา จ.กาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 27 พฤศจิกายน 2568 วันที่จำหน่าย 17 ธันวาคม 2568 ระยะวันนอนโรงพยาบาล 20 วัน การวินิจฉัยโรค Schizophrenia with Amphetamine dependence

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ เสพติดยาบ้า รับรู้ว่าการใช้ สารเสพติดยาบ้า ทำให้ผ่อนคลาย - สิ่งที่ทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง คือ ไม่ได้ทำงาน	- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ เสพติดยาบ้า รับรู้ว่าการใช้ สารเสพติดยาบ้า ทำให้ผ่อนคลายและทำงานได้มากขึ้น - สิ่งที่ทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง คือ ทำงานรับจ้าง รายได้น้อยลง เนื่องจากนายจ้างหวาดกลัว	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย - แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ ไม่เหมาะสม ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และใช้สารเสพติดยาบ้า เพื่อทำให้ผ่อนคลายความเครียด - มีภาวะความภูมิใจในตนเองลดลง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	- สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง เนื่องจากปัญหาการใช้สารเสพติดยาบ้า	- สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง เนื่องจากปัญหาการใช้สารเสพติดยาบ้า	- ครอบครัวหวาดกลัว
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการหงุดหงิด พูดเสียงห้วน ควบคุมอารมณ์ได้น้อย หูแว่ว พูดคนเดียวเกือบตลอดเวลา หวาดระแวงว่าพี่สาวหาเรื่องและจะมาทำร้ายลูก ด่าทอพี่สาว Poor insight ไม่ยอมรับ การเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อยากกลับบ้าน ระดับความก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale (OAS) = 2 ระดับเร่งด่วน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการหงุดหงิด สีหน้าเคร่งขรึม ควบคุมอารมณ์ได้น้อย หูแว่วนานๆ ครั้ง หวาดระแวง ว่าจะมีคนมาทำร้ายลูก ด่าคำหยาบคาย Poor insight ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อยากกลับบ้าน ระดับความก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale (OAS) = 2 ระดับเร่งด่วน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง= 2 ระดับเร่งด่วนเช่นเดียวกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการทางจิตที่เด่นชัดกว่า คือ หูแว่ว พูดคนเดียวเกือบตลอดเวลา หวาดระแวงว่าพี่สาวหาเรื่องและจะมาทำร้ายลูก ด่าทอพี่สาว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและไม่ทำลายสิ่งของเนื่องจากบุคลากรมีการประเมิน การซักประวัติที่ครอบคลุม มีการติดตาม เฝ้าระวังและให้การบำบัด รักษาตรงตามปัญหา ความต้องการผู้ป่วย เฉพาะราย
3. แผนการรักษา			
ยาฉีดที่ได้รับเมื่อแรกรับ	10 ตุลาคม 2568 ที่หอผู้ป่วยเมตตา รพ.กาฬสินธุ์ - Haloperidol 5 mg IM stat - Diazepam 5 mg IV Stat ตามแผนการรักษา	27 พฤศจิกายน 2568 ที่ ER รพ.กาฬสินธุ์ - Haloperidol 5 mg IM Stat ตามแผนการรักษา	**กรณีศึกษารายที่ 1** ได้รับยา - ยาต้านอาการทางจิต รุ่นที่สอง (Atypical Antipsychotics) - ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs - ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilizers) - ยานอนหลับและรักษาอาการกังวลกลุ่ม Benzodiazepine - Anticholinergics Drug **กรณีศึกษารายที่ 2** ได้รับยา - ยาต้านอาการทางจิต รุ่นแรก (Typical Antipsychotics) - ยาต้านอาการทางจิต รุ่นที่สอง (Atypical Antipsychotics) - ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilizers) - ยานอนหลับและรักษาอาการกังวลกลุ่ม Benzodiazepine - Anticholinergics Drug - มีภาวะ Hypokalemia แรกรับ Serum k = 3.14 ได้รับ Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 Dose ตามแผนการรักษา หลังได้รับการรักษา Serum K = 3.54 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1)
ยาฉีด prn ขณะนอน รพ.	- Haloperidol 5 mg IM prn for agitation ทุก 6 ชม. - Diazepam 10 mg IV prn for agitation ทุก 6 ชม. ตามแผนการรักษา (หลังจากแรกรับไม่ได้ยาฉีด prn)	- Haloperidol 5 mg IM prn for agitation ทุก 6 ชม. - Diazepam 10 mg IV prn for agitation ทุก 6 ชม. ตามแผนการรักษา (หลังจาก แรกรับไม่ได้ยาฉีด prn)	
ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว (Long Acting Antipsychotic Drug)	Fluphenazine decanoate 25 mg IM ทุก 1 เดือน (ทุกวันที่ 3) ฉีดครั้งแรก 3 พฤศจิกายน 2568	Fluphenazine decanoate 25 mg IM ทุก 1 เดือน (ทุกวันที่ 1) ฉีดครั้งแรก 1 ธันวาคม 2568	
ยารับประทาน	- Risperidone (2 mg.) 2 tab รับประทาน hs - Sertraline (50 mg.) 1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Depakine Chrono (200 mg.) รับประทาน 1 tab hs - Lorazepam (1 mg.) 1 tab รับประทาน hs - Trihexyphenidyl (2 mg.) 1 tab รับประทาน 1 tab hs	- Risperidone (2 mg.) 1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Lorazepam (1 mg.) 1 tab รับประทาน hs - Trihexyphenidyl (2 mg.) 1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Chlorpromazine (50 mg.) 1 tab รับประทาน hs - Depakine Chrono (500 mg.)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม.X 2 dose - Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ	
4. การบำบัดทางจิตสังคม	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2. ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 3. กลุ่มสวดมนต์ไหว้พระ ฝึกสติ 4. กลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด 5. กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) 6. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) แบบรายบุคคล 7. กลุ่มฝึกทักษะปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น 8. กลุ่มความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองติดยา และทำไมฉันต้องรับประทานยา 9. กลุ่มฝึกทักษะการจัดยารับประทาน 10. กลุ่มเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง 11. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองติดยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยา การป้องกันไม่ให้เสพติดซ้ำ การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำและการดูแล หน่วยงานที่ให้ การปรึกษา 12. ให้คำปรึกษาครอบครัว	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2. ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 3. กลุ่มสวดมนต์ไหว้พระ ฝึกสติ 4. กลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด 5. กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) 6. กลุ่มฝึกทักษะปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น 7. กลุ่มความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองติดยา และทำไมฉันต้องรับประทานยา 8. กลุ่มฝึกทักษะการจัดยารับประทาน 9. กลุ่มเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง 10. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองติดยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยา การป้องกันไม่ให้เสพติดซ้ำ การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำและการดูแล หน่วยงานที่ให้ การปรึกษา 11. ให้คำปรึกษาครอบครัว	**กรณีศึกษารายที่ 1** เมื่อนอนรพ. 2 สัปดาห์ BPRS = 22 คะแนน (มีอาการทางจิตระดับน้อย) TMSE = 27 คะแนน (การทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับปกติ) ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) และ การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แบบรายบุคคล ร่วมด้วย เนื่องจากมีระดับแรงจูงใจเลิก สารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) **กรณีศึกษารายที่ 2** เมื่อนอนรพ. 2 สัปดาห์ BPRS = 21 คะแนน (มีอาการทางจิตระดับน้อย) TMSE = 27 คะแนน (การทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับปกติ) ได้รับ การบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดย กลุ่มบำบัดเสริมสร้าง แรงจูงใจ (MET) มีระดับแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้นขั้นลังเลใจ(Contemplation)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
1. ระยะเริ่มแรก (Initial stage) เป็นการประเมินและให้การพยาบาลในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง (อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) และระยะระบุปัญหา (Identification phase) ตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว) 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและสิ่งของถูกทำลาย เนื่องจากมี	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. ยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อน้ำเสียงนุ่มนวลและชัดเจน 3. ประเมินความคิดของผู้ป่วยว่ามีผลต่อพฤติกรรมอย่างไร เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวัง 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตราย 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ ความรู้สึก 6. รับฟังด้วยท่าทีเข้าใจ ยอมรับ ไม่โต้แย้งและไม่สนับสนุนอาการประสาทหลอน 7. แสดงการยอมรับอาการประสาทหลอนหรือหวาดระแวงของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้งหรือท้าทายว่าที่ผู้ป่วยเล่า ไม่เป็น ความจริง แต่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งได้ โดยใช้เทคนิค การให้ความจริง (presenting reality)	**กรณีศึกษารายที่ 1** แรกรับ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดร่วมกับ หูแว่ว หวาดระแวง ระดับความก้าวร้าวรุนแรง OAS = 2: ระดับเร่งด่วน ได้รับยาฉีด ที่หอผู้ป่วยเมตตา Haloperidol 5 mg IM stat Diazepam 5 mg IV stat - เมื่อนอนรพ.ระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีการรับรู้ที่เป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ไม่หวาดระแวง **กรณีศึกษารายที่ 2** แรกรับ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดร่วมกับ หูแว่ว ห่าง ๆ ครั้ง หวาดระแวง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
อาการประสาทหลอนและความคิดหวาดระแวง **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	8. หลีกเลี่ยงการจับต้องตัวผู้ป่วยและไม่ใช้คำพูดหรือกิริยา ที่ก่อให้เกิดความสงสัยหรือตีความไม่ชัดเจน ได้แก่ การกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย 9. เฝ้าระวังก้าวร้าว ระวังทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายสิ่งของ 10. ประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง ด้วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale: OAS) และให้ยาตามแผนการรักษา[9]	ระดับความก้าวร้าวรุนแรง OAS = 2: ระดับเร่งด่วน ได้รับยาฉีด Haloperidol 5 mg IM stat ที่ ER ก่อน admit - เมื่อนอนรพ.ระยะเวลา 1 สัปดาห์ มีการรับรู้ที่เป็นจริงไม่มีหูแว่ว ไม่หวาดระแวง **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและไม่ทำลายสิ่งของ
2. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการได้รับสารเสพติด แอมเฟตามีนเกินขนาด **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพ 3. ประเมินภาวะ Amphetamine Intoxication หากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ - ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม ได้แก่ สับสน วิตกกังวลอย่างมาก ความคิดความจำผิดปกติ หงุดหงิด ก้าวร้าว - อาการบ่งชี้ทางร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็ง ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที มีไข้ BT > 38 C ชัก[10] 4. ประเมินอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ใจสั่น หวิว แน่นหน้าอก หรือชีพจรเต้นช้าผิดปกติน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที พิจารณารายงานแพทย์ 5. ตรวจ EKG ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ 6. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา 7. ดูแลผู้ป่วยนอนพักผ่อน 8. สังเกตอาการผิดปกติ 9. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง	**กรณีศึกษารายที่ 1** BT 36.7 ^{0}C, PR 88 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 121/82 mmHg (ปกติ) ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasglow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและการเคลื่อนไหวปกติ EKG 12 Lead: Normal **กรณีศึกษารายที่ 2** BT 36.9 ^{0}C, PR 98 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 123/85 mmHg (ปกติ) ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasglow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและการเคลื่อนไหวปกติ EKG 12 Lead: Normal **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** ไม่พบภาวะภาวะแทรกซ้อน/อาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการ ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน
3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะถอนพิษสารเสพติด แอมเฟตามีน **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินอาการซึมเศร้า/ทำร้ายตนเอง (ฆ่าตัวตาย) เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากอาการซึมเศร้า/ทำร้ายตนเอง (ฆ่าตัวตาย) จากภาวะการขาดสารเสพติดแอมเฟตามีนระยะรุนแรง โดย คัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q plus ประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q 3. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล 4. เฝ้าระวังและให้การดูแลภาวะวิตกกังวลรุนแรงในระยะแรกของอาการขาดยา (withdrawal symptom) โดยจัดผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและสังเกตอาการใกล้ชิด 5. ประเมินอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ความรู้สึกอยากเสพยาบ้า (Craving) เพื่อพิจารณาให้ยาตามแผนการรักษา 6. ประเมินอาการฝันร้าย อาการกระวนกระวาย/นอนไม่หลับ/หลับมาก หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ 7. ประเมินอาการปวดศีรษะ เหงื่อออก ร้อนๆ หนาวๆ ขาเป็นตะคริว และปวดท้อง หากมีอาการระดับรุนแรงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มเติม	**กรณีศึกษารายที่ 1** ควบคุมตัวเองได้ รู้สึกเศร้าเป็นบางครั้ง 2Q plus: positive 9Q: มีภาวะซึมเศร้าระดับ น้อย (8 คะแนน) 8Q: 0 คะแนน Suicide idea: negative ได้รับยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs Sertraline (50 mg.) 1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs เมื่อได้รับการบำบัดรักษา 2 สัปดาห์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2Q plus: negative Suicide idea: negative **กรณีศึกษารายที่ 2** ควบคุมตัวเองได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2Q plus: negative Suicide idea: negative **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ นอนหลับมาก ฝันร้าย มีความรู้สึกอยากเสพยาบ้า (Craving)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	8. พยาบาลควรเข้าไปพูดคุย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกอย่างสม่ำเสมอ ประเมินอาการและดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อพยาบาลเข้าไปปฏิบัติงานของพยาบาล ด้วยท่าทีสงบ ไม่เร่งรีบ สุขุม และนุ่มนวล 9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและปลอดภัย 10. ดูแลให้ยา ได้แก่ ยารักษาซึมเศร้า ยาต้านอาการทางจิตตามแผนการรักษาแพทย์ บันทึกผลของยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเหมาะสมในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ปลอดภัยจากสิ่งกระตุ้น 12. บันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมปัญหา สัญญาณชีพ อาการและอาการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล[11]	
4. เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับ ยารักษาอาการทางจิตเวช **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. ประเมินอาการข้างเคียงจากยารักษาทางจิตเวชก่อนและหลังให้ยา 30 นาที 2. สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษาอาการทางจิต 1) Anticholinergic effect: อาการปากแห้ง คอแห้ง ง่วงนอน มือสั่น เวียนศีรษะ 2) EPS: กล้ามเนื้อเกร็ง หน้าตาเมินเฉย เคลื่อนไหวลำบาก ขากรรไกรแข็ง 3. วัดสัญญาณชีพและ Monitor High Alert drug เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Trihexyphenidyl ตามแผน การรักษาของแพทย์เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการได้รับ ยาต้านอาการทางจิต 5. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบผลข้างเคียงยาที่ได้รับ เช่น อาการมึนงง เวียนศีรษะ เพื่อระมัดระวังการปฏิบัติตัว 6. ให้คำแนะนำ หากมีอาการผิดปกติ ควรแจ้งพยาบาล 7. ดูแลยกเหล็กกั้นเตียงขึ้น 2 ข้าง ขณะผู้ป่วยนอนพักผ่อน 8. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง[12]	**กรณีศึกษารายที่ 1** ง่วงนอนตอนกลางวัน**กรณีศึกษารายที่ 2** ปากแห้ง คอแห้งเล็กน้อย **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** มีความปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาทางจิตเวช (Adverse Drug Reaction: ADR) เช่น กดระบบประสาทส่วนกลาง,EPS (Extrapyramidal side effects), NMS (Neuroleptic malignant syndrome)
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีภาวะ Hypokalemia **กรณีศึกษารายที่ 2**	1. ประเมินอาการโปแตสซี่ยมต่ำอย่างใกล้ชิด เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน ชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บแน่นหน้าอกให้รายงานแพทย์ทันที 2. ตรวจ EKG ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ 3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 dose 4. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte (Serum k) ทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา 5. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชม. และสังเกตอาการต่อเนื่อง 7. บันทึกทางการพยาบาลเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง[9]	**กรณีศึกษารายที่ 2** ไม่มีอาการของภาวะ Hypokalemia ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงผลการตรวจ EKG 12 Lead: Normal ไม่พบภาวะ Cardiac Arrhythmia ติดตามประเมินผล Serum K = 3.54 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1) Vital signs BT 36.9 ^{0}C, PR 98 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 123/85 mmHg (ปกติ)
2. ระยะกลาง (interim stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด	**กรณีศึกษารายที่ 1**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
สงบลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ให้การดูแลเพื่อป้องกันเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ (อยู่ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase) ตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว) 6. ขาดทักษะในการเผชิญความเครียดและจัดการความเครียด **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	2. ประเมินความรู้ ทักษะการเผชิญ ความเครียด และ การจัดการความเครียด 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกลไกการเกิด ความเครียด 4. สอนวิธีผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การฝึกลมหายใจเข้า ออก ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสม และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ทำในวิธีที่ผู้ป่วยเลือก 5. ให้คำปรึกษาถึงปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด 6. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด[9] 7. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสวดมนต์ไหว้พระ ฝึกสติ 8. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง	เครียดเรื่องลูก เป็นห่วงลูกอยากกลับบ้านไปดูแลลูก - เลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยออกกำลังกายและดูโทรทัศน์ **กรณีศึกษารายที่ 2** เครียดเรื่องลูกและมารดา อยากกลับบ้านไปดูแลลูกและช่วยมารดาทำงาน - เลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยฟังเพลง และวาดภาพ **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** - สามารถฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดได้เหมาะสม - สามารถจัดการความเครียดได้เหมาะสมขณะอยู่บำบัด
7. การดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากสนใจทำกิจวัตรประจำวันลดลง **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองด้าน สุขวิทยาส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วย 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าต้องดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคลของตนเองอะไรบ้าง 3. ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง และกระตุ้นการดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม 4. ให้การเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 5.จัดตารางดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 6. รายงานแพทย์พิจารณาการรักษา[9] 7. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้นโดยเมื่อถึงเวลาอาบน้ำจะลุกมาอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ดูแลความสะอาดร่างกายได้เอง รับประทานอาหารเองโดยไม่ต้องกระตุ้น
3. ระยะก่อนกลับบ้าน (Pre-Discharge stage) เป็นระยะฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (อยู่ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase) และระยะสรุปผล Resolution phase)/ระยะยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Termination phase) ตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว) 8. รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เนื่องจากขาดความภูมิใจในชีวิต **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด 2. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเอง ของผู้ป่วย 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น หรือสาเหตุของการมองตนเองด้านลบ 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการดำรงชีวิตตามศักยภาพ 5. ให้คำปรึกษา 6. มอบหมายงานที่ให้ผู้ป่วยทำสำเร็จ เช่น พับผ้าห่ม ล้างแก้วน้ำดื่มของตนเอง และให้แรงเสริมทางบวกตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งเสริมความภาคภูมิใจ 7. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง 8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองเห็นความสำเร็จในอดีต เช่น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความดีที่เคยทำและกล่าวชื่นชมผู้ป่วย 9. ให้ข้อมูลครอบครัวสื่อสารทางบวก/ให้กำลังใจ มอบหน้าที่ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ 10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง การร่วมกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น 11. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง[9]	**กรณีศึกษารายที่ 1** รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของครอบครัว มีแผน การดำเนินชีวิตหลังจำหน่าย โดยจะกลับไปหางานทำ เพื่อส่งลูกเรียนหนังสือ **กรณีศึกษารายที่ 2** รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของครอบครัว มีแผน การดำเนินชีวิตหลังจำหน่าย โดยจะกลับไปช่วยมารดาทำนาและเลี้ยงลูก **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายที่เหมาะสม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
9. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีความเข้าใจ ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา การเจ็บป่วยของตนเองและขาดทักษะในการจัดยารับประทาน **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดอย่างต่อเนื่อง 2. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มความรู้เรื่องโรคจิตเภท โรคสมองติดยา และทำไมฉันต้องรับประทานยา 3. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะการจัดยารับประทาน 4. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง	**กรณีศึกษารายที่ 1** วิตกกังวลว่าเคยรับประทานยาแล้วง่วงนอนตอนกลางวัน **กรณีศึกษารายที่ 2** วิตกกังวลว่ารับประทานยาแล้วเคยปากแห้งคอแห้ง **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาและฝึกทักษะการจัดยาได้ถูกต้อง
10. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้ สารเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ เนื่องจาก - ขาดแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด - ขาดทักษะการปฏิเสธการใช้สารเสพติด **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดอย่างต่อเนื่อง 2. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการสังเกต พูดคุยเรื่องความรู้สึกที่มีต่อการใช้สารเสพติด การตั้งเป้าหมายในการเลิกใช้ สารเสพติด 3. ให้วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการใช้-เลิกเสพยา 4. ให้คำปรึกษาแนวทางการตั้งเป้าหมายชีวิต การวางแผนการดำเนินชีวิต ทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และการป้องกันการติดสารเสพติดซ้ำ[12] 5. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น 6. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) ในผู้ป่วยติดสารเสพติด 7. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยติดสารเสพติด แบบรายบุคคล[13]	**กรณีศึกษารายที่ 1** ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) และ การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แบบรายบุคคล ร่วมด้วยเนื่องจากมีระดับแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้น ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) หลังได้รับการบำบัดแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change เปลี่ยนเป็น ขั้นตัดสินใจ(Determination) มีลูกเป็นแรงจูงใจสำรวจความมั่นใจ ในการเลิก (Self Efficacy): 100% ตั้งเป้าหมาย: ระยะเวลา จะเลิกเสพตลอดไป **กรณีศึกษารายที่ 2** ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดย กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) มีระดับแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้น ขั้นลังเลใจ (Contemplation)หลังได้รับการบำบัดแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change เปลี่ยนเป็น ขั้นตัดสินใจ(Determination) มีมารดาและลูกเป็นแรงจูงใจสำรวจความมั่นใจในการเลิก (Self Efficacy): 100% ตั้งเป้าหมาย: ระยะเวลา จะเลิกเสพตลอดไป **กรณีศึกษารายทั้ง 2 ราย** หลังได้รับการบำบัดทาง จิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ ประเมิน Stage of Change อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) เลิกสารเสพติด
11. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากปัญหา การใช้สารเสพติด แอมเฟตามีน **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว 2. ให้คำปรึกษาครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณาสาเหตุของปัญหาด้านสัมพันธภาพและหาแนวทาง แก้ไขร่วมกัน 3. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมครอบครัว เช่น การทำหน้าที่ในครอบครัว การสื่อสารเชิงบวก	**กรณีศึกษารายที่ 1** ครอบครัวหวาดกลัว ไม่กล้ามาเยี่ยมผู้ป่วย - ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชนในพื้นที่ลงเยี่ยมบ้าน - ให้คำปรึกษาครอบครัว **กรณีศึกษารายที่ 2** ครอบครัวหวาดกลัวนำของเยี่ยมมาฝากไว้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	4. นำครอบครัวมาร่วมวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยขณะบำบัดและเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัว 5. ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดี หรือเมื่อผู้ป่วยบริหารจัดการอารมณ์และแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์[12]	ให้คำปรึกษาครอบครัว **กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** หลังให้คำปรึกษาครอบครัวครอบครัวมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น
12. ครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. ให้คำปรึกษาครอบครัว 2. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองติดยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยา การป้องกันไม่ให้เสพติดซ้ำ การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำของ โรคจิตเภทและการดูแล รวมทั้งหน่วยงานที่ให้การปรึกษา 3. แนะนำการสังเกตอาการผู้ป่วย ที่เป็นสัญญาณเตือนเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 4. ให้ข้อมูลแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉินแก่ครอบครัว ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง 5. ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชน สหวิชาชีพ และ ภาคีเครือข่าย ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง	**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย** เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวและไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว ร่วมกับมีการประสานพยาบาล จิตเวชชุมชน สหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องครอบครัวคลายความวิตกกังวลและหวาดกลัว ยอมรับกลับบ้าน
13. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย ตามหลัก D -METHOD **กรณีศึกษารายที่ 1, 2**	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว 2. วางแผนการจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย D-METHOD D = Diagnosis: ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและโรคสมอง ติดยา อธิบายผลกระทบของสารเสพติดแอมเฟตามีนต่อ การกำเริบซ้ำ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยเน้นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง M = Medication: ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด ได้แก่ ประเภทยา สรรพคุณ ขนาดและวิธีรับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียง การไม่หยุดยาเอง ถ้าพบอาการผิดปกติให้มาปรึกษาแพทย์ และการมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมสนับสนุนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการกำเริบซ้ำ E = Environment/Economic: แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อม ที่บ้านให้ปลอดภัยและเหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพซ้ำ พร้อมสนับสนุนการประกอบอาชีพหรือกิจกรรมตามศักยภาพ T = Treatment: ส่งเสริมทักษะตามแผนการรักษา ได้แก่ ทักษะการจัดยา การจัดการความเครียด อารมณ์ และพฤติกรรมเสี่ยง ทักษะการปฏิเสธสารเสพติด และ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด H = Health: ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนเพียงพอ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในครอบครัว และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต O = Outpatient referral: แนะนำการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการเตือนของอาการทางจิตกำเริบ การติดต่อ ขอ	**กรณีศึกษาทั้ง 2 รายและครอบครัว** มีความรู้และเข้าใจแผน การรักษาและการปฏิบัติตัว พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน **กรณีศึกษาทั้ง 2 รายและครอบครัว** มีความรู้และเข้าใจแผน การรักษาและการปฏิบัติตัว พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	ความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับ การดูแลต่อเนื่อง D = Diet: แนะนำการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและมีประโยชน์ งดใช้สารเสพติดทุกชนิด 3. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย	

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia with Amphetamine dependence

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี ขาดยารักษาทางจิตเวช 1 เดือนและเสพยาบ้าทุกวัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เอะอะโวยวาย อาละวาด กักขังลูกไว้ในบ้าน ทุบตี ทำร้ายลูก 1 วัน ก่อนมารพ. กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี ขาดยารักษาทางจิตเวช 1 สัปดาห์และเสพยาบ้าทุกวัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาละวาด ทุบทำลายสิ่งของภายในบ้าน ถือมีดขู่จะฆ่าลูกและมารดา 1 วัน ก่อนมารพ. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Methamphetamine positive แรกรับเข้ารักษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการทางจิต หูแว่วและมีภาวะหวาดระแวง ประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง โดย Overt Aggression Scale (OAS) มีพฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง = 2 ระดับเร่งด่วน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ระยะเวลานานและปริมาณที่ใช้มากกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ทำให้กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการทางจิตมากกว่า โดยมีหูแว่ว พูดคนเดียวเกือบตลอดเวลาร่วมกับมีภาวะหวาดระแวง ซึ่งสารเสพติดแอมเฟตามีน เป็นสารกระตุ้นประสาท (Amphetamine Type Stimulant: ATS) ทำให้เกิดอาการทางจิต หูแว่ว หวาดระแวง[5]

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการบำบัดรักษาโดยมีการรักษาด้วยยา ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาต้านอาการทางจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยานอนหลับและรักษาอาการกังวล และ Anticholinergics Drug แรกรับผู้ป่วยรู้สึกเศร้าเป็นบางครั้ง 2Q plus positive ได้รับยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs ร่วมด้วย กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยาต้านอาการทางจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยานอนหลับและรักษาอาการกังวล Anticholinergics Drug และแรกรับ k = 3.14 mmol/L ได้รับยา Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 Dose หลังได้รับการรักษา k = 3.54 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติขาดยารักษาทางจิตเวชและเสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ก่อนกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มีแผนการรักษา โดยให้ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว (Long Acting Antipsychotic Drug) Fluphenazine decanoate 25 mg IM ทุก 1 เดือน และการบำบัดทางจิตสังคม เน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท โรคสมองติดยา ฝึกทักษะการจัดยารับประทาน และได้รับการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจเลิกสารเสพติด กรณีศึกษาทั้ง 2 รายประเมิน Stage of Change อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) เพื่อป้องกันกลับไปเสพติดซ้ำและดูแลไม่ให้ขาดยา หลังได้รับการบำบัดรักษาและการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการทางจิตสงบ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและไม่ทำลายสิ่งของ ยอมรับการเจ็บป่วย รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช ไม่เกิดภาวะพิษเฉียบพลันจากสารเสพติดแอมเฟตามีน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสารเสพติดแอมเฟตามีน มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัวได้ดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแล

1. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาขาดยารักษาทางจิตเวช มีการเสพติดสาร

เสพติดแอมเฟตามีนร่วม ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ซึ่งส่งผลต่อด้านพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงต่อคนในครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหา ครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย ลูกหวาดกลัว มีการเตรียมความพร้อมครอบครัว และชุมชนก่อนจำหน่าย โดย ให้คำปรึกษาครอบครัว ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชนในพื้นที่ลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกับสหวิชาชีพ หน่วยงาน บ้านพักเด็กและครอบครัว OSCC ภาคีเครือข่าย และส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง ครอบครัวคลายความวิตกกังวลและหวาดกลัว ยอมรับกลับบ้าน มีพี่สาวเป็นผู้ดูแล หาที่พักให้อยู่ใกล้บ้านพี่สาว ไม่ให้ไปอยู่ในพื้นที่เสี่ยงแพร่ระบาดสารเสพติด ป้องกันกลับไปเสพติดซ้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง และพามาตรวจตามนัด กรณีศึกษารายที่ 2 ครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย ให้คำปรึกษาครอบครัว ครอบครัวคลายความวิตกกังวลและหวาดกลัว ยอมรับกลับบ้าน มีมารดาดูแลให้ผู้ป่วยทำการเกษตรที่อยู่ใกล้มารดา ป้องกันกลับไปเสพติดซ้ำ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง และพามาตรวจตามนัด ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชน สหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง

2. การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีทั้งหมด 13 ข้อ เหมือนกัน 12 ข้อ แตกต่างกัน 1 ข้อ โดยกรณีศึกษารายที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 dose และเฝ้าระวังสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีอาการของ ภาวะ Hypokalemia ติดตามประเมินผล Serum K = 3.54 mmol/L (มีค่าปกติ)

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมเป็นกรณีที่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการทางจิตจากโรคจิตเภท อาการจากสารเสพติดแอมเฟตามีน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายควบคู่กันไป โดยการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด ป้องกันกลับไปเสพติดซ้ำและดูแลไม่ให้ขาดยา มีการเตรียม ความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย มีการประสานพยาบาลจิตเวชชุมชน ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม หอผู้ป่วยเมตตา รพ. กาฬสินธุ์

2. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม นอกจากการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ควรประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS)[6] ร่วมด้วยเพื่อเฝ้าระวังคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

3. ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม เข้าร่วมการบำบัดทางจิตสังคม ควรมีการประเมินด้วย แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) และทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้วยแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (TMSE) เพื่อคัดเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ[14]

4. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยเมตตา ในการบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยสารเสพติด[13]

5. พัฒนาโปรแกรมการลดความวิตกกังวลในครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม

6. ควรมีการออกแบบระบบการดูแลและวางแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดร่วม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จึงควรมีระบบการดูแลและวางแผน

การดูแลต่อเนื่อง ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และมีความครอบคลุมทุกหน่วยบริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด โดยยึดนโยบายการดูแลระบบเครือข่ายสาธารณสุข ได้แก่ อสม. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. PCC และรพช. ร่วมกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัว OSCC ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง อปท. และตำรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสียงล้ำ, วีร์ เมฆวิลัย, บรรณาธิการ.(2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิคทอเรียอิมเมจ; 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/535
2. World Health Organization (WHO).(2024). Schizophrenia [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
3. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): อัตราป่วยรายใหม่และความชุกของโรคจิตเภท (F20.xx) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/5d5aa8ea9ee75a5990950984f5a81403
4. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 และแผนปฏิบัติการประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/hzm6y1e59m8scog04o.pdf
5. พิชัย แสงชาญชัย.(2565). คู่มือจิตเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย; 2565.
6. ชิดชนก โอภาสวัฒนา.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563
7. รายงานผู้ป่วยหอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช ประจำปี 2566–2568. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
8. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2564). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. สุราษฎร์ธานี: กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
9. วิมล ลักขณาภิชนชัช.(2563). คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
10. วีณา บุญแสง.(2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ดีน่าดู มีเดีย พลัส จำกัด; 2564.
11. วิมล ลักขณาภิชนชัช, นิภาวัล บุญทับถม, วิมลพรรณ โชติแสงทอง.(2567). เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
12. เอกอุมา อิ้มคำ.(2567). การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ไพโรจน์ สุรัตนวนิช, สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, สำเนา นิลบรรพ์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, บรรณาธิการ. (2567). เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ใช้ยาและสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
14. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. สุราษฎร์ธานี: กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

ผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี: ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562-2566)

The effect of using a risk assessment tool for abandoned children in hospitals at the Queen Sirikit National Institute of Child Health: A 5-year retrospective study (2019-2023)

(Received: January 8,2026 ; Revised: January 22,2026 ; Accepted: January 25,2026)

มลฤดี ทองดวง[1] สุฑาวรรณ์ ไชยมูล[2]
Molruedee Thongduang[1] Suthawon Chaiyamool[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสาเหตุของการทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล เป็นการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ประชากร คือ ข้อมูลจากแบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2562-2566) มีจำนวน 456 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุการเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล โดยมารดาหนึ่งคนอาจหลายสาเหตุ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) มารดามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ 2) มารดาวัยรุ่น 3) มารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 4) มารดาหย่าร้าง 5) มารดาไม่มีประวัติการฝากครรภ์ 6) มารดาเป็นแม่เลี่ยงเดี่ยว 7) มารดามีประวัติใช้สารเสพติด 8) ญาติไม่มาเยี่ยมผู้ป่วย 9) มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว 10) มารดาหรือเด็กป่วยโรคติดเชื้อหรือโรคเรื้อรัง 11) มารดาเข้าเมืองผิดกฎหมาย 12) ผู้ป่วยเป็นเด็กพิการ13) มารดามีประวัติทำแท้ง 14) มารดาปกปิดข้อมูลส่วนตัว 15) มารดาหนีออกจากโรงพยาบาลหลังคลอด และ 16) มารดาไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง การจัดบริการตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์ส่งผลให้หลังจากแพทย์จำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ปู่ย่าหรือตายายหรือญาติรับเด็กไปดูแล รองลงมาบิดามารดารับเด็กไปดูแล คงเหลือเด็กจำนวนน้อยที่นำส่งสถานสงเคราะห์

คำสำคัญ แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล, สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

Abstract

This study aimed to identify the causes of child abandonment in hospitals. A retrospective study was conducted using data from the Child Abandonment Risk Assessment Forms of the Medical Social Work Department, Queen Sirikit National Institute of Child Health, collected over a five-year period (2019–2023). A total of 456 cases were included. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies and percentages.

The results showed that one mother could have multiple risk factors for child abandonment. The causes, ranked from most to least frequent, were: (1) maternal economic problems, (2) adolescent motherhood, (3) unintended pregnancy, (4) maternal divorce, (5) lack of antenatal care, (6) single motherhood, (7) history of substance use, (8) absence of relatives visiting the patient, (9) domestic violence, (10) maternal or child infectious or chronic diseases, (11) illegal immigration status of the mother, (12) child disability, (13) history of abortion, (14) concealment of personal information by the mother, (15) maternal absconding from the hospital after delivery, and (16) homelessness. Service provision through the medical social work process resulted in favorable outcomes after medical discharge. Most children were taken into the care of grandparents or other relatives, followed by care provided by the parents. Only a small number of children required placement in child welfare institutions.

Keywords: Child abandonment risk assessment form, medical social work

---

[1] นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์
[2] นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

บทนำ

นิยามคำว่า “เด็ก” ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีสาระสำคัญที่เน้นถึงประโยชน์สูงสุดของเด็ก และการไม่เลือกปฏิบัติ โดยในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กได้ระบุถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กไว้ 4 ประการ ได้แก่ สิทธิที่จะอยู่รอด (Survival Right) สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง (Protection Right) สิทธิในการพัฒนา (Right of Development) และสิทธิในการมีส่วนร่วม (Right of Participation) สิทธิเด็กและเยาวชนนั้นเป็นสิทธิสากล (Universal Right) และเป็นสิทธิเด็ดขาด (Absolute Right) ที่จะต้องได้รับการรับรองและความคุ้มครองโดยไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ สิทธิของเด็กเกิดขึ้นนับตั้งแต่คลอดออกมา และสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง (Right of Protection) ให้รอดพ้นจากการทารุณกรรมทุกรูปแบบ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตรา 4 ทารุณกรรม” หมายความว่า การกระทำหรือละเว้นการกระทำด้วยประการใด ๆ จนเป็นเหตุให้เด็กเสื่อมเสียเสรีภาพหรือเกิดอันตรายแก่ ร่างกายหรือจิตใจ การกระทำผิดทางเพศต่อเด็กการใช้เด็กให้กระทำหรือประพฤติในลักษณะที่น่าจะเป็นอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจหรือขัดต่อ กฎหมายหรือศีลธรรมอันดี ทั้งนี้ ไม่ว่าเด็กจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น การทอดทิ้งเด็ก (child abandonment) จึงเป็นหนึ่งในการทารุณกรรมเด็ก[1]

ปัญหาการทอดทิ้งเด็ก นับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทุกระบบสังคม จากสถิติการให้บริการในสถานรองรับเด็กจำนวน 30 แห่ง และบ้านพักเด็กและครอบครัว 77 จังหวัด ในสังกัดกรมกิจการเด็กและเยาวชน ในช่วงเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม 2560 พบว่า มีจำนวนเด็กที่ผู้ปกครองไม่สามารถเลี้ยงดูได้จำนวน 8,373 คน ในขณะเดียวกันพบว่าจำนวนเด็กกำพร้า เร่ร่อน ทอดทิ้ง มีจำนวน 5,321 คน[2] จากสถิติดังกล่าวสะท้อนได้ว่าปัญหาทอดทิ้งเด็กยังมีดำรงอยู่และเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ซึ่งปัญหาการทอดทิ้งเด็กแรกเกิดในสถานพยาบาลนับเป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งที่สำคัญ หากมีการป้องกัน การช่วยเหลือครอบครัวที่เหมาะสมน่าจะมีส่วนลดปัญหาการนำเด็กส่งเข้าสถานสงเคราะห์ได้เป็นอย่างดี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับส่งต่อผู้ป่วยเด็กจากโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ สำหรับเด็กทารกแรกเกิดส่วนใหญ่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2566 พบว่า มีเด็กเสี่ยงถูกทอดทิ้งจำนวน 456 ราย เด็กที่ถูกทอดทิ้ง จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กแรกเกิดโดยตรงและมีผลกระทบลึกซึ้งต่อเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เนื่องจากทารกจะขาดการถูกกระตุ้นพัฒนาการ ขาดความรัก ความเอาใจใส่จากมารดาหรือผู้เลี้ยงดูทำให้ทารกมีพัฒนาการล่าช้า ซึมเศร้าหรืออาจเสียชีวิตในที่สุด ในขณะเดียวกันการละเลยทอดทิ้งในระดับที่มีความรุนแรงลดลงมาได้ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กเมื่อเติบโตขึ้น อาทิ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อคนรอบข้าง หรือ การมีพัฒนาการของพฤติกรรมที่ก้าวร้าว[3] ในปี 2554 กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จึงได้ วิจัยเชิงคลินิก โดยการสืบค้นข้อเท็จจริงในการทำงานเพื่อป้องกันการทอดทิ้งเด็ก ซึ่งศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 8 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2545-พ.ศ.2552 ในประชากรเด็กเสี่ยงถูกทอดทิ้ง จำนวน 377 ราย พบว่า มีปัจจัยเป็นเสี่ยงการทอดทิ้งบุตร 16 ตัวชี้วัด โดยมารดาหนึ่งคนอาจมีความเสี่ยงมากกว่าหนึ่งตัวชี้วัด และนำผลที่ได้เรียงลำดับความถี่จากมากไปหาน้อย มีผลดังนี้ [4] 1) มารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2) มารดาวัยรุ่น 3) มารดาหย่าร้าง 4) ไม่มีประวัติฝากครรภ์ 5) ญาติไม่มาเยี่ยม 6) ครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ 7) มารดามีประวัติการทำแท้ง 8) มารดาเป็นแม่คนเดียว 9) มารดาหรือผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง 10) มารดาปกปิดข้อมูล 11) มารดามีประวัติใช้สารเสพติด 12) มีความรุนแรงในครอบครัว 13) มารดาเป็นต่างด้าวผิดกฎหมาย 14) ผู้ป่วยมีภาวะความพิการ 15) มารดาหนีออกจากโรงพยาบาลหลังคลอดและ16) มารดาไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

จากผลการวิจัยนี้กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ จึงได้สร้างแบบประเมินความเสี่ยงในการทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาลมาใช้เพิ่มเติมจากแบบประเมินและการจัดการปัญหาทางจิตสังคมเพื่อให้เกิดความจำเพาะเจาะจงยิ่งขึ้น โดยนำมาใช้ ตั้งแต่ ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงความสนใจที่จะศึกษาสาเหตุที่เด็กถูกทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562-2566) โดยศึกษาจากแบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อทราบสาเหตุของการทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาลและจะได้นำข้อค้นพบไปพัฒนาบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาสาเหตุของการทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562-2566)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study)

ประชากร ข้อมูลจากเอกสารแบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งใช้สำหรับประเมินผู้ป่วยและครอบครัวทารกแรกเกิด – 1 ปี ทุกราย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤติชั้น 9 (NIMCU 9) หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤติชั้น 10 (NIMCU10) หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด (NSICU) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด (ส. 5A) เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและเด็กเล็กไม่อนุญาตให้มารดาหรือญาติเฝ้า มีสถิติการทอดทิ้งเด็ก และ นักสังคมสงเคราะห์มีการเฝ้าระวังการทอดทิ้งเด็กในหอผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2562 - 2566) ทุกราย จากสถิติมีจำนวน 456 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์พัฒนาจากผลการศึกษาเรื่อง ตัวชี้วัดลักษณะมารดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีเกณฑ์ควรเฝ้าระวังการทอดทิ้งบุตรของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี[4] เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 8 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2545 - พ.ศ.2552 ในประชากรเด็กเสี่ยงถูกทอดทิ้ง จำนวน 377 ราย เป็นการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ได้แก่ 1) ผศ.ปรียานุช โชคธนวณิชย์ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2) นางสุฑาวรรณ์ ไชยมูล นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และ 3) นางสาวมลฤดี ทองดวง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผลการศึกษาพบความเสี่ยงทั้งหมด16 ตัวชี้วัด แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงเด็กถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาล[4] มี 16 หัวข้อ ได้แก่ 1) มารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2) มารดาวัยรุ่น 3) มารดาหย่าร้าง 4) ไม่มีประวัติฝากครรภ์ 5) ญาติไม่มาเยี่ยม 6) ครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ 7) มารดามีประวัติการทำแท้ง 8) มารดาเป็นแม่คนเดียว 9) มารดาหรือผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง 10) มารดาปกปิดข้อมูล 11) มารดามีประวัติใช้สารเสพติด 12) มีความรุนแรงในครอบครัว 13) มารดาเป็นต่างด้าวผิดกฎหมาย 14) ผู้ป่วยมีภาวะความพิการ 15) มารดาหนีออกจากโรงพยาบาลหลังคลอดและ 16) มารดาไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์กลุ่มเด็กเสี่ยงถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาล ได้แก่ 1. บริการเชิงรุกเยี่ยมมารดาบน

หอผู้ป่วยทุกวันเพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2. ค้นหาข้อมูลข้อเท็จจริงเน้นข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ประเมินได้ 3. สนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่ค้นพบ 4. สร้างความผูกพันระหว่างมารดากับผู้ป่วย เช่น การเยี่ยม การอุ้ม การดื่มนมมารดา การสัมผัส เป็นต้น 5. ร่วมกับมารดา/ครอบครัวในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล 6. เสนอทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล 7. อื่นๆ

ส่วนที่ 4 ผลการดำเนินงาน ได้แก่ 1.บิดามารดา/มารดา/บิดา รับเด็กไปดูแล 2.ปู่ย่า/ตายายญาติ รับเด็กไปดูแล 3.เด็กถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาล ดำเนินการนำส่งสถานสงเคราะห์

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบประเมินความเสี่ยงเด็กถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาล ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2562 - 2566)

2. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

3. กำหนดรหัสและลงบันทึกข้อมูล

4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าจำนวน ร้อยละ ในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเสี่ยงเด็กถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาล ส่วนที่ 3 การบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และส่วนที่ 4 ผลการให้ความช่วยเหลือ

5. วิเคราะห์ สรุปผล และรายงานผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

โดยการวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลขที่ REC.005/2568 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 ขณะเข้ารับบริการครั้งแรกเป็นทารกแรกเกิด - 1 เดือน ร้อยละ 88.8 ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 95.7 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 78.9 ส่วนใหญ่ป่วยโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 29.0 รองลงมาเป็นโรคทางศัลยกรรม 12.3 และโรคตัวเหลือง ร้อยละ 11.4

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงในการทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงในการทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2562- 2566 มี 16 ปัจจัย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ มารดามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 91.7 มารดาวัยรุ่น ร้อยละ 69.3 มารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 38.2 มารดาหย่าร้าง ร้อยละ 21.5 มารดาไม่มีประวัติการฝากครรภ์ ร้อยละ 15.6 มารดาเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ร้อยละ 12.7 มารดามีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 12.1 ญาติไม่มาเยี่ยมผู้ป่วย ร้อยละ 10.5 9 มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 6.8 มารดาหรือเด็กป่วยโรคติดเชื้อหรือโรคเรื้อรัง ร้อยละ 5.3 มารดาเข้าเมืองผิดกฎหมาย ร้อยละ 4.4 ผู้ป่วยเป็นเด็กพิการ ร้อยละ 2.4 มารดามีประวัติทำแท้ง ร้อยละ 2.2 ส่วนปัจจัยที่มารดาปกปิดข้อมูลส่วนตัว มารดาหนีออกจากโรงพยาบาลหลังคลอด และ มารดาไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งเท่ากันคือ ร้อยละ 1.3

ส่วนที่ 3 การบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ พบว่านักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการค้นหาข้อมูลข้อเท็จจริงเน้นข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ประเมินได้ ร้อยละ 18.3 สนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่ค้นพบ ร้อยละ 18.3 สร้างความผูกพันระหว่างมารดากับผู้ป่วย ร้อยละ 18.3 และ ร่วมกับมารดา/ครอบครัวในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 18.3

ส่วนที่ 4 ผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานการจัดบริการเด็กเสี่ยงถูกทอดทิ้งหลังจากแพทย์จำหน่ายให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีปู่ย่าหรือตายายหรือญาติ รับเด็กไปดูแล ร้อยละ 75.4 บิดามารดาหรือมารดาหรือบิดา รับเด็กไปดูแล ร้อยละ 18.4 และนำส่งสถานสงเคราะห์ ร้อยละ 4.4

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเสี่ยงถูกทอดทิ้งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ขณะเข้ารับบริการครั้งแรกเป็นทารกแรกเกิด - 1 เดือน สอดคล้องกับกับการศึกษาเกี่ยวกับการทอดทิ้งเด็กที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเด็กทารกแรกเกิด (0-28 วัน) เด็กหญิงถูกทอดทิ้งมากกว่าเด็กชาย[10] และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับเด็กถูกทอดทิ้ง มี 16 ตัวชี้วัดเช่นเดียวกับการวิจัยตัวชี้วัดลักษณะมารดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีเกณฑ์ควรเฝ้าระวังการทอดทิ้งบุตร ของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี[4] แต่จะแตกต่างกันเมื่อนำตัวชี้วัดมาเรียงจากมากไปหาน้อย โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสาเหตุการเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล โดยมารดาหนึ่งคนอาจหลายสาเหตุ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) มารดามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ 2) มารดาวัยรุ่น 3) มารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 4) มารดาหย่าร้าง 5) มารดาไม่มีประวัติการฝากครรภ์ 6) มารดาเป็นแม่เลี่ยงเดี่ยว 7) มารดามีประวัติใช้สารเสพติด 8) ญาติไม่มาเยี่ยมผู้ป่วย 9) มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว 10) มารดาหรือเด็กป่วยโรคติดเชื้อหรือโรคเรื้อรัง 11) มารดาเข้าเมืองผิดกฎหมาย 12) ผู้ป่วยเป็นเด็กพิการ 13) มารดามีประวัติทำแท้ง 14) มารดาปกปิดข้อมูลส่วนตัว 15) มารดาหนีออกจากโรงพยาบาลหลังคลอด และ 16) มารดาไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ในขณะที่ การวิจัยเดิมซึ่งศึกษาข้อมูลก่อนปี 2554 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) มารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2) มารดาวัยรุ่น 3) มารดาหย่าร้าง 4) ไม่มีประวัติฝากครรภ์มาก่อน 5) มารดาไม่มาเยี่ยมผู้ป่วย 6) ครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ 7) มารดามีประวัติการทำแท้ง 8) มารดาเป็นแม่คนเดียว 9) มารดาป่วยด้วยโรคเรื้อรังและติดเชื้อ 10) มารดาปกปิดข้อมูล 11) มารดามีประวัติติดสารเสพติด 12) มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว 13) มารดาเป็นแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย 14) บุตรมีภาวะความพิการ 15) มารดาหนีออกจากโรงพยาบาลหลังคลอด และ 16) มารดามีมีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ซึ่งหากเปรียบเทียบจะพบว่า ปัญหาเศรฐกิจได้เลื่อนจากอันดับ 7 เป็นอันดับที่ 1 อาจจะเป็นเพราะสภาพสังคมในปัจจุบันที่ค่าครองชีพสูงแต่รายได้ต่ำทำให้เป็นปัจจัยที่เด็กเสี่ยงถูกทอดทิ้งสูงสุด และปัจจัยเกี่ยวกับมารดาบิดาใช้สารเสพติดจากลำดับ 11 ขึ้นมาเป็นอันดับ 7 สะท้อนปัญหายาเสพติดของสังคมได้อย่างดี จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จะพบว่า ปัญหาการทอดทิ้งเด็กมีสาเหตุเกิดจากทั้งบิดามารดาและตัวเด็กเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Zekiye Karaçam และวรพร เกวลิน[8,9] ที่พบว่าสาเหตุของการทอดทิ้งเด็กมีทั้งปัจจัยจากมารดา บิดาและตัวเด็กเอง ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตั้งครรภ์ในภาวะที่บิดามารดาไม่พร้อม ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ตั้งครรภ์นอกสมรส บิดามารดาหย่าร้างกัน ไร้ที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ติดยาเสพติด ไม่มีงานทำ ฐานะยากจน การติดเชื้อ HIV ขาดเอกสารการลงทะเบียน แต่แตกต่างกันในประเด็นไม่ได้รับการศึกษา เนื่องจากจากการวิจัยไม่พบปัจจัยเสี่ยงด้านนี้

ด้านการบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ พบว่านักสังคมสงเคราะห์ได้จัดบริการอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะดำเนินการค้นหาข้อมข้อเท็จจริงเน้นข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดความเสี่ยงที่ประเมินได้ สนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่ค้นพบ สร้างความผูกพันระหว่างมารดากับผู้ป่วย ร่วมกับมารดา/ครอบครัวในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล บริการเชิงรุกเยี่ยมมารดาบนหอผู้ป่วยเสนอทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่ค้นพบ สอดคล้องกับการดำเนินการเกี่ยวกับเด็กถูกทอดทิ้งมุ่งเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยการให้คำปรึกษาแก่มารดาในการดูแลเด็กให้ปลอดภัย[8] การปกป้องและพัฒนาชีวิตและสุขภาพของเด็กอาจทำได้โดยการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ การระบุหญิงที่มีความเสี่ยงสูงในเรื่องการทิ้งทารก และการให้คำปรึกษาผู้หญิงเหล่านี้เพื่อให้สามารถทิ้งทารกของตนอย่างปลอดภัยและมีการศึกษา พบว่า การสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับเด็กให้เกิดขึ้นโดยเร็วจะลดการทอดทิ้งเด็กได้[11] และยูนิเซฟได้มีโปรแกรมการป้องกันการทอดทิ้งเด็ก 5 ขั้นตอน[12] โดยระบุ

หญิงที่มีความเสี่ยงต่อการทอดทิ้งเด็ก ในโรงพยาบาล โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์, นักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ และบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้มีหน้าที่ในการดำเนินการต่อ มีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว เช่น การเยี่ยมมารดา การให้การปรึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยา จัดการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ การติดตามกรณีและเฝ้าระวังสถานการณ์ในครอบครัว การสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กได้ และการเฝ้าระวังติดตามการช่วยเหลือ

จากการวิจัย หลังจากผ่านกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์และแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีปู่ย่าหรือตายายหรือญาติรับเด็กไปดูแลซึ่งสอดคล้องกับประชากรในการวิจัยส่วนใหญ่อาศัยในครอบครัวขยายซึ่งถือเป็นหน่วยสนับสนุนที่สำคัญ รองลงมาบิดามารดาหรือมารดาหรือบิดา รับเด็กไปดูแล และยังคงมีเด็กที่ถูกนำส่งสถานสงเคราะห์ ถึงแม้ว่าเด็กต้องเข้าไปอยู่ในสถานรองรับ ตั้งแต่เกิดและถูกทอดทิ้งขาดการกระตุ้นพัฒนาการอย่าง รุนแรง พบว่ากิจกรรมภายในสมองลดลงอย่างมากเมื่อเทียบ กับเด็กที่ไม่เคยอาศัยอยู่ในสถานรองรับ[3,5,6] เด็กบางคนเข้าสถานสงเคราะห์เนื่องจากความยากจนและการขาดโอกาสทางการศึกษา[7] อย่างไรก็ตาม ให้การปรึกษา ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวที่ประสบปัญหาในการดูแลเด็กมีทางเลือก การให้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจในทางเลือกต่างๆ การได้รับการช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ถึงแม้ว่าท้ายที่สุดจำเป็นต้องนำส่งเด็กเข้าสถานสงเคราะห์ก็ตาม ก็ยังเป็นสิ่งที่ดีในการปกป้องคุ้มครองมิให้เด็กถูกทอดทิ้งในที่สาธารณะให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) การประเมินความเสี่ยงการทอดทิ้งเด็กทำให้ทราบปัญหาอย่างรวดเร็ว การจัดบริการตามแนวทางสังคมสงเคราะห์อย่างครบถ้วน ส่งผลให้สามารถช่วยเหลือทันท่วงที สามารถลดการทอดทิ้งเด็กให้เกิดอันตรายได้

2) การเสริมพลังปู่ย่าตายายและญาติ ให้มีบทบาทในการช่วยดูแลเด็กในขณะที่บิดามารดายังไม่พร้อม สามารถลดการทอดทิ้งเด็กให้เกิดอันตรายได้

3) เนื่องจากปัจจัยในการทอดทิ้งเด็กที่สำคัญ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ แม่วัยรุ่น และมารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ดังนั้น กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลควรจัดหาแหล่งทรัพยากร เช่น มูลนิธิต่างๆ เพื่อนำมาให้การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของครอบครัว รวมถึงการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ การให้การปรึกษาถึงแนวทางช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มขณะฝากครรภ์เพื่อป้องกันการทอดทิ้งเด็กหลังคลอด

4)กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆ สามารถนำแบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาลไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพและทักษะของนักสังคมสงเคราะห์ในการประเมินวินิจฉัยกลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงในการทอดทิ้งเด็ก

5)ควรจัดทำคู่มือการใช้แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรเฉพาะภายในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับโรงพยาบาลต่างๆในเขตสุขภาพทั่วประเทศ ดังนั้น ควรมีการนำแบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยในแต่ละเขตสุขภาพด้วย เพื่อนำผลที่ได้พัฒนาให้เกิดมาตรฐานเป็นเครื่องมือในการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ทั่วประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมูลนิธิโรงพยาบาลเด็กที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF.(2023). What is CRC? [Internet]. Thailand: UNICEF; [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/what-is-crc
2. กรมกิจการเด็กและเยาวชน.(2560). สถิติข้อมูลและสถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชน ปี 2560 [Internet]. 2560. [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.dcy.go.th
3. ปริชวัน จันทร์ศิริ.(2565). ผลกระทบของการถูกทำร้ายและทอดทิ้งในเด็ก [Internet]. 2565 June 20. ระบบให้คำปรึกษาและพัฒนาผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองเด็กและผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว. Available from: https://oscc.consulting/
4. ปรียานุช โชคธนวณิชย์, สุฑาวรรณ์ ไชยมูล, มลฤดี ทองดวง.(2554). การสืบค้นข้อเท็จจริงในการทำงานเพื่อป้องกันการทอดทิ้งเด็ก: ตัวชี้วัดและเทคนิคในการทำงานเชิงคลินิก. Presented at: National Conference on Social Work and Welfare; 2554 Jan 25-26; Julapon Research Institute; 2554.
5. United Nations Children's Fund.(2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York: UNICEF; 2021.
6. Center on the Developing Child, Harvard University.(2007). Adversity on Child Development (InBrief) [Internet]. 2007. Available from: http://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-the-impactof-early-adversity-on-childrens-development
7. กรมกิจการเด็กและเยาวชน, et al.(2564). การศึกษาทบทวนบริการด้านการเลี้ยงดูทดแทนในพื้นที่ที่มีเด็กเคลื่อนย้ายสูง: กรณีศึกษาสังขละบุรี. 2564.
8. Karaçam Z.(2016). Abandoned Babies: Examination of Abandoned Babies' News in Turkey. Int J Womens Health Wellness. 2016;2:018.
9. วรพร เกวลิน.(2023). การดูแลเด็กที่ถูกทอดทิ้งอย่างครบวงจร โดยการทำงานเป็นทีม (Comprehensive Loving Care for Neglected Children: A Team Based Approach) [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/01_CUPA2021_ebook.pdf
10. Singh JP, Kumar K, Sharma A.(2023). Ten years of retrospective profiling of the abandoned fetuses and newborns. Asian J Pharm Clin Res. 2023;16(7). Available from: https://innovareacademics.in/journals/index.php/ajpcr
11. Turney D.(2001). Working with neglected children and their families. J Soc Work Pract. 2001 Nov;15(2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/42790214_Working_with_neglected_children_and_their_families
12. UNICEF.(2023). [Internet]. Kazakhstan: UNICEF; [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.unicef.org/kazakhstan/media/1351/file/%D0%9F%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%BB.pdf

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of elderly care model using local wisdom for chronic disease management at Nonsrisawat Sub-district Health Promoting Hospital, Namon District, Kalasin Province.

(Received: January 8,2026 ; Revised: January 15,2026 ; Accepted: January 26,2026)

นวลนภา บุญวิเศษ[1]
Naulnapa Boonvisad[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569 รวม 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในขั้นตอนพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล รวม 50 คน กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 70 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก เรียกว่า ACCESS CARE Model ประกอบด้วย 1) การประเมินแบบองค์รวม (Assessment) 2) การดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Care) 3) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) 4)กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญา (Activities based on Local Wisdom) 5) ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ปลอดภัย (Reliable Local Wisdom) 6) การศึกษาและถ่ายทอดความรู้แบบสร้างสรรค์ (Educational Enhancement) 7) การเสริมสร้างเศรษฐกิจผู้สูงอายุ (Economic Empowerment) 8) ระบบประเมินและดูแลสุขภาพจิต (Emotional & Mental Health Care) 9) ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน (Support System) พบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.20 ± 2.10 เป็น 12.80 ± 1.40 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 39.04 ± 8.23 เป็น 61.23 ± 6.47 คะแนน คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 39.59 ± 8.47 เป็น 59.73 ± 6.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -18.42, -19.87, -17.65 ตามลำดับ) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This participatory action research aimed to develop an elderly care model integrating local wisdom for chronic disease management at Ban Nonsrisawat Sub-district Health Promoting Hospital, Namon District, Kalasin Province. The study was conducted from July 2525 to February 2026, spanning 8 months. Qualitative samples comprised 50 participants including health personnel, village health volunteers, local wisdom practitioners, community leaders, and family caregivers for model development. Quantitative samples included 70 elderly with chronic diseases for model evaluation. Research tools included focus group discussion guidelines, knowledge and self-care behavior questionnaires, quality of life assessment forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Results revealed that the developed care model comprised nine main components called ACCESS CARE Model: Assessment, Collaborative Care, Continuity of Care, Activities based on Local Wisdom, Reliable Local Wisdom, Educational Enhancement, Economic Empowerment, Emotional & Mental Health Care, and Support System. After model implementation, knowledge scores increased from 8.20 ± 2.10 to 12.80 ± 1.40, self-care behavior scores improved from 39.04 ± 8.23 to 61.23 ± 6.47, and quality of life scores increased from 39.59 ± 8.47 to 59.73 ± 6.28, all statistically significant at the .05 level (t = -18.42, -19.87, -17.65 respectively). The developed model enabled elderly to improve their knowledge, behavior, and quality of life, with high satisfaction.

Keywords: Elderly care model, Local wisdom, Chronic disease

บทนำ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนสูงถึง 1,016 ล้านคน[1] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้สร้างความท้าทายในการจัดการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงวัย 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด[2] สถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทยมีความซับซ้อน โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด[3] โรคเรื้อรังเหล่านี้หากได้รับการรักษาสม่ำเสมออาจควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่หากขาดการควบคุมจะเกิดโรคแทรกซ้อนและอาจเสียชีวิตได้[4] จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก อำเภอนามนเป็นหนึ่งในอำเภอที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสัดส่วนสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ชุมชนในพื้นที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมมาช้านาน โดยเฉพาะความรู้เรื่องสมุนไพรและการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม[5] อย่างไรก็ตาม ภูมิปัญญาเหล่านี้ยังไม่ได้รับการบูรณาการกับระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่อย่างเป็นระบบ การใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสำหรับผู้สูงอายุมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ[6] และการพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุฐานภูมิปัญญาสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตดีขึ้น[7] พบปัญหาการเดินลำบากในผู้สูงอายุและได้มีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ลำไม้พอง บาสโลบ และหมอลำให้ความรู้ แต่ยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ[8]

จากสถานการณ์ดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและปัญหาโรคเรื้อรัง การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่จะช่วยสร้างรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน มีความยั่งยืน และสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับการรักษาพยาบาลสมัยใหม่ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ดำเนินการวิจัย 8 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569 รวม 8 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างความเข้าใจร่วมและวิเคราะห์ปัญหา ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประยุกต์ใช้และประเมินผล

ประชากร กลุ่มเชิงคุณภาพในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 6 คน อสม. จำนวน 15 คน ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น จำนวน 12 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล จำนวน 45 คน รวม 86 คน กลุ่มประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข 6 คน อสม. 10 คน ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น 8 คน ผู้นำชุมชน 6 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล 20 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคำนวณด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ได้ 70 คน สุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต) สามารถสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามความรู้ 15 ข้อ (KR20 = 0.82) 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 15 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.89) 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 15 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.91) 5) แบบประเมินความพึงพอใจ 10 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.93) 6) แบบบันทึกการสังเกต 7) แบบเก็บข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบก่อนหลังใช้สถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

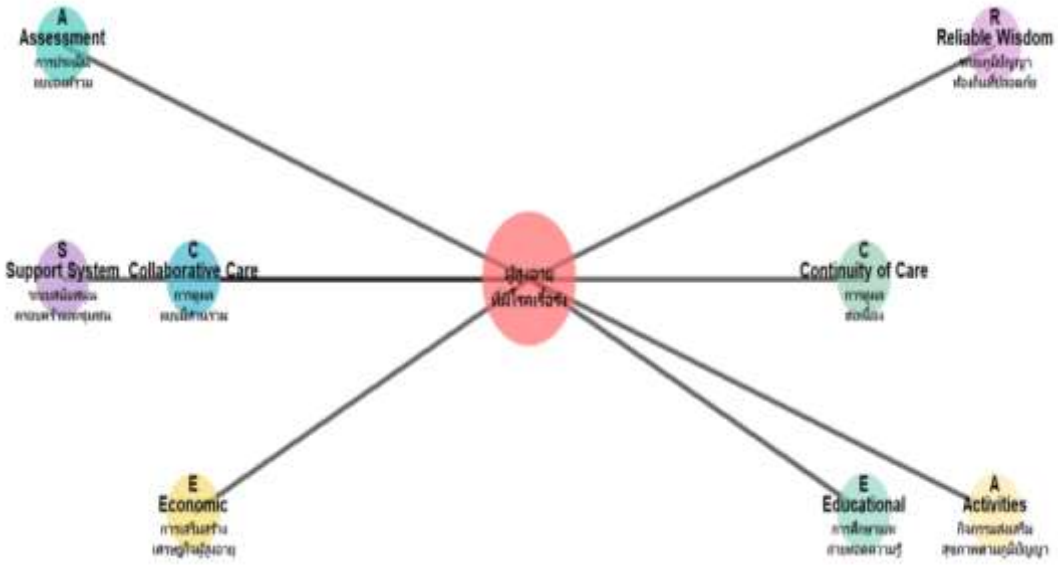
การวิจัยนี้ได้ผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมก่อนดำเนินการ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบปัญหาหลัก 9 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเดินทาง ขาดพาหนะรับส่ง และไม่มีระบบการติดต่อฉุกเฉิน 2) ปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ โดยเบี้ยยังชีพไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายพื้นฐาน 3) ปัญหาการขาดระบบดูแลที่ต่อเนื่อง 4) ปัญหาสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน 5) ปัญหาด้านจิตใจและสังคม 6) ปัญหาการขาดอาหารและสิ่งจำเป็น 7) ปัญหาการขาดการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น 8) ปัญหาการขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และ 9) ปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการดูแลตามช่วงวัย

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก เรียกว่า ACCESS CARE Model ได้แก่ A - Assessment (การประเมินแบบองค์รวม) ครอบคลุมการประเมินสุขภาพกายใจ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และความปลอดภัยในการบูรณาการ C - Collaborative

Care (การดูแลแบบมีส่วนร่วม) ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้รู้ภูมิปัญญามีส่วนร่วมในการวางแผน C - Continuity of Care (การดูแลต่อเนื่อง) โดยทีมบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้รู้ภูมิปัญญา A - Activities based on Local Wisdom (กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญา) เช่น ลำไม้พอง บาสโลบ หมอลำให้ความรู้ R - Reliable Local Wisdom (ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ปลอดภัย) มีการตรวจสอบความปลอดภัยและแนวทางการใช้ร่วมกับยาสมัยใหม่ E - Educational Enhancement (การศึกษาและถ่ายทอดความรู้แบบสร้างสรรค์) ผ่านสื่อท้องถิ่น เช่น หมอลำ การแต่งกลอน E - Economic Empowerment (การเสริมสร้างเศรษฐกิจผู้สูงอายุ) ส่งเสริมอาชีพตามภูมิปัญญา เช่น การปลูกผักสมุนไพร
S - Emotional & Mental Health Care (ระบบประเมินและดูแลสุขภาพจิต) ใช้เครื่องมือ 2Q, 9Q TGDS และ S - Support System (ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน) จัดอบรมผู้ดูแลและสร้างกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 โมเดล ACCESS CARE การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประเมินผล จำนวน 70 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มีอายุเฉลี่ย 69.80 ± 7.20 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากจบประถมศึกษา (ร้อยละ 68.60) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.00) โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 34.30) ระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ย 7.40 ± 4.10 ปี ตามลำดับ

4. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ **ด้านความรู้** ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพิ่มขึ้นจาก 8.20 ± 2.10 เป็น 12.80 ± 1.40 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.42$, $p<0.001$) **ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง** พฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 39.04 ± 8.23 เป็น 61.23 ± 6.47 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.87$, $p<0.001$) **ด้านคุณภาพชีวิต** คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

จาก 39.59 ± 8.47 เป็น 59.73 ± 6.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -17.65, p<0.001) โดยเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก **ด้านความพึงพอใจ** ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.17 ± 6.50 คะแนน (ร้อยละ 88.34)

5. การทดสอบความแตกต่างในภาพรวมด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและภูมิปัญญาท้องถิ่น มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 8.2±2.1) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 12.8±1.4) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 4.6 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความรู้มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -18.42, 95%CI: -5.10, -4.10, p<0.001)

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 39.04±8.23) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 61.23±6.47) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 22.19 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -19.87, 95%CI: -24.38, -20.00, p<0.001)

ด้านคุณภาพชีวิต โดยค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรวมก่อนพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง (Mean ± SD = 39.59±8.47) คะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean ± SD = 59.73±6.28) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 20.14 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 9.96±2.84) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 15.71±2.13) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 5.75 คะแนน ด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 10.00±2.91) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 15.67±2.18) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 5.67 คะแนน ด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 11.10±2.78) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 16.23±2.06) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 5.13 คะแนน และด้านจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 8.53±2.36) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 12.12±1.84) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 3.59 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งภาพรวมและรายด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<0.001) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 70)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและภูมิปัญญาท้องถิ่น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	8.2	2.1	ปานกลาง	4.6	-18.42	-4.10, -5.10	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	12.8	1.4	มาก				
พฤติกรรมการดูแลตนเอง							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	39.04	8.23	ปานกลาง	22.19	-19.87	-24.38, -20.00	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	61.23	6.47	มาก				
คุณภาพชีวิต							

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 70)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	39.59	8.47	ปานกลาง	20.14	-17.65	-22.40, -17.88	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	59.73	6.28	มาก				
- ด้านร่างกาย							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	9.96	2.84	ปานกลาง	5.75	-14.23	-6.55, -4.95	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	15.71	2.13	มาก				
- ด้านจิตใจ							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	10.00	2.91	ปานกลาง	5.67	-13.84	-6.48, -4.86	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	15.67	2.18	มาก				
- ด้านสังคม							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	11.10	2.78	ปานกลาง	5.13	-13.15	-5.89, -4.37	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	16.23	2.06	มาก				
- ด้านจิตวิญญาณ							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	8.53	2.36	ปานกลาง	3.59	-11.47	-4.21, -2.97	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	12.12	1.84	มาก				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบ ACCESS CARE Model ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การเพิ่มขึ้นของความรู้จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก สอดคล้องกับคัมภิรัตน์ แก้วสุวรรณะ และคณะ[7] ที่พบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ฐานภูมิปัญญาช่วยเพิ่มความรู้ผู้สูงอายุ และ Kim และคณะ[9] ที่พบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การใช้สื่อท้องถิ่น เช่น หมอลำ การแต่งกลอน และการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและจดจำได้ง่ายขึ้น การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ สอดคล้องกับอำนาจ อกอุ่น[10] ที่พบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และ Martinez และคณะ[11] ที่พบความยึดมั่นในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพร การนวดแผนไทย มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด แสดงให้เห็นว่าการสร้างความเชื่อมั่นและให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยช่วยเพิ่มการนำภูมิปัญญามาใช้ การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตทั้งภาพรวมและรายด้านสอดคล้องกับ Zhang และคณะ[12] ที่พบคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Thompson และคณะ[13] ที่พบคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นสูงสุด และปรียาวดี บุญไชยโย[14] ที่พบระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตด้านสังคมมีคะแนนสูงทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ สะท้อนความเข้มแข็งของเครือข่ายครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ศึกษา ความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (ร้อยละ 88.34) สอดคล้องกับ Nguyen และคณะ[15] ที่พบผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ความพึงพอใจสูงสะท้อนความเหมาะสมของรูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรและความมั่นใจในความ

ปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับและการมีส่วนร่วม ความสำเร็จของรูปแบบนี้เกิดจากการบูรณาการหลายปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างปลอดภัยและเป็นระบบ การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน และการเสริมสร้างศักยภาพทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับ Anderson และคณะ[16] ที่พบการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้โปรแกรมตรงกับความต้องการจริงและมีความยั่งยืน รูปแบบนี้สามารถบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ดี สอดคล้องกับ Patel และคณะ[17] ที่พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหมอพื้นบ้านกับโรงพยาบาลปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุ ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และผู้นำชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2024). Global Report on Ageism. Geneva: World Health Organization; 2024.
2.กนกวรรณ เหลืองมงคลเลิศ.(2567). ความรู้ทั่วไปของผู้สูงอายุ. ในการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น รุ่นที่ 3. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
3.สิริพัฒน์ โรงพยาบาล.(2568). เบาหวาน รู้ทันป้องกันได้ (Diabetes). สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2568, จาก https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/diabetes-2
4.โรงพยาบาลเปาโล.(2568). การใช้ยาในโรคเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2568, จาก https://www.paolohospital.com/th-TH/center/Article/Details/cat/การใช้ยาในโรคเรื้อรัง
5.นิลุบล คงเกตุ.(2540). ภูมิปัญญาท้องถิ่น: แนวคิดและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
6.เยาวลักษณ์ คุมขวัญ, อภิรดี คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย, และนิพร ขัดตา.(2568). แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ บริบทของประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2568;28(3):10-22.
7.คัมภิรัตน์ แก้วสุวรรณะ, นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ.(2568). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุฐานภูมิปัญญาเพื่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ตำบลหัวสะพาน และตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ. 2568;10(2):45-62.
8.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา, อรรถวิทย์ เนินชัด, และเกรียงไกร ประจัญศรี.(2566). การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;9(4):665-671.
9.Kim H, Park S, Lee J.(2023). Effectiveness of participatory self-care program integrating Eastern medicine for elderly with type 2 diabetes in Korea. Int J Nurs Stud. 2023;138:104389.
10.อำนาจ อกอุ่น.(2567). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมชุมชนบ้านหนองม่วง ตำบลหนองสะโน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมพรรัตน์, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก; 2567.
11.Martinez R, Garcia L, Hernandez M.(2022). Integration of traditional medicine with chronic disease care in indigenous elderly population in Mexico. BMC Complement Med Ther. 2022;22(1):156.
12.Zhang L, Wang Y, Chen X.(2021). Development of participatory elderly care model integrating local wisdom with modern medicine in rural China. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(16):8642.
13.Thompson K, Davis R, Wilson L.(2022). Impact of holistic care integrating local wisdom on quality of life among indigenous elderly in rural Australia. Aust J Rural Health. 2022;30(4):542-556.
14.ปรียาวดี บุญไชยโย.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):831-838.

15.Nguyen T, Tran H, Le Q.(2023). Satisfaction and health outcomes evaluation of integrated elderly care in rural Vietnam. Asia Pac J Public Health. 2023;35(2-3):156-164.
16.Anderson J, Williams S, Brown M.(2021). Participatory action research approach in developing health programs for elderly in rural UK communities. J Community Health. 2021;46(3):512-524.
17.Patel A, Kumar S, Singh R.(2022). Integration of Indian traditional medicine practitioners with primary healthcare system for elderly chronic disease management. Glob Health Action. 2022;15(1):2034589.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย

The development of a supportive nursing model for Leprosy patient, Rajprachasamasai Institue.

(Received: January 9,2026 ; Revised: February 18,2026 ; Accepted: February 26,2026)

บุษณี โคตะวัง[1] อำนาจ โกสิงห์[1] นรินทร กลกลาง[1]
Butsani Khotawang[1] Amnat Kosing[1] Narintorn Kolkang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) สภาพปัญหาการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง (2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคอง และ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบดังกล่าว กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพร่วมกับสหวิชาชีพจำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบ แบบสอบถามการยอมรับการใช้รูปแบบ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้แก่ ESAS, 2Q และ 9Q วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น คือ LIFES 2C B Model ประกอบด้วย L : Living will การแสดงเจตนาที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษา F : Function การดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน E : Emotion and coping การดูแลด้านจิตใจ S : Symptoms การดูแลด้านร่างกาย C_1 : Coordinated การทำงานร่วมกับแบบสหวิชาชีพ C_2 : Continuing bonds การดูแลในระยะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต B : Bereavement การดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (2) พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ มีการยอมรับการใช้รูปแบบฯ และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในระดับสูงมาก (3) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบฯ มีผลคะแนนในทุกแบบประเมินโดยรวมไม่ดี

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การพยาบาลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to: (1) examine problems in palliative nursing care for leprosy patients with dependency, (2) develop a palliative nursing care model, and (3) evaluate the implementation of the developed model. The participants consisted of 10 leprosy patients with dependency and 25 professional nurses and multidisciplinary team members, selected through purposive sampling. Research instruments included in-depth interview guides, a model implementation checklist, a model acceptance and satisfaction questionnaire, and quality of life assessment tools, namely the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), the Patient Health Questionnaire-2 (2Q), and the Patient Health Questionnaire-9 (9Q). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that: (1) the developed palliative nursing care model for leprosy patients with dependency at Raj Prachasamasai Institute, termed the LIFES 2C B Model, comprised Living Will (expression of care goals), Function (activities of daily living care), Emotion and Coping (psychological care), Symptoms (physical symptom management), Coordinated care (interdisciplinary collaboration), Continuing Bonds (end-of-life care), and Bereavement (family care after death); (2) professional nurses and multidisciplinary team members reported very high levels of acceptance and satisfaction with the use of the model; and (3) quality of life assessments of leprosy

[1] สถาบันราชประชาสมาสัย

patients with dependency showed that, prior to model implementation, overall scores across all assessment domains were poor,

Keywords: Model development, nursing care for Leprosy patient, leprosy patients with dependency.

บทนำ

โรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยมีรายงานการเกิดโรคในกว่า 120 ประเทศ และมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 200,000 รายต่อปี[1] แต่ในสถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ลดลงในปี 2565 และ ปี 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 73 รายและ82 ราย ตามลำดับ [2] โดยสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นองค์กรที่เป็นเลิศด้านโรคเรื้อนในระดับนานาชาติ ที่มีภารกิจหลักในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน[3] นอกจากนี้บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย ยังเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ สังกัดกรมควบคุมโรคตามระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งเดิมคือ “นิคมโรคเรื้อน”[4] มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรับการสงเคราะห์ของสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 419 คน เป็นผู้ป่วยมีภาวะโรคเรื้อรัง มีความพิการที่ตา มือ เท้าและมีภาวะพึ่งพิง อาศัยอยู่ลำพังในที่พักอาศัยของสถาบันฯ ไม่มีครอบครัวและญาติดูแล พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เพิ่มมากขึ้นทุกปี[3] ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 83.53 เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปของประเทศที่ร้อยละ 28 และในอนาคตจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็นไปตามแนวโน้มของสังคมไทยที่จะเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในปี 2574[5] ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยหน่วยงานสาธารณสุขต้องให้บริการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทั้งความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ[6] โดยสถานการณ์ระดับโลก พบว่าในแต่ละปีมีคนประมาณ 56.8 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนดังกล่าวพบผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มากที่สุด ร้อยละ 69 ดังนั้น ประเทศไทยที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านติดเตียง (กลุ่มภาวะพึ่งพิง) ซึ่งคาดการณ์ตามข้อมูลสัดส่วนการมีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในอีก 20 ปีข้างหน้าของประเทศไทย[7] จึงมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

การพยาบาลแบบประคับประคอง (Palliative care nursing) เป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ บรรเทาอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการจากไปของผู้ป่วย[8] (Bereavement care) ซึ่งหลักการที่ดูแลแบบประคับประคองที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกหวาดกลัว 2) การให้ผู้ป่วยคลายจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่จะเกิดขึ้น 3) การบูรณาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพร้อมๆ กับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดีขึ้น 4) การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 5) การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วยให้ลดน้อยลงหรือหมดไป 6) ในขณะเดียวกัน การพยาบาล

แบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม เนื่องจากความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้านการตีตรา การรังเกียจ นับว่าเป็นประเด็นสำคัญและละเอียดอ่อนที่ทีมพยาบาลและสหวิชาชีพต้องคำนึงถึง ในเชิงของโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม และแบบแผนความเชื่อในระดับปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงทั่วไป กับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งนำมาสู่การกำหนดแนวทาง หรือรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

สถาบันราชประชาสมาสัย มีการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบคณะกรรรมการการดูแลแบบประคับประคอง ของสถาบันฯ ตั้งแต่ปี 2553 จนถึงปัจจุบัน ปี 2568 ซึ่งมีเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเป็นคณะกรรมการเท่านั้น ยังไม่มีสหวิชาชีพเข้ามาร่วมด้วย นอกจากนี้คณะกรรมการบางท่านไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงทำให้การประเมินผู้ป่วย ไม่ครอบคลุมทุกมิติ ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/การพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง และจากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของสถาบันฯ พบว่า แนวทางฯ เป็นการดูแลผู้ป่วยประคับประคองทั่วไป ไม่มีความเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีญาติ นอกจากนี้แนวทางฯ ยังไม่ครอบคลุม การประสานงานการดูแลฯ ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลฯ โดยทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคอง ที่ตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้ดียิ่งขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสถาบันราชประชาสมาสัย ได้รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทผู้ให้บริการและผู้รับบริการยอมรับและมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย กระบวนการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็นความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานตามรูปแบบ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง และพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบ คู่มือได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ร่างรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย โดยพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่

พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองใช้ และจัดประชุมร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาวิชีพ เพื่อทบทวนปัญหา ปรับปรุงแก้ไข เพื่อการประเมินผลในขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นการประเมินการยอมรับในการใช้รูปแบบฯ ของพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคอง

ประชากรเป้าหมายการพัฒนา

เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ (1)) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่นอนรักษาในหน่วยงานหอผู้ป่วย 2 หอผู้ป่วย 4 และหอผู้ป่วยวิกฤต สถาบันราชประชาสมาสัย แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ใน 7 กลุ่มโรค คือ 1) โรคมะเร็ง 2) Stroke/Dementia 3) กลุ่มไตวายเรื้อรัง 4) COPD 5) CHF 6) AIDS/ Progression of AIDS และ 7) Hepatic-failure หรือเป็นโรคที่แพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง (2) พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้ ประชากรเป้าหมายการพัฒนา แตกต่างกันไปแต่ละขั้นตอน ดังนี้ ประชากรเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน และ สหวิชาชีพ จำนวน 5 คน รวม 11 คน ประชากรเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน และสหวิชาชีพ จำนวน 5 คน รวม 8 คน ประชากรเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 และ ขั้นตอนที่ 4 คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน และสหวิชาชีพ จำนวน 5 คน รวม 35 คน รวมทั้งสิ้น 46 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ และ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง

2. แบบตรวจสอบรายการการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย

3. แบบสอบถามการยอมรับในการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ

4. แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) สำหรับประเมินทางกาย ในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง

5. แบบประเมิน 2Q (Patient Health Questionnaire-2) สำหรับประเมินทางจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มีภาวะพึ่งพิง

6. แบบประเมิน 9Q (Patient Health Questionnaire-9) สำหรับประเมินทางจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในที่เฉพาะไม่มีบุคคลอื่นรบกวน บันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียง และการบันทึกของผู้วิจัย

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นการยอมรับ การแปลความหมายของค่าคะแนนพิจารณาค่าเฉลี่ย โดยกำหนดการในการวิเคราะห์[9] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบข้อมูลสามเส้าสามเส้าด้านข้อมูล (Triangulation) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จัดประเภทข้อมูล ให้

รหัสข้อมูล และวิเคราะห์ตีความและการให้ความหมาย (Analysis and Interpretation) เพื่อตอบคำถามการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบประคับประคอง จึงต้องระมัดระวังเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคองยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยความเกรงใจ ไม่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นความจริงได้ ผู้วิจัยจึงจัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบประคับประคองทำหน้าที่ขอคำยินยอมและทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วย และไม่บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่ 3 ที่อาจถูกอ้างถึง

ผลการวิจัย

1) สภาพปัญหาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีแนวทางไม่ชัดเจน ไม่เป็นระบบ ไม่มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ขาดระบบข้อมูลผู้ป่วยที่ให้บุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าไปใช้ร่วมกันได้ การสื่อสารข้อมูลการรักษาที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์กับญาติ และประเด็นการตีตราผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งเป็นประเด็นเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย ต้องตระหนักอยู่ต่อเนื่อง ดังนั้น ความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบฯ จึงควรมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การแสดงเจตนาที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิต 3) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) การประเมินทางจิตใจ 5) การประเมินอาการทางกาย 6) การทำงานร่วมกับแบบสหวิชาชีพ 7) การดูแลในระยะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และ 8) การดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

2) รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย สามารถปฏิบัติงานได้จริง เหมาะสมกับบริบทของการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย คือ LIFES 2C B Model ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

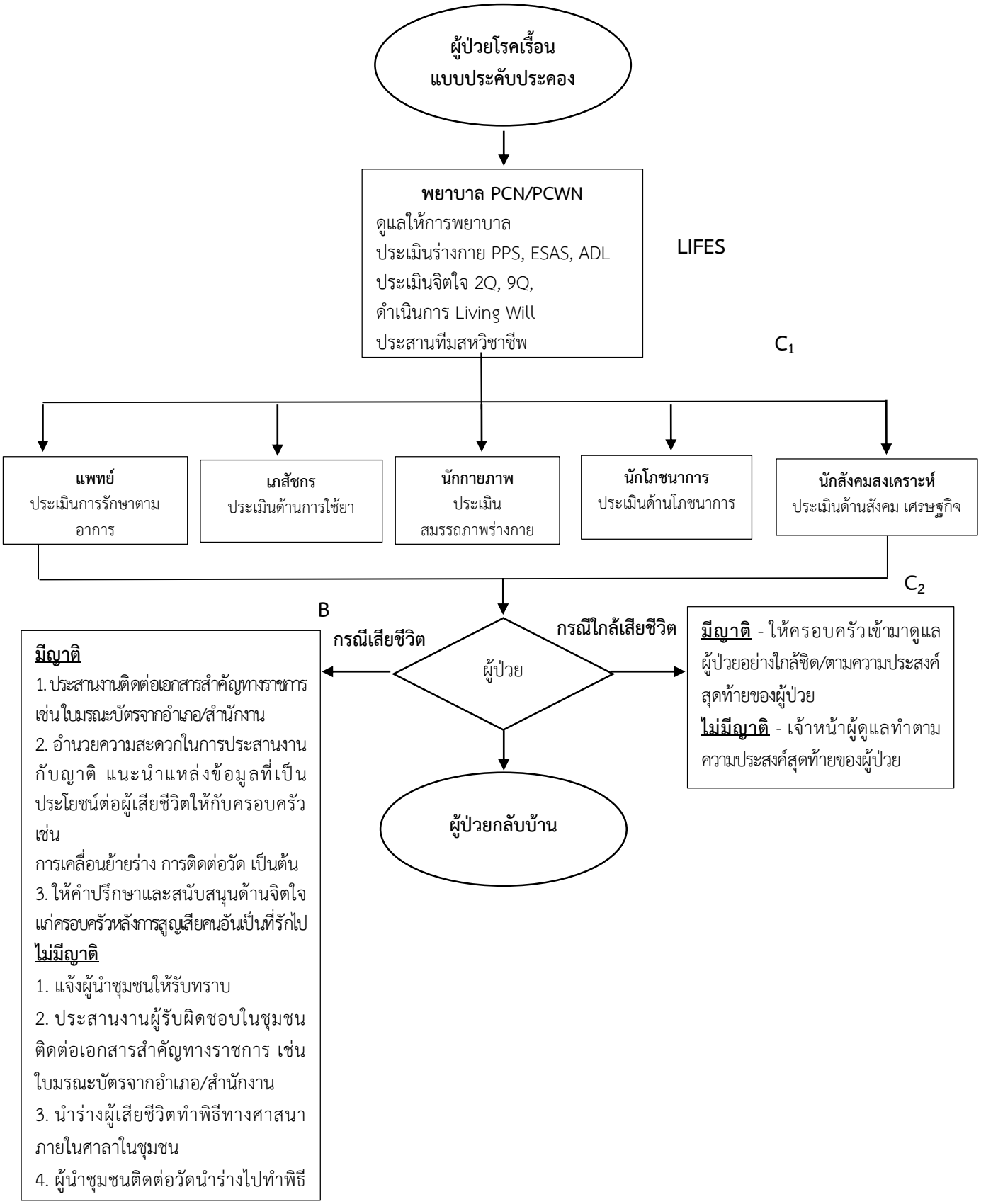
L : Living will การแสดงเจตนาที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษาโดยให้ผู้ป่วยเขียนหนังสือเจตนาหรือแจ้งกับครอบครัว หรือทีมผู้ดูแล เช่น การให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการรักษาและเสียชีวิต สิ่งที่คั่งค้างที่ผู้ป่วย ยังไม่ได้ทำ

I : Individual belief ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิต โดยทีมผู้ดูแลควรคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญ เพื่อนำมาวางแผนช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยต่อไป

F : Function การดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ให้การดูแลการพยาบาลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบ Palliative Performance Scale (PPS) และ Activities of daily living (ADL)

E : Emotion and coping การดูแลด้านจิตใจ ให้การดูแลการพยาบาล ด้านความเครียด ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire-2 (2Q) และ Patient Health Questionnaire-9 (9Q)

S : Symptoms การดูแลด้านร่างกาย ดูแลอาการรบกวนที่เกิดกับผู้ป่วยโดยการใช้แบบประเมินอาการ เช่น Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย

C_1 : Coordinated การทำงานร่วมกับแบบสหวิชาชีพ โดยต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาล แพทย์เฉพาะทาง เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

C_2 : Continuing bonds การดูแลในระยะผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตโดยให้ครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และมีแนวโน้มว่าจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้

B : Bereavement การดูแลครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยประสานงาน การติดต่อเอกสารสำคัญทางราชการ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต และอำนวยความสะดวกในการประสานงานให้กับญาติ รวมทั้ง ให้คำปรึกษาแนะนำ และสนับสนุนด้านจิตใจ

การพยาบาลตามรูปแบบ LIFES 2C B Model กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ ได้การปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ผลการประเมินรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ ให้การยอมรับการใช้รูปแบบฯ ในระดับสูงมาก โดยเห็นด้วยกับการนำรูปแบบฯ มาใช้ในสถาบันราชประชาสมาสัย รูปแบบฯ สามารถนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ เป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นประโยชน์โดยตรงต่อพยาบาลวิชาชีพ และสหวิชาชีพในการเป็นเครื่องมือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mean = 5.00, SD = .00) รองลงมามีความพร้อมให้ความร่วมมือในการใช้รูปแบบฯ (Mean = 4.96, SD = .19) และ รู้สึกพอใจเมื่อได้ทดลองใช้รูปแบบฯ (Mean = 4.88, SD = .32)

4) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า 1) ก่อนพัฒนารูปแบบ ด้านกาย มีคะแนนทุกข้อ อยู่ในช่วงระหว่าง 7-8 คะแนน อยู่ในระดับไม่ดี มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่สบายกายและใจ ด้านจิตใจ มีช่วงคะแนน 13-18 คะแนน มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 2) หลังพัฒนารูปแบบ ด้านกาย มีคะแนนทุกข้อ อยู่ในช่วงระหว่าง 1-3 คะแนน ไม่มีอาการใดๆ ด้านจิตใจ มีช่วงคะแนน 0-1 คะแนน แปลผลได้ว่า ไม่ได้อยู่ในระดับคะแนนที่เป็นโรคซึมเศร้า

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันราชประชาสมาสัย สามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ รูปแบบฯ เป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นประโยชน์โดยตรงต่อตัวเองในการเป็นเครื่องมือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรอนงค์ น้อยเจริญ และคณะ[3] ที่พบว่า ระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่เหมาะสม คือ ระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีผู้ดูแล ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานตามระบบที่พัฒนาขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มะลิ เนื่องวงษา และคณะ[10] ที่พบว่า ระบบการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคามที่พัฒนาขึ้นโดยมีพยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคอง ครบทุกหอผู้ป่วย เกิดผลดีต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Karla Schroeder et Karllorenz[11] ที่พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและพยาบาลสามารถทำงานที่เน้นเฉพาะด้านได้ เช่น การจัดการความเจ็บปวด

นอกจากนี้ ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยก่อนการพัฒนารูปแบบฯ มีผลคะแนนใน

ทุกแบบประเมินโดยรวมไม่ดี ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการจัดการปัญหากับกลุ่มตัวอย่าง และได้ทำการประเมินด้านคุณภาพชีวิตอีกครั้ง จึงพบว่า ผลคะแนนในทุกแบบประเมินโดยรวมดีขึ้น สะท้อนได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้าน ได้รับการแก้ไขปัญหาได้ตรงตามความต้องการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มารยาท สุจริตวรกุล[12] ที่พบว่า ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ดี จึงควรมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมในทั้ง 4 องค์ประกอบของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญชิสา รัตนคุณูประการ และคณะ[13] ที่พบว่า ผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะด้านการประเมินการดำเนินโรคและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้

สถาบันราชประชาสมาสัยนำรูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนาไปสู่มาตรฐานในด้านการพยาบาล ฯ ตามกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ของสถาบันราชประชาสมาสัย

ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

มีการศึกษาผู้ดูแล/ครอบครัว เพื่อให้ครอบคลุมตามหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (2022). Leprosy (Hansen's disease). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy.
2. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. (2566). สถานการณ์โรคเรื้อน ปี 2566. เข้าถึงได้จาก https://www.rpsi.go.th
3. อรอนงค์ น้อยเจริญ, นวิยา นันทพานิช, วิชชุดา ศรีจรงค์, กัลยา เจริญชัย, ณัฐกาญจน์ แก้วประดับ. (2565). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสถาบันราชประชาสมาสัย, วรสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30(3), 30-41.
4. มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ราชประชาสมาสัยสาร ฉบับพิเศษ 2559. นนทบุรี: บริษัท มาสเตอร์ คีย์ จำกัด.
5. สำนักงานสถิตแห่งชาติ. (2560). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์.
6. World Health Organization. (2020). National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42494/1/9241545577.pdf.
7. กรมอนามัย. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย ในอนาคตอีก 20 ปี : อนามัยพยากรณ์. (2567). เข้าถึงได้จาก https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198
8. นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และ ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563) บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก มกราคม-เมษายน;21 (1):26-34.
9. บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร:สุวีริยาสาสน์การพิมพ์.
10. มะลิ เนื่องวงษา, นิสมา แสนศรี, อักษ์ศรา กะการดี, นันท์ชญาน์ นฤนาทธนาเสฏฐ์. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม, วรสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(1), 216-230.
11. Karla Schroeder, Karl Lorenz. (2017). Nursing and the Future of Palliative Care, Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 5(1), 4-8.
12. มารยาท สุจริตวรกุล. (2562). ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี, วารสารโรงพยาบาลชลบุรี,44(2), 97-108.
13. อัญชิสา รัตนคุณูประการ, บวรลักษณ์ ทองทวี, บุณฑริกา ชาตรีวัฒนกุล. (2567). พฤติกรรมการดูแล แบบประคับประคองของพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4,วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, 12(2), 13-24.

ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผู้ดูแลเด็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
Effects of Oral Health Literacy Development Program for Child Caregivers in Huaimek District, Kalasin Province.

(Received: January 16,2026 ; Revised: February 20,2026 ; Accepted: February 24,2026)

น้ำฝน สร้อยวงษา[1]
Namfon Sroywongsa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ศึกษาความรู้ ความรอบรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำนวน 65 คน แบ่งเป็นกลุ่มเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบบประเมินทัศนคติ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 65 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.23 มีอายุเฉลี่ย 33.20 ± 8.15 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนมากเป็นมารดา ร้อยละ 80.00 การศึกษาส่วนมากจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.69 อาชีพส่วนมากเป็นเกษตรกร ร้อยละ 64.62 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 43.08 เด็กส่วนมากเคยมีประสบการณ์ฟันผุ ร้อยละ 53.85 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.25 เป็นร้อยละ 81.40 ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.20 เป็นร้อยละ 83.71 ทัศนคติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.88 เป็นร้อยละ 84.30 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.68 เป็นร้อยละ 81.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 18.92, 15.47, 19.67, 21.35 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ, ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate demographic characteristics of participants in the oral health literacy development program, examine knowledge, literacy, attitudes, and oral health care behaviors of child caregivers before and after program implementation, and compare the levels of oral health literacy, attitudes, and oral health care behaviors of child caregivers before and after program participation at Huaimek Hospital, Kalasin Province. The sample consisted of 65 caregivers of early childhood children aged 3-5 years using a one-group design. Research instruments included an oral health literacy development program, demographic interview forms, knowledge tests, oral health literacy assessment forms, attitude assessment forms, and oral health care behavior assessment forms. Statistics used included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test analysis.

Study results revealed that among 65 participants, 89.23% were female with a mean age of 33.20 ± 8.15 years. Most participants were mothers (80.00%), had primary education (47.69%), worked as farmers (64.62%), and earned less than 10,000 baht per month (43.08%). Most children had experienced dental caries (53.85%). After participating in the 12-week program, oral health knowledge increased from 42.25% to 81.40%, oral health literacy improved from 56.20% to 83.71%, attitudes enhanced from 57.88% to 84.30%, and oral health care behaviors

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

increased from 51.68% to 81.64%, all statistically significant at the .05 level (t = 18.92, 15.47, 19.67, 21.35, respectively).

Keywords: oral health literacy, early childhood caregivers, oral health care behaviors

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในเด็กปฐมวัยทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคฟันผุยังคงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเรียนรู้ และการพัฒนาของเด็ก[1] ข้อมูลล่าสุดจาก Global Burden of Disease ระบุว่าประมาณร้อยละ 90.00 ของประชากรโลกมีประสบการณ์ฟันผุในช่วงชีวิต และปัญหานี้เริ่มตั้งแต่วัยเด็กตอนต้น[2] ประเทศไทยพบว่าโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565-2566 พบว่าเด็กไทยอายุ 3 ปี ร้อยละ 51.70 มีฟันผุ และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 79.50 ในเด็กอายุ 5 ปี[3] กรมอนามัยระบุว่าเด็กไทยเริ่มมีฟันผุตั้งแต่อายุ 9 เดือน และเด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุเฉลี่ย 3.00 ซี่ต่อคน [4] จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นหนึ่งใน 13 จังหวัดนำร่องของโครงการ Sandbox จังหวัดเด็กฟันดี เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอย่างเป็นระบบ[3] โรงพยาบาลห้วยเม็กซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ยังคงมีปัญหาฟันผุในอัตราสูง แม้จะมีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านทันตสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจที่เหมาะสม ครอบคลุม 3 มิติหลัก ได้แก่ ความรอบรู้เชิงหน้าที่ (Functional) ความรอบรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (Communicative) และความรอบรู้เชิงวิพากษ์ (Critical)[5] การศึกษาต่างประเทศพบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานะสุขภาพช่องปากของเด็ก[6]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพื่อผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพื่อผู้ดูแลเด็ก โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพื่อผู้ดูแลเด็กโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผู้ดูแลเด็กอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) แบบกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 65 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test) โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีที่อยู่ถาวรในเขตอำเภอห้วยเม็ก สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้ มีความบกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น หรือการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือทันตบุคลากรที่มีความรู้ด้านทันตสุขภาพเป็นอย่างดีอยู่แล้ว และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 20 ข้อ 4) แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 3 มิติ 5) แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน 10 ข้อ 6) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC > 0.56 และทำการทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.87

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการและการวัดก่อนทดลอง (Pre-test) ระยะเวลา 1 เดือน 2) ระยะดำเนินการทดลองโปรแกรม (Intervention Period) ระยะเวลา 4 เดือน 3) ระยะการวัดผลหลังทดลองและติดตามผล (Post-test & Follow-up) ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลา ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 65 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 58 คน ร้อยละ 89.23 มีอายุเฉลี่ย 33.20 ± 8.15 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนมากเป็นมารดา จำนวน 52 คน ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษาส่วนมากจบระดับประถมศึกษา จำนวน 31 คน ร้อยละ 47.69 อาชีพหลักส่วนมากเป็นเกษตรกร จำนวน 42 คน ร้อยละ 64.62 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 28 คน ร้อยละ 43.08 **ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่อยู่ในการดูแล** เด็กส่วนมากมีอายุ 4 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ 36.92 เพศของเด็กส่วนมากเป็นหญิง จำนวน 34 คน ร้อยละ 52.31 ประสบการณ์ฟันผุของเด็กส่วนมากเคยมีประสบการณ์ฟันผุ จำนวน 35 คน ร้อยละ 53.85 **ผลการศึกษาก่อนและหลังการใช้โปรแกรม** ก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยคะแนนเฉลี่ย 8.45 ± 2.67 คะแนน (ร้อยละ 42.25) ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพคะแนนเฉลี่ย 42.15 ± 8.34 คะแนน (ร้อยละ 56.20) ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กคะแนนเฉลี่ย 28.94 ± 4.78 คะแนน (ร้อยละ 57.88) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กคะแนนเฉลี่ย 38.76 ± 6.89 คะแนน (ร้อยละ 51.68) หลังการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยคะแนน

เฉลี่ย 16.28 ± 1.89 คะแนน (ร้อยละ 81.40) ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพคะแนนเฉลี่ย 62.78 ± 5.67 คะแนน (ร้อยละ 83.71) ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กคะแนนเฉลี่ย 42.15 ± 3.12 คะแนน (ร้อยละ 84.30) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กคะแนนเฉลี่ย 61.23 ± 4.67 คะแนน (ร้อยละ 81.64) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=65)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 20)							
ก่อนใช้โปรแกรม	8.45	2.67	ต่ำ	7.83	18.92	7.01, 8.65	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	16.28	1.89	สูง				
ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพโดยรวม (คะแนนเต็ม 75)							
ก่อนใช้โปรแกรม	42.15	8.34	ปานกลาง	20.63	15.47	18.00, 23.26	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	62.78	5.67	สูง				
- ความรอบรู้เชิงหน้าที่ (คะแนนเต็ม 25)							
ก่อนใช้โปรแกรม	14.23	3.12	ปานกลาง	7.22	14.85	6.25, 8.19	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	21.45	2.01	สูง				
- ความรอบรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (คะแนนเต็ม 25)							
ก่อนใช้โปรแกรม	13.89	2.78	ปานกลาง	6.78	16.24	5.95, 7.61	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	20.67	1.98	สูง				
- ความรอบรู้เชิงวิพากษ์ (คะแนนเต็ม 25)							
ก่อนใช้โปรแกรม	14.03	2.89	ปานกลาง	6.63	15.38	5.77, 7.49	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	20.66	2.15	สูง				
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก (คะแนนเต็ม 50)							
ก่อนใช้โปรแกรม	28.94	4.78	ปานกลาง	13.21	19.67	11.88, 14.54	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	42.15	3.12	สูง				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยรวม (คะแนนเต็ม 75)							
ก่อนใช้โปรแกรม	38.76	6.89	ปานกลาง	22.47	21.35	20.38, 24.56	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	61.23	4.67	ดี				
- การทำความสะอาดช่องปาก (คะแนนเต็ม 25)							
ก่อนใช้โปรแกรม	13.45	2.78	ปานกลาง	7.44	17.23	6.58, 8.30	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	20.89	1.89	ดี				
- การควบคุมอาหาร (คะแนนเต็ม 25)							
ก่อนใช้โปรแกรม	12.67	2.34	ปานกลาง	7.45	19.84	6.71, 8.19	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	20.12	2.12	ดี				
- การเข้ารับบริการ (คะแนนเต็ม 25)							
ก่อนใช้โปรแกรม	12.64	2.45	ปานกลาง	7.58	18.76	6.78, 8.38	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	20.22	1.98	ดี				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงความรู้ ความรอบรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hui และคณะ ที่พบการเพิ่มขึ้นของความรู้และทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญหลังการฝึกอบรมในครูอนุบาลที่ฮ่องกง[7] และการศึกษาของปัณฑิตา วนิชไสยถง และปิยะดา ประเสริฐสม ที่พบความสำคัญของการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสม[8] การเพิ่มขึ้นของความรู้จากร้อยละ 42.25 เป็นร้อยละ 81.40 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถแก้ไขความเข้าใจผิดที่มีอยู่เดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของฟันน้ำนมและผลกระทบของน้ำผลไม้ต่อฟัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Health Belief Model ที่เน้นความสำคัญของการรับรู้ความเสี่ยงและผลประโยชน์ของการปฏิบัติ[9] ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีการปรับปรุงที่ดีในทุกมิติ โดยความรอบรู้เชิงหน้าที่แสดงการปรับปรุงที่ดีที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายและการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายช่วยเพิ่มความสามารถในการรับและประมวลผลข้อมูลด้านทันตสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam เน้นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[5] การปรับปรุงของทัศนคติและพฤติกรรมแสดงให้เห็นถึงการถ่ายทอดความรู้และความเข้าใจไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Silva และคณะ (2022) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของเด็ก[6] และการศึกษาของ Sharma และคณะ (2023) ที่พบการปรับปรุงดัชนีสุขอนามัยช่องปากของเด็กหลังการให้การศึกษาแก่ผู้ดูแล[10]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติ ควรมีการขยายผลโปรแกรมไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นในจังหวัดกาฬสินธุ์ พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรม และบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาปฐมภูมิที่มีอยู่

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรเป็นการศึกษาติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมในรูปแบบต่างๆ

3. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม โดยเปรียบเทียบต้นทุนการดำเนินโปรแกรมกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการลดการรักษาฟันผุในเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษา ทีมงานทันตกรรมและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลห้วยเม็กที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโปรแกรม ครูและบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สนับสนุนการประสานงาน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ช่วยเหลือในการติดตามผู้เข้าร่วมโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2025). Oral health. Geneva: WHO; 2025.

2.Global Burden of Disease Collaborative Network.(2024). Global Burden of Disease Study 2021. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024.

3.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2568). การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565-2566. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2568.

4.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2561). รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2561.

5.Nutbeam D. Health promotion glossary.(1998) Health Promotion International. 1998;13(4):349-364.

6.Silva LF, Thomaz EB, Freitas HV, Pereira AL.(2022). Association between oral health literacy of caregivers and oral health-related quality of life of children in Diadema, São Paulo State, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2022;38(7):e00492021.

7.Hui BK, Duangthip D, Chu CH, Lo EC.(2025). Evaluation of an oral health education training program for kindergarten teachers in Hong Kong. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2025;53(1):45-52.

8.ปัณฑิตา วนิชไสยถง, ปิยะดา ประเสริฐสม.(2565). การพัฒนาและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กนักเรียนประถมศึกษาในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2565;12(2):89-102.

9.Becker MH.(1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):324-473.

10.Sharma S, Yeluri R, Mundra RK.(2023). Effectiveness of oral health education to caregivers for improving oral health status of 3-6 years old children in Nellore city, India. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry. 2023;13(2):123-130.

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV ร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง

Comparative study of nursing care for patients with HIV infection and diabetes mellitus with complications from chronic infected wounds.

(Received: January 28,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ภุชชัชชา เวียสุวรรณ[1]
Phudchatcha Weirsuwan[1]

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร สองกรณีศึกษา ด้วยผู้ป่วยเอชไอวีมีภาวะความรุนแรงซับซ้อนของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสโรคร่วมได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำและเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจจากโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงวิกฤต มีความยุ่งยากท้าทายในการให้การพยาบาล การศึกษาประกอบด้วยการประเมินสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การประเมินเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการจัดการรายกรณี

ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีขั้นตอนและครอบคลุมในการพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ และผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้น สามารถจำหน่ายจากการดูแลได้

คำสำคัญ การพยาบาล ผู้ป่วยเอชไอวี การจัดการรายกรณี

Abstract

This article aims to present a comparative nursing care for patients with HIV infection and diabetes mellitus who have complications from chronic infected wounds. Bamrasnaradura Institute. Two case studies. As HIV patients have a complex and severe disease, they are easily infected with opportunistic infections due to low immunity and multiple organ failure occurred, suffering both physically and mentally from incurable chronic diseases and changing image. Patients require continuous care in the face of severe and critical illnesses, which present challenges in nursing care. The study included a holistic assessment of the patient's health, including physical, mental, emotional, social and spiritual aspects, based on the Gordon Health Model. Assessment, monitoring of various complications, providing nursing care consistent with nursing diagnosis using nursing process along with case management.

Results: It was found that a comprehensive and holistic patient care process that ensures continuous care for patients can reduce or prevent serious complications and enable patients to adapt appropriately to society.

Keywords: Nursing care, HIV patients, Case management

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired immune Deficiency Syndrome : AIDS) หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง คือ ระยะสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ที่ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T - Cells ในระบบภูมิคุ้มกันร่างกายถูกทำลาย ส่งผลให้ภูมิคุ้ม กันร่างกายลดต่ำ ทำให้ร่างกายอ่อนแอและนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส[1] เป็นปัญหาสำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการป่วยและการตายสูง มีการแพร่กระจายไปในกลุ่มประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงยาต้านไวรัสเอชไอวีที่สามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีได้ สถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ในปีพ.ศ.2567 มีจำนวน

40.8 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 630,000 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อปี 1.3 ล้านคน[2] สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนประมาณ 580,000 คน มีผู้ เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 12,000 คน มีผู้ที่กำลังรับยาต้านไวรัส 474,675 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,100 คนต่อปี[3] สถิติผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 7,466 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 209 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาเร็ว กินยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อสามารถมีสุขภาพแข็งแรง ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสและมีอายุยืนยาวขึ้น ลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบและนานที่สุด รวมทั้งทำให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 กลับสู่ระดับใกล้เคียงมากที่สุด ลดความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่ยาต้านไวรัสบางกลุ่มมีผลข้างเคียงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยว ข้องกับอายุ รวมถึงโรคเบาหวาน

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเบาหวาน จัด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และยังคงเป็นความท้าทายอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ ในขณะเดียวกันโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นภาวะเมตาบอลิซึมเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะ คือระ ดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ก็ก่อให้เกิดภาวะ แทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้าและแผลเรื้อรังที่ยากต่อการรักษา ภาวะสุข ภาพของผู้ป่วยจะมีความซับซ้อนและทวีความรุน แรงมากยิ่งขึ้น ภูมิคุ้มกันที่บกพร่องจากเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รับประ ทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการออกกำลังกาย[4] และระยะเวลาการนอนหลับไม่เหมาะสม[5] ส่งผลกระ ทบโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการเกิดแผลติดเชื้อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความรุนแรงสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้

แผลติดเชื้อเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เกิด จากภาวะปลายประสาทเสื่อมทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดต่อการบาดเจ็บ การไหลเวียนเลือดไม่ดี ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด ออกซิเจนและสารอาหารที่จำเป็นต่อการหายของแผล รวมถึงการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องยิ่งทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรคของร่างกายลดลง ส่งผลให้แผลหายช้าลง[6] ติดเชื้อง่ายขึ้นและการติดเชื้ออาจลุก ลามจนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดอวัยวะหรือเสียชีวิตได้ จากภาวะทั้งสามส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน โดยเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เบาหวานส่งผลต่อการไหลเวียนและการรักษาแผล และแผลติดเชื้อเป็นแหล่งกระตุ้นการอักเสบที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลและการทำงานของภูมิคุ้มกันยิ่งแย่ลง จึงเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เนื่อง จากต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและทักษะเฉพาะทาง ในการประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน การวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลแผลอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการยาต้านไวรัสและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการให้ความ รู้และกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว งานวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทอื่น ๆ เช่น การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรคในสถาบันบำราศนราดูร[7] อย่างไรก็ตามการรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มนี้ยังคงมีความจำเป็น เพื่อให้เกิดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรังให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และตึกผู้ป่วยแยกโรค สถา บันบำราศนราดูร จำนวน 2 ราย

ขั้นตอนการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 2 ราย และขออนุญาตผู้บังคับบัญชา ในการเข้าถึงเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง

4. ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

5. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรก ซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง สัมภาษณ์ญาติ และผู้ดูแล ประเมินสภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ศึก ษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

6. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ดำเนินการศึกษา โดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนี[8] เป็นแบบประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

8. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงานและประ สบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำราศนราดูรแล้วและได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้บนโครงร่างงานวิจัยที่พิจารณา เลขที่การรับรอง N034h/68

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี (Case Study) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อเรื้อรัง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ที่ตึกแยกโรค 7/3 สถาบันบำราศนราดูร โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับอนุปริญญา ใช้สิทธิประกันสังคม เป็นผู้ป่วยเอดส์ร่วมโรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ นอนติดเตียง มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 4 ขนาด 17 x 10 cm. และแผลที่หลังมือขวาขนาด 2 x 2 cm. 2 ตำแหน่ง แผลลึกมีเนื้อตาย กลิ่นเหม็น

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใช้สิทธิประกันสังคม เป็นผู้ป่วยเอดส์ร่วมโรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ นอนติดเตียง แผลกดทับที่ก้นกบ เป็นผู้ป่วยจิตเวชสองอารมณ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	55 ปี	59 ปี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	2 ชั่วโมง ซึมลง เรียกปลุกตื่นช้า	1 ชั่วโมง ซึมลงมาก ขาข้างซ้ายมีอาการเกร็งกระตุก พูดคุยไม่รู้เรื่อง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ซึมลง DTX 39 mg% feedน้ำ ผู้ป่วยตื่นขึ้น DTX 117 mg% อุณหภูมิ 36.8°c ความดันโลหิต 100/63 mmHg ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ18 ครั้ง/นาที ออกซิเจนในเลือด 100%	1 วัน มีไข้สูง ซึมลง ไม่ลืมตา DTX 258 mg% อุณหภูมิ 39°c ความดันโลหิต 139/87 mmHg ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ออกซิเจนในเลือด 88%
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคประจำตัว : โรคเบาหวาน แผลกดทับ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคเอดส์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคโลหิตจาง ไทรอยด์ เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง เคยนอนโรงพยาบาลผ่าตัดเนื้องอกมดลูก 10 ปี ก่อนนี้ เจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อลายสลาย ฟอกไตทางหลอดเลือด และ Debride-	โรคประจำตัว : ติดเชื้อเอชไอวี โรคเบา หวานชนิดที่ 2 แผลกดทับ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยจิตเวชสองอารมณ์ เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคท้องเสีย น้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ติดเชื้อ HIV >10 ปี เป็นเบาหวาน ไขมัน ความดันโลหิตสูง>16 ปี Bipolar >5 ปี ผู้ป่วยนอน
	ment แผล ทราบว่าติดเชื้อHIV เบา หวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ประมาณ 30 ปี เส้นเลือดสมองตีบ 5 ปี CKD 3 เดือน	ติดเตียง 1 ปี ผ่าตัดมดลูกประมาณ 10 ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง	น้องสาว = โรคความดันโลหิตสูง มารดา = เบาหวานและความดันโลหิตสูง
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร	Amlodipine, Carvedilol, Manidipine Enalapril, Cesoline, Dolutegravir	Tenofovir
อาการแรกรับ	ซึม สับสน สัญญาณชีพ T= 36.8°C BP= 100/63 mmHg P= 88 ครั้ง/นาที RR= 18 ครั้ง/นาที	ไข้สูง ซึมลง ขาซ้ายกระตุก พูดคุยไม่รู้เรื่อง ท้องเสีย สัญญาณชีพ อุณห ภูมิ 39°c ความดันโลหิต 139/87 mmHg ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ออก ซิเจนในเลือด 88%
การวินิจฉัยโรค	Symptomatic hypoglycemia čco ma	viral encephalitis, HIV infection Diabetes mellitus type 2, Strephto- coccus aureus MRSA pneumonia č para pneumonic effusion, Salmo- nella 07 infection diarrhea, Entero- coccus stadium acute pyelonep- hritis, Aromonas infection diarrhea, Fanconi syndrome, anemia of chro nic disease, multiple electrolyte imbalance, Hypertension, Dyslipi- demia, bedsore grade I, Rt. ankle thrombophilia, Vitamin B1 defici- ency, Serial fibrillation

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหญิงวัยผู้ใหญ่ นอนติดเตียง มีแผล bedsore ที่ก้นกบ และหลังมือขวา มีอาการซึมลง เรียกปลุกตื่นช้า DTX = 37 mg% เป็นมา 13 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล พบมีภาวะซีด ให้สารน้ำและให้เลือด ยากิน ยาฉีดและยาทาแผล ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นหญิงวัยผู้ใหญ่ มีอา การ ไข้สูง ซึมลง ไม่ลืมตา เรียกไม่รู้สึกตัว ท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด เป็นมา 1วันก่อนมาโรงพยาบาล

การเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon

ตารางที่ 2 การประเมินข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอยีตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ครอบครัวรับรู้การเจ็บป่วย มีโรคประจำ ตัวได้แก่ เบาหวาน จอตาเสื่อม ตับแข็ง ไตวายเรื้อรัง แผลติดเชื้อ bedsore HIV ความดันโลหิตสูง ไขมัน รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่สามารถเดินเองได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองเกือบทั้งหมด ต้องพึ่งพาผู้ดูแล พี่ สาวเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลจะนำพบแพทย์ที่โรงพยาบาล	ครอบครัวรับรู้เรื่องการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน HIV ความดันโลหิตสูง แผลกดทับ โรคไตวายเฉียบ พลัน ไขมันในเลือดสูง หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ โรคจิตเวช รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ต่อมาการเจ็บป่วยมีปัญหาเรื่องการรับรู้และความเข้าใจ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้ ดูแลเกือบทั้งหมด น้องสาวเป็นผู้ดูแลหลัก นำพบแพทย์ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ผู้ป่วยมีข้อจำกัดเรื่องของการรับประ ทานอาหารจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ปัจจุบันรับประทานอา หารทางสายยาง ปริมาณ 400 ml/มื้อ วันละ 4 ครั้ง ไม่มีสำลักอาหารและน้ำ	ผู้ป่วยมีข้อจำกัดเรื่องของการรับประ ทานอาหารจากพยาธิสภาพของโรค เบาหวาน โรคหัวใจ ไตวายเฉียบพลัน ปัจจุบันรับประทานอาหารทางสายยาง ปริมาณ 400 ml/มื้อ วันละ 4 ครั้ง ไม่มีสำลักอาหารและน้ำ
3. การขับถ่าย	ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยปัสสาวะ อุจจาระปกติ หลังเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำปนเนื้อมากกว่า 3 ครั้ง/วัน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะเป็นฟอง มีปัญหาไตวายเรื้อรัง ปัจจุบันคาสายสวนปัสสาวะเพื่อระบายปัสสาวะที่คั่งค้าง	ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยปัสสาวะ อุจจา ระปกติ หลังเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด 2-3 ครั้ง/วัน มีปัญหาความผิดปกติของท่อไตส่วนต้น ต้องคาสายสวนปัสสาวะเพื่อระบายน้ำปัสสาวะที่คั่งค้าง ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เปลี่ยนทุกครั้งหลังขับถ่าย
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีการออกกำลังกายบ้างไม่สม่ำเสมอ หลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับรู้และ	ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับรู้และความเข้าใจ น้องสาวเป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำ วันให้เป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำกายภาพบำ
	และความเข้าใจ พี่สาวเป็นผู้ดูแลกิจ วัตรประจำวันให้เป็นส่วนใหญ่	บัดตามโรค ออกกำลังยืดเหยียดบนเตียงไม่สม่ำเสมอ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติ หลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีปัญหานอนไม่หลับ เริ่มรับประทานยาหนอนหลับ วันละ 1 ครั้ง หลังตื่นนอนตอนเช้าสดชื่นดี	นอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมง ใช้เตียง Fowler's หลังตื่นนอนตอนเช้าสดชื่นดี
6. สติปัญญาและการรับรู้	ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถทำงานตามหน้าที่ได้ดี หลังเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสติปัญญาและการรับรู้ เข้าใจคำสั่งง่ายๆ ได้เป็นครั้งคราว ไม่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ทั้งหมด	ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสติปัญญา การรับรู้ สมองเสื่อม มีอาการทางจิตเวช อารมณ์ สองขั้ว ไม่มีอาการคลุ้มคลั่ง เข้าใจคำสั่งง่ายๆ ได้ ไม่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ทั้งหมด แต่สามารถจำบุคคลในครอบครัวได้
7. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยมีความภาค ภูมิในตนเองที่สา มารถเลี้ยงดูบุตรหลาน หลังเจ็บป่วยมีปัญหาด้านสติ ปัญญาและการรับรู้ มีอาการเศร้า เครียด วิตกกังวล	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชหลังทราบว่าติดเชื้อเอดส์ มองว่าตนเป็นภาระของครอบ ครัว เมื่อพูดถึงความเจ็บป่วย จะมีสีหน้าวิตกกังวล มีอาการเศร้าซึมเหม่อลอย
8. บทบาทและสัมพันธ ภาพ	ก่อนการเจ็บป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว สามีเสียชีวิตแล้ว มีพี่สาวเป็นผู้ดูแล	เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอารมณ์สองขั้ว ส่วนใหญ่อยู่แต่บ้านเนื่องจากนอนติดเตียง มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเป็นบางครั้ง
9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	เป็นหญิงหม้าย วัยหมดประจำเดือน ไม่สนใจเรื่องเกี่ยวกับเพศตรงข้าม	ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการรับรู้ความเข้าใจและพยาธิสภาพของโรค

ตารางที่ 2 การประเมินข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอยีตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
10. ความเครียดและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยเป็นคนครื้นเครง ช่างพูด ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเครียดบางครั้ง หลังการเจ็บป่วย ไม่สามารถปรับตัวได้ มีความเครียด หงุดหงิดง่าย นอนไม่ค่อยหลับและมีความวิตกกังวล	มีความเครียดบางครั้ง หลังการเจ็บป่วยยังไม่สามารถปรับตัวได้ จากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป จึงมักเก็บตัว มีความ เครียด หงุดหงิดง่าย สองอารมณ์ และมีความวิตกกังวล
11. คุณค่าและความเชื่อ	ผู้ป่วย/ญาติเชื่อมั่นในการรักษาทางการแพทย์และทีมพยาบาล	เชื่อมั่นในการรักษาทางการแพทย์และเชื้อว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สำหรับกรณีศึกษาทั้งสองราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนและต่างในบางประเด็น ดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	ให้การพยาบาลโดยประ เมินอาการแสดงของการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เช่นเหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น เฝ้าระวังอาการ Hypoglycemia และ Hyperglycemiaติดตามเจาะเลือดปลายนิ้ว DTX ทุก 6 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ดูแลเจาะเลือดสงตรวจ FBS และ HbA1C เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและรายงานแพทย์ ผลการประเมินพบว่า กรณี ศึกษารายที่ 1 มีค่า DTX อยู่ระหว่าง 159-190 mg/dl กรณีศึกษารายที่ 2 ค่า DTX อยู่ระหว่าง 159-201 mg/dl
2. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ให้การพยาบาลในกรณีศึกษาที่ 2 โดบประเมิน V/S และอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ มีไข้ ไอมีเสมหะ	ดูแลให้ Meropenem 1 g. IV ๆ 8 hr. เพื่อลดจำ นวนเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย ดูแลจัดท่าให้ศรีษะสูง และ suction ก่อน feed เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มจากการ Aspirate ติดตามผล CBC และผล CXR เพื่อติดตามผลการรักษา ประเมินผลกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่าไข้ลดลง จาก 39°C เป็น37.4°C เสมหะลดลง feed รับได้ไม่มี Aspirate
3. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนกาซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	ให้การพยาบาลในกรณี ศึกษาที่ 2 โดยประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปากซีดเขียว กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น ดูแลให้ O_2 can -nula 3 LPM ตามแผนการรักษา พลิกตะแคงตัวเพื่อให้เสมหะภายในปอดไม่เกาะตัว suction clear airway จัดท่า Fowler's position 45-60° เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการแลก เปลี่ยนกาซของปอด Absolute bed rest เพื่อลดการใช้ออกซิเจน Record V/S ๆ 4 hs. เพื่อสังเกตความเปลี่ยนแปลง หากพบอาการผิดปกติรีบราย งานแพทย์
4. การเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของกรด ด่าง และอิเล็กโทรไลต์	ให้การพยาบาลในกรณีศึกษาทั้งสองโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญ ญาณชีพทุก ½-1 ชั่วโมง ติดตามการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่ว โมง เพื่อประ เมินการทำงานของไต และเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เฝ้าระวังอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย และตะคริว เพื่อประ เมินอาการแสดงของภาวะ Hypokale -mia ดูแลให้ยา Elixir KCl 30 ml ทางสายยางให้อาหารห่างกันทุก 3 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของกรดด่าง อิเลกโทรไลต์ ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, Cr, Electrolyte, ABG เพื่อประเมินผลการรักษาและปรับเปลี่ยนแผนการรักษา พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายค่า Electrolyte มีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียแต่ไม่มีอาการเป็นตะคริว กระ ตุกตามตัว
5. มีภาวะของเสียคั่งและความไม่สมดุลยของสารน้ำ เกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการกรองของไตลดลงและไตสูญเสียหน้าที่	ให้การพยาบาลโดยสังเกตความตึงตัวและความยืดหยุ่นของผิวหนัง วัดสัญญาณชีพและระดับความดันของหลอดเลือดดำ จดบันทึกระดับความดันโลหิตเพื่อประเมินให้ญาติ/ผู้ดูแลได้รับทราบถึงระดับความดันโลหิตในแต่ละช่วง ดูแลแนะนำการจำกัดน้ำและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย การตวงปัสสาวะใน 8 ชั่วโมงไว้ เพื่อพยาบาลจะได้ประเมินลักษณะของปัสสาวะและปริมาณ ดูแลให้ยา

	ขับปัสสาวะตามแพทย์สั่งเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตและน้ำส่วนเกิน สังเกตุอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึม ระดับความ รู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักถามอาการเหนื่อยเพลียของผู้ป่วยและอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การทำงานของไต อิเลคโตรไลค์ และผล Hct รายงานแพทย์ พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายมีค่า Electrolyte มีแนวโน้มดีขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ 90-110/ min.ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็ง
6. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากเกร็ดเลือดต่ำ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 Hct = 11% กรณี ศึกษารายที่ 2 Hct = 23%	ให้การพยาบาลโดยประเมินและสังเกตภาวะเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ เป็นระยะเช่นจุดเลือดออกจ้ำเลือดตามผิวหนัง หากพบอาการผิดปกติ ความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว รายงานแพทย์ทันทีเพื่อวางแผน การรักษา ประเมินสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมงเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินและสังเกตอาการพร่องออกซิเจน เช่นหายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ดูแลให้ได้รับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแผนการรักษาโดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเรื่องการให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด เฝ้าระวังภาวะแพ้เช่น แน่นหน้าอก กระสับ กระส่าย หากพบหยุดการให้เลือดและรายงานแพทย์ทันทีเพื่อวางแผนการรักษา แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงใช้แปรงสีฟันแข็งหรือไม้จิ้มฟันเพราะอาจทำให้เกิดแผลเลือดออกง่าย ประเมินการขับถ่าย ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยท้องผูกซึ่งเป็นอาการที่เพิ่มความดันในสมองทำให้เลือดออกในสมองได้ ให้การพยาบาลด้วยความระมัดระวัง มีความนุ่มนวลและเบามือ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันการกระทบกระแทก ตัดเล็บผู้ป่วยให้สั้นป้องกันการแคะ เกา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการพยาบาลพบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายมีสัญ ญาณชีพปกติ ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย ไม่มีอาการแทรกซ้อนขณะให้เลือด หลังให้เลือดติดตาม Hct = 23 % และ 33 % ตามลำดับ
7. มีภาวะ Hypokalemia โดยกรณีศึกษารายที่ 1 K = 2.4 mmol/L กรณีศึกษารายที่ 2 K = 1.9 mmol/L	ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนจาก Hypokalemia ติดตามผล EKG และHR เฝ้าระวังภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูแลให้ได้รับ E. Kcl ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ติดตาม I/O ติดตามผลการตรวจ K อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ค่า K = 3.6 mmol/L กรณีศึกษารายที่ 2 ค่า K = 4.2 mmol/L ไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ
8. มีภาวะ Hypomagnesemia โดยกรณี ศึกษารายที่ 1 ค่า Magnesium = 1.6 mg/dl กร ณีศึกษารายที่ 2 Magnesium = o.4 mg/dl	ให้การพยาบาลโดยติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ตรวจคลื่นหัวใจและรายงานการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ติดตามผลเลือด Elec -trolyte (Mg, Ca, K) ให้ยาแม็กนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวัง สังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยาลดสิ่งกระตุ้น เช่นจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยลดการเกิดอุบัติ เหตุจากการสั่นหรือชัก ติดตามผลตรวจค่า Mag, K, Ca รายงานแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ค่า Magnesium = 1.6 mg/dl กรณีศึกษารายที่ 2 ค่า Magnesium = 0.7 mg/dl ไม่เกิดอาการสั่น ชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ
9. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	ให้การพยาบาลโดยวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) ให้ผู้ป่วยเมื่อมีไข้ 38°c และประเมินไข้หลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที ให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดและสังเกตอาการข้างเคียง ดูแล feed ยา Paracetamal 500 mg. 1 tab. ๘ 4 hr. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก รักษาความสะอาด ป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม (Aseptic technique) ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ เพื่อลดการเผาผลาญอาหารทำให้ร่างกายมีความร้อนลดลง ผลการพยาบาลพบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายไม่มีอาการกระสับกระส่าย อุณหภูมิในร่างกาย 37.1-37.7°C
10. มีแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวตนเองลดลง กรณีศึกษารายที่ 1 มีแผลกดทับก้นกบระดับ 4 ขนาด 17x10 cm. และที่หลังมือขวา ระดับ 2 ขนาด 2x2 cm. 2 ตำแหน่ง กลิ่นเหม็นเน่า มีเนื้อดำคลุมแผล	ให้การพยาบาลโดยดูแลทำแผลตามหลักของการทำแผลขั้นสูง (Advance wound care) แนะนำญาติและผู้ดูแลในการดูแลทำความสะอาดผิวหนังของผู้ป่วยเป็นประจำทุกวันและทุกครั้งที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ จัดท่านอนผู้ป่วยให้นอนตะแคงกึ่งหงาย ปรับระดับศีรษะสูงประ มาณ 30 องศา ให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับทีนอนเพื่อหลีก เลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก .เปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดระยะเวลาในการเกิดแรงกดทับผิวหนังและควรใช้ผ้าขวางเตียงในการช่วยยกตัวผู้ป่วยเพื่อลดการเกิดแรงเฉือนและแรงเสียดทานกับผิวหนัง ใช้ที่นอนเสริมลดแรงกด ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลง ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นทำให้เกิดความรุนแรงของ

กรณีศึกษารายที่ 2 มีแผลที่ก้นกบระดับ 1	แผลกดทับเพิ่มและเกิดตำแหน่งของแผลกดทับใหม่ ได้แก่แรงเฉือน แรงเสียดทาน ความชื้นและภาวะโภชนาการ ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ หากขับถ่ายเช็ดทำความสะอาดผิว หนังและเปลี่ยนแผ่นรองซับทันทีทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วยน้ำและเลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารกที่มีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ระหว่าง 5.2-5.5 ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อย ซึ่งมีผลดีในการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนัง ผลการพยาบาลพบว่าแผลมีขนาดเล็กลงและไม่พบแผลกดทับใหม่
11. แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เนื่อง จากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร Stool C/S กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่พบเชื้อ กรณีศึกษารายที่ 2 พบเชื้อ Aeromonas caviae	ให้การพยาบาลโดยประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ ประเมินอาการของการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายมีกลิ่นเหม็น เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้อง ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ CBC, H/C, Stool exam, Stool C/S เพื่อประเมินการติดเชื้อในระ บบทางเดินอาหารพร้อมทั้งติดตามผลเพื่อรายงานแพทย์และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาพร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มและการแพร่กระจายเชื้อ ผลการพยาบาลพบว่า อาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารลดลง สัญญาณชีพปกติ ติดตามรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปกติ
12. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ	ให้การพยาบาลโดยเช็ดตัวเพื่อระบายความร้อน ดูแล feed น้ำ 50 ml./feed ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสสายสวนหรือถุงปัสสาวะ ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อต้องสัมผัสสายสวนหรือถุงปัสสาวะ จัดให้สายสวนและถุงปัสสาวะเป็นระบบปิดตลอดเวลา แขวนถุงปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเสมอ และอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 6 นิ้ว เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับ ทำความสะอาดบริเวณรอบรูเปิดท่อปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) และหลังการขับถ่ายด้วยสบู่และน้ำสะอาด เช็ดจากหน้าไปหลัง เทปัส สาวะเมื่อถุงเต็ม 2/3 ถึง ¾ และเช็ดทำความสะอาดจุกระบายด้วยแอลกอฮอล์ 70% เปลี่ยนสายสวนตามแผนการรักษา หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ หรือเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะใหม่ทุก 2 สัปดาห์-1เดือนตรวจสอบสายสวนตลอดแนวว่าไม่มีการพับงอ หัก หรือถูกกดทับ ใช้เทปยึดสายสวน ในผู้ชายควรยึดตรึงสายไว้ให้เหนือขาหนีบ ส่วนในผู้หญิง ให้ยึดตึงไว้บริเวณหน้าขา โดยการยึดตรึงจะใช้พลาสเตอร์ยึดสายสวนให้ติดกับผิวหนังเพื่อป้องกันการดึงรั้งบันทึกปริมาณปัสสาวะอย่างน้อยทุก 4-8 ชั่วโมง และสังเกตสี กลิ่น ความขุ่น ผลการพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สาย สวนปัสสาวะ
13. มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือดตามวัยและจากโรคเบาหวาน ร่วมกับขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองต่อเนื่อง	ให้การพยาบาลโดยประเมินผู้ป่วยเกี่ยว กับอาการและอาการแสดงของการกลับเป็นซ้ำของหลอดเลือดสมอง เช่นระดับความรู้สึกตัวลดลง ติด ตามประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพของผู้ป่วยต่อเนื่อง อธิบายญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผลการพยา บาลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 รู้สึกตัวดี ไม่สับสน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ยังมีอาการสับสน มองตาม ไม่พูด ผู้ดูแลเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
14. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดกล้ามเนื้อลีบเนื่องจากมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยกรณีศึกษาที่ 1มีภาวะ Old CVA กรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติเป็นสมองเสื่อม แขนขาอ่อนแรง ลุกนั่งเองไม่ได้	ให้การพยาบาลโดยประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) กระตุ้นผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวและออกกำลังกายบนเตียง กระตุ้นให้ออกกำลังกล้าม เนื้อต้นขา สะโพก และข้อเท้า[9] สร้างความตระ หนักให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการทำกายภาพบำบัด สอนผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ทำกาย ภาพบำบัด (Passive Exercise) โดยนักกายภาพ บำบัดจากทีมสหวิชาชีพ โดยช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอแขนเข้าออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง เช้า เย็น ยกขาข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้น ลงและงอเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ เน้นการเคลื่อน ไหวช้า ๆ สม่ำเสมอ สังเกตอาการปวดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ จัดหาอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยทำกายภาพ บำบัดที่บ้าน ผลการพยาบาลพบว่า ขนาดของกล้ามเนื้อแขนขาไม่ลีบเล็กลง ข้อต่อต่าง ๆ เหยียดและงอได้ ผู้ป่วยไม่ร้องเจ็บ ปลายเท้าไม่ตก ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องปลอดภัย
15. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดใน ขณะทำแผลจากภาวะแผลติดเชื้อ	ให้การพยาบาลโดยประเมินความรุนแรงของอาการปวด ลักษณะของการปวด หาก pain score > 4 คะแนน ให้จัด การความเจ็บปวดโดยปรึกษาแพทย์และบริหารยาตามแผนการรักษา อธิบายขั้นตอนและวิธีการทำแผลเพื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ใช้น้ำเกลือเทบนก๊อซเดิมที่ปิดแผลให้ชุ่ม ทิ้งไว้ 15 นาที แล้วลอกวัสดุปิดแผลออกอย่างเบามือ เลือกใช้วัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติช่วยสลายเนื้อตายกลุ่ม Hydrofiber ในแผลที่มีปริมาณสารคัดหลั่งมาก เมื่อลอกแผ่นออกจะไม่ติดกับพื้นแผล ลดอาการเจ็บปวดได้ขณะลอกวัสดุปิดแผล[10] ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค

	ที่ทำให้เกิดการปวดจากระบบประสาทบาดเจ็บ ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการปวด จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบายลดอาการปวด ผลการพยาบาลพบว่าประเมินอาการปวดแผลลดลง pain score 3/10 คะแนน สีหน้าสุขสบายขึ้น
16. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงและเป็นผู้ป่วยติดเตียง	ให้การพยาบาลโดยประ เมินความเครียดเพื่อนำมาใช้พิจารณาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยเอดส์อื่นที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์ มีการยอมรับภาวะเจ็บป่วยและเผชิญกับปัญหาได้ดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ความหวัง และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใช้ความสัมผัสที่นุ่มนวลและด้วยความเอื้ออาทรขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย อธิบายให้ครอบครัวยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำการปฏิบัติต่อผู้ป่วย แนะนำวิธีการผ่อนคลาย โดยให้หาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การดูทีวี ฟังเพลง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป ผลการพยาบาลกรณีศึกษาทั้งสองรายสีหน้าแจ่มใสขึ้น สบตามากขึ้น
17. ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการสื่อสาร การรับรู้และการตอบสนองต่อสิงเร้าเนื่องจากภาวะ Stork ในกรณีศึกษาที่ 1 และพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมในกรณีศึกษาที่ 2	ให้การพยาบาลโดยแนะนำญาติในการใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี ได้แก่พูดกับผู้ป่วยหันหน้าตรง สบตาขณะสื่อสารกับผู้ป่วย ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย พูดช้า ๆ สั้น ๆ อย่าพูดหลายขั้นตอนพร้อม ๆ กัน อธิบายอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทีละอย่าง ให้ชัด เจน พูดช้า ๆ บ่อย ๆ เพราะผู้ป่วยจะลืมทันทีแม้ว่าเพิ่งพูดไปก็ตาม[11] และช่วยดูแลให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม ผลการพยาบาลพบว่าญาติผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจมากขึ้น ให้ความสนใจตอบข้อซักถาม สอนผู้ป่วยเมื่อเรียกชื่อสิ่งของผิด รวมทั้งไม่ดุว่าผู้ป่วย ผู้ป่วยยังมีอาการหลงลืม จำชื่อสิ่งของไม่ได้ จำชื่อคนไม่ค่อยได้
18. ญาติและผู้ดูแลวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลแผลกดทับ	พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ดูแลรวมถึงแสดงออกถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทรเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้ วางใจ ให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้ญาติ/ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยในเรื่องที่มีความวิตกกังวลเกี่ยว กับผู้ป่วย ใช้กระบวนการสื่อสารทางบวก เช่น ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย ชื่นชมแก่ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ให้คำแนะนำ สาธิตขั้นตอนการดูแลแผลกดทับ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บ ป่วยของผู้ป่วย ช่องทางการติดต่อกรณีฉุกเฉิน/ผู้ดูแลให้เกิดความเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวล ผลการพยาบาลพบว่าญาติ/ผู้ดูแลมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถสาธิตย้อนกลับวิธีการทำแผลได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยHIV โรคร่วมเบาหวานและแผลติดเชื้อเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยติดเตียง กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยภาวะหมดสติอย่างรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นเพศหญิง อายุ 56 ปี ติดเชื้อ HIV 30 ปี มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากโรคเบาหวาน ขณะอยู่โรง พยาบาลได้รับการแก้ปัญหาการพยาบาลภาวะ Hypoglycemia ภาวะซีด ป้องกันภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ภาวะ Hypomagnesemia ภาวะ Hypokalemia ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พร่องกิจวัตรประจำวัน และแผลติดเชื้อเรื้อรัง กรณี ศึกษารายที่ 2 เป็นเพศหญิง อายุ 59 ปี ติดเชื้อ HIV > 15 ปี ได้รับการแก้ปัญหาการพยาบาลภาวะสมองอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสจากโรค เบาหวาน ภาวะ Hyperglycemia กรวยไตอักเสบเฉียบพลันภาวะซีด ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะซึมเศร้า ภาวะ Hypo -kalemia Hypomagnesemia ภาวะ Meta bolic- acidosis แผลกดทับที่ก้นกบ และยังได้รับการแก้ไขภาวะ Septic shock จากภาวะปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ที่เป็นเชื้อ MRSA ร่วมกับภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด ติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับโรคเบา หวานอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ทำให้เกิดภาวะ แทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากกนี้โรคเบาหวานยังสามารถนำไปสู่โรคสมองเสื่อม (diabetic encep -halopathy) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองจากโรคเบาหวานโดยตรง ซึ่งเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็น

เวลานาน ผู้ป่วยได้ รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยยึดมาตรฐาน ตลอด จนทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูล และประเมินอาการผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์และมีโรคร่วมที่มีภาวะวิกฤต การวินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุม วางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความรู้เรื่องโรคตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงมีความสามารถในการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการควบ คุมการติดเชื้อ รวมทั้งการติดต่อประสานงานที่ดีจึงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้[1,2,3]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการพยาบาล

1.1 ควรจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะด้านการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนเพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความคลาดเคลื่อนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

1.2 ส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษา

2.1 สนับสนุนการวิจัยด้านการพัฒนานวัตรกรรมหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลและลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลกดทับ

เอกสารอ้างอิง

1.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2564/2565. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์, 2565.

2.Health Divide: HIV.(2025). A Look at Global HIV Statistics. 2025 [cited 2026 Jan 6]. Available from: https://www-verywellhealth-com.translate.goog/global-hiv-statistics-a-complete -geographical-breakdown-

3.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2567). ปี 67 ไทยมีผู้ติดเชื้อHIV สะสมสูงถึง 5.8 แสนคน. สืบค้นจาก https://www.facebook .com/ thaihealth/posts/%E0%B8%9B%E0% B8%B5-67-สืบค้นวันที่ 28 ธันวาคม 2567.

4.สาวิตรี นามพะธาย.(2561). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.2561.

5.สินีนาฏ ชาวตระการ, ศุภลักษณ์ พลพิทักษ์.(2563). โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย. Chula Med Bull. 2563; 2(1): 49-59.

6.โสมอุษา หงส์ร่อน.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบา หวานที่มีแผลเรื้อรังที่เท้าและโรคร่วม. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะช้าง.2567.

7.นัชชา แสงวัชรสุนทร.(2567). การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมโรคเอดส์ที่มีภาวะตับอักเสบจากยาวัณโรคในสถาบันบำราศนราดูร. วารสารโรคเอดส์. 2567; 36(3): 173-183.

8.Gordon, M.(1994). Nursing Diagnosis: Process and Application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.

9.กัญทิญา วงศ์วัชรัตน์.(2565). การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565; 30(3):481-493.

10.จิตติมา นุริตานนท์.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลหลอดเลือดดำที่ขาด้วยวัสดุปิดแผลสมัยใหม่. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.2566.

11.รุจิราภา กระเช้าเพ็ชร์.(2566). การพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและมีโรคร่วมในชุมชน: กรณีศึกษา: กลุ่ม งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางเลน. 2566.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a care model for drug-addicted psychiatric patients with violent aggressive behavior in the community by a multidisciplinary team and network partners in Phonthong District, Roi-et Province.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

กชพร นะราธร[1]
Kochchaporn Narathone[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบบบันทึกการกลับไปเสพซ้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแล CARE-PACS (Community-based Aggressive Behavior Reduction and Relapse Prevention through Active Collaboration and Support) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ หลักการและวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด โครงสร้างและกระบวนการ 6 ขั้นตอน บทบาทหน้าที่ทีมงาน เครื่องมือและแบบฟอร์ม ระบบสนับสนุนและประสานงาน และการติดตามและประเมินผล โดยใช้กรอบทฤษฎีการพยาบาล 4 ทฤษฎี การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการประเมินหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงจากระดับกึ่งเร่งด่วนถึงเร่งด่วน ($\bar{X}$ = 7.80, SD = 2.15) เป็นระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 2.53, SD = 1.43) อัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงจากร้อยละ 76.67 เป็นร้อยละ 13.33 และทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.65, SD = 0.41) การทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, การกลับไปเสพซ้ำ

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to investigate the situation, problems, and needs; develop a care model for psychiatric patients with substance abuse who exhibit aggressive behavior in the community; and evaluate the effectiveness of the care model. The study was conducted from January 2024 to March 2025, spanning 15 months. The sample consisted of 30 psychiatric patients with substance abuse exhibiting aggressive behavior. Research instruments included a focus group discussion guide, a general information questionnaire, the Overt Aggression Scale (OAS), a relapse recording form, and a team satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test for pre-post comparisons.

The findings revealed that the developed CARE-PACS model (Community-based Aggressive Behavior Reduction and Relapse Prevention through Active Collaboration and Support) comprised seven main components: principles and objectives, conceptual framework, structure and six-step process, team roles and responsibilities, tools and forms, support and coordination systems, and monitoring and evaluation. The model was based on four nursing theories, case management, and community participation. After implementing the model for three months,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

aggressive behavior scores decreased from the semi-urgent to urgent level ($\bar{x}$ = 7.80, SD = 2.15) to a low level ($\bar{x}$ = 2.53, SD = 1.43). The relapse rate decreased from 76.67% to 13.33%, and the multidisciplinary team and network partners reported high satisfaction levels ($\bar{x}$ = 4.65, SD = 0.41). Statistical testing showed that aggressive behavior scores across all four domains differed significantly at the .001 level (p<0.001).

Keywords: psychiatric patients with substance abuse, aggressive behavior, relapse

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นวาระสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความมั่นคงของสังคมหลายประเทศ องค์การสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมรายงานว่าการใช้ยาเสพติดทั่วโลกอยู่ในระดับสูงเป็นประวัติการณ์ โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดเกือบครึ่งล้านรายและสูญเสียชีวิตที่มีคุณภาพ 28 ล้านปีจากความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปี 2021 ขณะที่มีเพียง 1 ใน 12 รายของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในปี 2023[1]

ประเทศไทย ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 พบว่ามีการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ 103,239 คดี จับกุมผู้ต้องหา 136,513 คน ยึดยาบ้าได้ 510.63 ล้านเม็ด[2] ผลการประเมินสถานการณ์ชี้ให้เห็นว่าประชากรผู้ใช้สารเสพติดของไทยมีจำนวนประมาณ 1.60 ล้านคน โดยพบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วยจำนวน 220,000 คน[2] ปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวเนื่องกับยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาความรุนแรงในสังคมไทยระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน 2565 จำนวน 2,300 ข่าว พบว่าร้อยละ 22.00 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด[3] ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปีราวครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่ก่อความรุนแรงด้วย[4] การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 จำนวน 349 ราย พบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามแบบประเมิน Overt Aggression Scale ในระดับฉุกเฉินร้อยละ 20.30 ระดับเร่งด่วนร้อยละ 7.40 และระดับกึ่งเร่งด่วนร้อยละ 72.20[5]

จังหวัดร้อยเอ็ดยังคงประสบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มการลักลอบนำเข้ายาเสพติดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มสูงขึ้น[6] ในปี 2567 จังหวัดร้อยเอ็ดได้รับการกำหนดให้เป็นพื้นที่นำร่องในการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายรัฐบาล[7] อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอำเภอขนาดใหญ่พบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างรุนแรง ตรวจพบผู้ใช้สารเสพติดยาบ้าจำนวน 2,777 คน ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดจำนวน 394 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย การศึกษาพบว่าการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางที่มีการบูรณาการให้ชุมชนเป็นเจ้าของและภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงสามารถทำให้ผู้เสพสารเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนได้ร้อยละ 85.71[8]

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือญาติไม่ต้องการดูแลหลังจากตำรวจนำส่งแล้วผู้ป่วยกลับไปมีอาการก้าวร้าว หลังจากรักษาแล้วผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ และผู้ป่วยไม่ยอมกินยา จากผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง (Retention Rate) ในปี 2565-2567 พบว่ามีค่าร้อยละ 72.00 69.00 และ 78.00 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 70.00 อย่างสม่ำเสมอ สำหรับตัวชี้วัดร้อยละ

ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำในปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 34 42 และ 50 ราย โดยไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำจำนวน 20 31 และ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 73.81 และ 76.00 ตามลำดับ ซึ่งแม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 85.00

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อแก้ไขปัญหาและข้อจำกัดของรูปแบบเดิม โดยการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่องและเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของเพพเพลา (Peplau's Interpersonal Relations Theory) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบ ADDIE Model ทำการศึกษาในช่วงมกราคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี 2 เดือน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์ (Analysis) ระยะการออกแบบ (Design) ระยะการพัฒนา (Development) ระยะการนำไปใช้ (Implementation) และระยะการประเมินผล (Evaluation) โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ตามเกณฑ์ ICD-10 2) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามแบบประเมิน Overt Aggression Scale (OAS) ในระดับกึ่งเร่งด่วนขึ้นไป (คะแนน 3 ขึ้นไป)

3) มีอายุระหว่าง 18-65 ปี 4) มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน 6) มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลและร่วมดูแลผู้ป่วยได้ 7) ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V) 8) มีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมให้ข้อมูลและรับการประเมิน 9) ยินยอม

เข้าร่วมการวิจัยและให้ญาติหรือผู้ดูแลเป็นพยานในการลงนามยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือรับการประเมินได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ 2) ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือขอถอนตัวจากการวิจัยโดยตนเองหรือญาติผู้ดูแล 3) ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่อำเภอโพนทองเป็นการถาวร 4) เสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย 5) มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ต้องนอนโรงพยาบาล 6) ไม่สามารถติดตามหรือให้ความร่วมมือในการรับการดูแลตามรูปแบบต่อเนื่อง 7) ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป 8) ไม่สามารถติดตามประเมินผลได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนดติดต่อกัน 2 ครั้ง

เครื่องมือวิจัย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบบบันทึกการกลับไปเสพซ้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแล ตัวชี้วัดคุณภาพ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลใช้ Paired t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ และการถอดบทเรียนจากการดำเนินรูปแบบการดูแลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

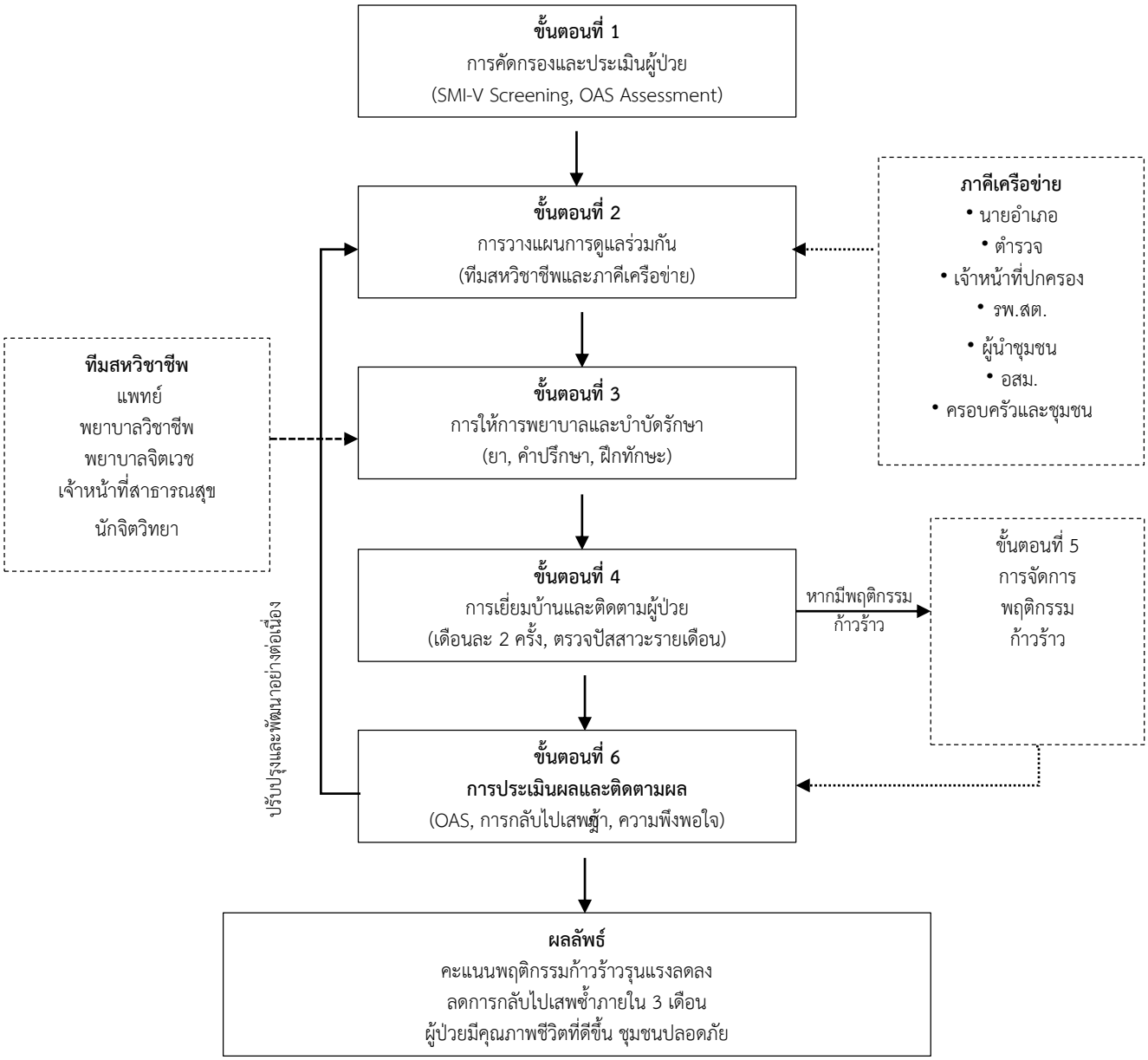
ผลการศึกษา

1) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์ (Analysis) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 แหล่ง ได้แก่ ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โรงพยาบาลโพนทอง ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 25 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ เจ้าหน้าที่ปกครอง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เวลาในการสนทนา 150 นาที ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และจัดหมวดหมู่ตามประเด็นการสนทนา พบว่า ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนของอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่ม พบปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน 7 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านกระบวนการดูแล พบว่ายังไม่มี

กระบวนการดูแลที่เป็นระบบและมาตรฐานเดียวกัน การดูแลเป็นไปแบบเฉพาะกิจ ขาดการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และการเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอ จึงต้องการพัฒนากระบวนการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การวางแผน การดูแล และการประเมินผล พร้อมกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ด้านการทำงานแบบบูรณาการ พบว่าการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ไม่มีการประชุมหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเป็นระบบ จึงต้องการพัฒนารูปแบบการทำงานแบบบูรณาการที่ชัดเจน มีการประชุมทีมเป็นประจำทุกเดือน และมีช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว ด้านเครื่องมือและระบบสนับสนุน พบว่าไม่มีเครื่องมือประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นมาตรฐาน ขาดแบบฟอร์มการบันทึกและติดตามที่เป็นระบบ และไม่มีระบบฐานข้อมูลกลาง จึงต้องการพัฒนาเครื่องมือประเมิน Overt Aggression Scale พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ด้านความรู้และทักษะ พบว่าบุคลากรขาดความรู้และทักษะในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จึงต้องการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างศักยภาพทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ด้านผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา ไม่กินยา กลับไปเสพซ้ำ ญาติไม่ต้องการดูแล และขาดความรู้ในการดูแล จึงต้องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีระบบติดตามการกินยาอย่างใกล้ชิด และตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเป็นประจำ ด้านชุมชนและสังคม พบว่าชุมชนมีการตีตราและไม่ยอมรับผู้ป่วย รู้สึกกลัวและไม่ปลอดภัย ขาดความรู้ความเข้าใจ จึงต้องการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชน ลดการตีตรา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง และด้านระบบสนับสนุน พบว่าขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน จึงต้องการขอการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจน

2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า "รูปแบบ CARE-PACS" ซึ่งย่อมาจาก Community-based Aggressive Behavior Reduction and Relapse Prevention through Active Collaboration and Support เป็นรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการลดพฤติกรรมก้าวร้าวและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในชุมชนผ่านการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) หลักการและวัตถุประสงค์ มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (2) กรอบแนวคิดใช้ทฤษฎีการพยาบาลของเพพเพลา ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แนวคิดการจัดการรายกรณี และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน (3) โครงสร้างและกระบวนการดูแล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ OAS การวางแผนการดูแลร่วมกันในการประชุมทีม การให้การพยาบาลและบำบัดรักษาตามแผน การเยี่ยมบ้านและติดตามอาการอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง การจัดการเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างทันท่วงทีภายใน 30 นาที และการประเมินผลทุก 3 เดือน (4) บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย กำหนดบทบาทอย่างชัดเจนให้แต่ละภาคส่วน โดยโรงพยาบาลโพนทองเป็นแกนหลักในการประเมินและรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคัดกรองและติดตามในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขเฝ้าระวังและแจ้งเตือน ตำรวจและเจ้าหน้าที่ปกครองจัดการความปลอดภัย และผู้นำชุมชนสร้างความ

เข้าใจและลดการตีตรา (5) เครื่องมือและแบบฟอร์มการประเมิน ใช้แบบคัดกรอง SMI-V แบบประเมิน OAS แบบติดตามการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว และผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด (6) ระบบสนับสนุนและการประสานงาน มีระบบฐานข้อมูลกลาง ช่องทางการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์และโทรศัพท์ฉุกเฉิน การประชุมทีมเป็นประจำทุกเดือน และคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับทุกภาคส่วน และ (7) การติดตามและประเมินผล ติดตามผลการดูแลด้วยตัวชี้วัดหลัก 3 ตัว คือ คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.00 และความพึงพอใจของทีมงานอยู่ในระดับมาก รูปแบบ CARE-PACS นี้เป็นนวัตกรรมการดูแลที่บูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ต่อเนื่อง และยั่งยืน ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เข้าร่วมการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เข้าร่วมการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแล อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.00 และเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 10.00 มีอายุเฉลี่ย 32.80 ปี (SD = 8.45) อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 52 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.67 รองลงมาคือ อายุ 36-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 อายุ 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.33 อายุ 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.00 อายุ 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.00 อายุ 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.00 อายุ 18-20 ปี และอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.67 เท่ากัน ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.00 และปวส./อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 36.67 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 13.33 และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ ด้านการวินิจฉัยโรคจิตเวช พบว่า ทุกรายได้รับการวินิจฉัยเป็น F15 ความผิดปกติจากสารกระตุ้น (ยาบ้า/ไอซ์) คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาประเภทยาเสพติดที่ใช้ พบว่า ทุกรายใช้ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้สารเสพติดร่วม ได้แก่ กัญชา คิดเป็นร้อยละ 16.67 แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 13.33 และกระท่อม คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเสพยาเสพติดเฉลี่ย 11.25 ปี (SD = 4.82) ต่ำสุด 2 ปี และสูงสุด 22 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเสพ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.67 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 และ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ ด้านจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการบำบัด พบว่า ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัด 4-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ มากกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 10.00 และ 2-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.33 ตามลำดับ โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยในการเข้ารับการบำบัด 4.20 ครั้ง (SD = 1.35) เมื่อพิจารณาการกลับไปเสพซ้ำในอดีต พบว่า ส่วนใหญ่กลับไปเสพซ้ำ 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 3-4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ด้านโรคร่วมอื่นๆ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนที่มีโรคร่วมพบว่า โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 26.67 โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 10.00 ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 6.67 และโรคอื่นๆ (หอบหืด เลือดจาง ลมชัก) คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ทุกรายมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 100 โดยประเภทพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบบ่อยที่สุดคือ การทำลายทรัพย์สิน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ การด่าทอ/ข่มขู่ คิดเป็นร้อยละ 16.67 การทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 13.33 และการทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ด้านความถี่ของพฤติกรรมก้าวร้าวในเดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.00 3-4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.67 และ 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ เมื่อขาดยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีอาการทางจิต คิดเป็นร้อยละ 16.67 และถูกยั่วยุ/กระตุ้น คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ด้านประวัติการถูกนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว

พบว่า ทุกรายเคยถูกนำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 โดยเฉลี่ยคนละ 2-5 ครั้ง เมื่อพิจารณาประวัติการมีปัญหากับกฎหมายเนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ส่วนใหญ่เคยมีปัญหากับกฎหมาย คิดเป็นร้อยละ 60.00 และไม่เคยมีปัญหากับกฎหมาย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ตามลำดับ

3.2) ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับปานกลาง (คะแนน 5-8) คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือระดับสูง (คะแนน 9-12) คิดเป็นร้อยละ 33.33 และระดับต่ำ (คะแนน 1-4) คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับต่ำ (คะแนน 1-4) คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (คะแนน 0) คิดเป็นร้อยละ 23.33 และระดับปานกลาง (คะแนน 5-8) คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

3.3) การเปรียบเทียบคะแนนรายข้อของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงรวมเฉลี่ย 7.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน (SD = 2.15) อยู่ในระดับกึ่งเร่งด่วนถึงเร่งด่วน

3.4) การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ภาพรวมคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงรวมเฉลี่ย 7.80±2.15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน อยู่ในระดับกึ่งเร่งด่วนถึงเร่งด่วน หลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงรวมเฉลี่ย 2.53±1.43 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ -5.27 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 67.56 ของคะแนนก่อนใช้รูปแบบ และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-15.84, p<0.001, 95%CI: -5.93, -4.61) เมื่อพิจารณารายด้าน มีรายละเอียดดังนี้ ด้านที่ 1 การทำร้ายด้วยวาจา (Verbal Aggression) ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 2.20±0.76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 0.67±0.48 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า มีคะแนนลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ -1.53 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.55 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-11.23, p<0.001, 95%CI: -1.81, -1.25) ด้านที่ 2 การทำร้ายร่างกาย

ผู้อื่น (Physical Aggression Against Others) ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 2.03±0.85 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 0.63±0.56 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า มีคะแนนลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ -1.40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 68.97 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-9.87, p<0.001, 95%CI: -1.69, -1.11) ด้านที่ 3 การทำร้ายตนเอง (Physical Aggression Against Self) ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 1.20±0.71 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ หลังการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 0.40±0.50 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า มีคะแนนลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ -0.80 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-6.42, p<0.001, 95%CI: -1.05, -0.55) ด้านที่ 4 การทำลายทรัพย์สิน (Physical Aggression Against Property) ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 2.37±0.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง หลังการใช้รูปแบบการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 0.83±0.59 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า มีคะแนนลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ -1.54 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64.98 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-10.52, p<0.001, 95%CI: -1.84, -1.24) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 30)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
คะแนนรวมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (เต็ม 16 คะแนน)							
- ก่อนใช้รูปแบบ	7.80	2.15	กึ่งเร่งด่วน	-5.27	-15.84	-5.93, -4.61	<0.001*
- หลังใช้รูปแบบ	2.53	1.43	ต่ำ				
ด้านที่ 1 การทำร้ายด้วยวาจา (เต็ม 4 คะแนน)							
- ก่อนใช้รูปแบบ	2.20	0.76	ปานกลาง	-1.53	-11.23	-1.81, -1.25	<0.001*
- หลังใช้รูปแบบ	0.67	0.48	ต่ำ				
ด้านที่ 2 การทำร้ายร่างกายผู้อื่น (เต็ม 4 คะแนน)							
- ก่อนใช้รูปแบบ	2.03	0.85	ปานกลาง	-1.40	-9.87	-1.69, -1.11	<0.001*
- หลังใช้รูปแบบ	0.63	0.56	ต่ำ				
ด้านที่ 3 การทำร้ายตนเอง (เต็ม 4 คะแนน)							
- ก่อนใช้รูปแบบ	1.20	0.71	ต่ำ	-0.80	-6.42	-1.05, -0.55	<0.001*
- หลังใช้รูปแบบ	0.40	0.50	ต่ำ				
ด้านที่ 4 การทำลายทรัพย์สิน (เต็ม 4 คะแนน)							
- ก่อนใช้รูปแบบ	2.37	0.89	ปานกลาง	-1.54	-10.52	-1.84, -1.24	<0.001*
- หลังใช้รูปแบบ	0.83	0.59	ต่ำ				

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

3.5) การเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือนของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล (ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน) มีผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.67 โดยตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อพิจารณาความถี่ของการกลับไปเสพซ้ำ พบว่า กลับไปเสพซ้ำ 3 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุด 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ กลับไปเสพซ้ำ 2 ครั้ง จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 กลับไปเสพซ้ำ 1 ครั้ง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 และไม่กลับไปเสพซ้ำ จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่กลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่เสพซ้ำเท่ากับ 2.17 ครั้ง (SD = 0.72) เมื่อพิจารณาช่วงเวลาที่กลับไปเสพซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่กลับไปเสพซ้ำในเดือนที่ 1 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ เดือนที่ 2 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 และเดือนที่ 3 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 โดยตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อพิจารณาความถี่ของการกลับไปเสพซ้ำ พบว่า กลับไปเสพซ้ำ 1 ครั้ง มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 กลับไปเสพซ้ำ 2 ครั้ง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 และไม่กลับไปเสพซ้ำ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่กลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่เสพซ้ำเท่ากับ 1.25 ครั้ง (SD = 0.50) เมื่อพิจารณาช่วงเวลาที่กลับไปเสพซ้ำ พบว่า กลับไปเสพซ้ำในเดือนที่ 2 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 และเดือนที่ 3 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดกลับไปเสพซ้ำในเดือนแรกหลังเข้าร่วมโครงการ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือน พบว่า มีการลดลงจากร้อยละ 76.67 เป็นร้อยละ 13.33 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 63.34 หรือผู้ป่วยที่ไม่กลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.33 เป็นร้อยละ 86.67 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80.00 และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการกลับไปเสพซ้ำลดลงจาก 2.17 ครั้ง เป็น 1.25 ครั้ง ลดลง 0.92 ครั้ง

3.6) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการประเมินทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน จำนวน 25 ราย โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมทีมงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD = 0.41) คิดเป็นร้อยละ 93.00 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในอำเภอโพนทอง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงานที่มีประวัติการใช้ยาบ้าและมีพฤติกรรมก้าวร้าวในรูปแบบการทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน สอดคล้องกับปริยา ประกิระนะและคณะ[9] และพิพัฒน์ พันเลียวและคณะ[10] ที่พบว่าผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในหลายรูปแบบ การศึกษาพบปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้หลายด้าน ได้แก่ กระบวนการดูแลที่

ไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง การทำงานแบบบูรณาการที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดเครื่องมือประเมินมาตรฐาน บุคลากรขาดความรู้และทักษะ ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยอมรับการรักษา ชุมชนมีการตีตราและขาดความเข้าใจ รวมทั้งขาดการสนับสนุนและงบประมาณไม่เพียงพอ สอดคล้องกับโกศล เจริญศรี [11] และพิชาพร ศิริโสมและคณะ[12] ที่พบปัญหาคล้ายคลึงกันในพื้นที่ต่างๆ ความต้องการในการดูแลที่พบจากการศึกษา ได้แก่ ต้องการรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและมีความต่อเนื่อง ต้องการเครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐานและใช้งานง่าย ต้องการการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร ต้องการระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย และต้องการการสร้างความเข้าใจและลดการตีตราในชุมชน สอดคล้องกับ Lulla และคณะ[13] ที่พบว่าการจัดการผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยคู่ต้องการแนวทางการดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูทางจิตสังคม และการสนับสนุนจากชุมชน

การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยเจ็ดองค์ประกอบหลักที่ครอบคลุมตั้งแต่หลักการและวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล โครงสร้างและกระบวนการหกขั้นตอน บทบาทหน้าที่ทีมงานที่ชัดเจน เครื่องมือและแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐาน ระบบสนับสนุนและประสานงาน ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล สอดคล้องกับรัตติยา ดีปัญญาและคณะ[14] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการหลายทฤษฎี และสอดคล้องกับปริยา ประกิระนะและคณะ[9] ที่พัฒนาแนวทางการดูแลโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนและการทำงานเป็นทีม กระบวนการพัฒนารูปแบบใช้ระยะเวลาสี่เดือน โดยมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินหลายชนิด การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานห้าเล่มสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และการจัดอบรมบุคลากรสองครั้งก่อนนำไปใช้จริง สอดคล้องกับพิชาพร ศิริโสมและคณะ[12] และโกศล เจริญศรี[11] ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายผ่านการอบรมและการมีส่วนร่วม การทดลองใช้รูปแบบแบ่งเป็นสองวงรอบ พบว่าทีมงานสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยสิบสามครั้งต่อคน จัดการวิกฤตสิบครั้งโดยทุกครั้งสามารถตอบสนองได้ภายในสามสิบนาทีและไม่มีการบาดเจ็บ สอดคล้องกับพิพัฒน์ พันเลียวและคณะ[10] ที่พบว่ารูปแบบการบูรณาการที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและอัตราการคงอยู่ในโปรแกรมการบำบัด และสอดคล้องกับ Ringeisen และคณะ[15] ที่พบว่าการรักษาแบบบูรณาการระหว่างสุขภาพจิตและยาเสพติดมีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาแยกกัน

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับรัตติยา ดีปัญญาและคณะ[14] ที่พบว่ารูปแบบการดูแลที่ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญและมีความเหมาะสมสูงสามารถนำไปใช้ได้ผลในทางปฏิบัติ ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลหลังการใช้เป็นเวลาสามเดือน พบว่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากระดับกึ่งเร่งด่วนถึงเร่งด่วนเป็นระดับต่ำ โดยลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง สอดคล้องกับปริยา ประกิระนะและคณะ[9] พิพัฒน์ พันเลียวและคณะ [10] และโกศล เจริญศรี[11] ที่พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวตามแบบประเมิน OAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังใช้แนวทางการดูแล การลดลงของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การใช้กระบวนการคัดกรองและประเมินที่เป็นระบบด้วยแบบประเมิน OAS[16] การเยี่ยมบ้านเดือนละสองครั้งและการติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์ทุกสัปดาห์ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล การมีทีมตอบสนองฉุกเฉินตลอดยี่สิบสี่

ชั่วโมงที่สามารถตอบสนองได้ภายในสามสิบนาทีโดยใช้เทคนิค De-escalation การให้การพยาบาลและบำบัดที่ครอบคลุม และการทำงานแบบบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายรวมทั้งครอบครัวและชุมชนทำให้เกิดระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่ง สอดคล้องกับ Russo และคณะ [17] ที่พบว่าการจัดการผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมก้าวร้าวต้องใช้แนวทางที่หลากหลายและครอบคลุมทั้งการรักษาทางการแพทย์และการสนับสนุนทางสังคม อัตราการกลับไปเสพซ้ำภายในสามเดือนลดลงอย่างมากจากประมาณสามในสี่เหลือเพียงประมาณหนึ่งในแปด สอดคล้องกับปริยา ประกิระนะและคณะ [9] และรัตติยา ดีปัญญาและคณะ[14] ที่พบว่าอัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังใช้แนวทางการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ White และคณะ[18] ที่พบว่าการมีระบบสนับสนุนทางสังคมและการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยลดความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ได้รับคะแนนสูงสุด สอดคล้องกับพิพัฒน์ พันเลียวและคณะ[10] ปริยา ประกิระนะและคณะ[9] และโกศล เจริญศรี[11] ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมและภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจในระดับสูงของทีมงานแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามข้อจำกัดด้านเครื่องมือและระบบสนับสนุนที่ได้รับคะแนนต่ำสุดชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้ใช้งานได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Guyer และคณะ[19] ที่พบว่าการใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานมีความสำคัญต่อความแม่นยำในการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ ขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจสุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2025). World Drug Report 2025 [Internet]. Vienna: UNODC; 2025 [cited 2025 Jan 16]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2568). สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ปปส.; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://oncb.go.th
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2565). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/1394
4. รายงานสุขภาพคนไทย.(2568). ปัญหายาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. [สถานที่ไม่ปรากฏ]: รายงานสุขภาพคนไทย; [ม.ป.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=182
5. สุขุมาลย์ เล็กมีชัย.(2567). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1001

6. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดร้อยเอ็ด.(2565). สถานการณ์การเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดร้อยเอ็ด; 2565.
7. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.(2567). โรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://reh.go.th
8. ศรีสุดา ลุนพุฒิ, นารีรัตน์ หาญกล้า.(2564). การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(2):107-16.
9. ปริยา ประกิระนะ, จักรชัย สว่างไธสง, ดวงใจ บุญมี, กัญจน์ณิชา จันทะนุย, อรทัย ไชยสันต์.(2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;10(2):112-25.
10. พิพัฒน์ พันเลียว, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, สารรัตน์ วุฒิอาภา.(2567). การพัฒนารูปแบบการบูรณาการเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2567;33(1):45-58.
11. โกศล เจริญศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):266-96.
12. พิชาพร ศิริโสม, สุภาพร ธรรมสอน, วิไลวรรณ ทองเจริญ.(2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(2):89-102.
13. Lulla A, Mascarenhas J, Dornelles L, Hsu C.(2024). Navigating the complex intersection of substance use and psychiatric disorders: A comprehensive review. J Clin Med. 2024;13(4):999.
14. รัตติยา ดีปัญญา, จิตจำนง ยี่ภู่, ไพรินทร์ อาจหาญ, ลัดดาวัลย์ กลางคาร, กนกวรรณ ภูยาธร, สมหวัง เวียงอินทร์.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(1):216-26.
15. Ringeisen H, Edlund M, Guyer H, Olfson M, First M, Dixon L, et al.(2025). Prevalence of past-year mental and substance use disorders, 2021-2022. Psychiatr Serv. 2025;76(8):812-25.
16. ศรีรัตน์ พงศ์เจริญ, และคณะ.(2562). การศึกษาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและโครงสร้างของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggression Scale (OAS) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช. วารสารจิตเวชศาสตร์ไทย. 2562;61:325-34.
17. Russo G, Carvalho A, Vorspan F, Perrone D, Dervaux A, Lôo H.(2022). Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. Int J Ment Health Addict. 2022;20(3):1543-58.
18. White H, Loeber R, Farrington D.(2020). Aggression, violence, and substance abuse in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(12):1412-25.
19. Guyer H, Ringeisen H, Edlund M, Dever J, Carpenter K, Geiger J, et al.(2024). Mental and substance use disorders prevalence study: Background and methods. Int J Methods Psychiatr Res. 2024;33(1):e2000.

ผลของการใช้โปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน

The Effect of Using a Program to Surgical Site Infection Prevention Among Registered Nurses Phang Khon Hospital.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

จันทร์เพ็ญ สัพโส[1]
Junpen Sappaso[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง(One groups pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ ได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดแบบจำลองพรีซีด-โพรซีด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าPaired-t-test และ Fisher's exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง พยาบาลวาชีพมีความรู้ และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) จะเห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงควรใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการนำไปจัดทำโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพ แบบจำลองพรีซีด-โพรซีด

Abstract

The quasi - experimental research (One group pretest - posttest design) aims to study The effects of a Programs prevention infection surgical site among registered nurses Phang Khon Hospital. The samples were 9 nurses caring for patient operations that passed the inclusion and exclusion criteria. The tool used in the experiment was a program to prevention infection surgical site among registered nurses that applied concepts based on the pre-seed-proceed model. Data were collected using a knowledge questionnaire about prevention infection surgical site and practice to prevention infection surgical site. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired-t-test, Fisher's exact Test.

The findings showed that after the experiment, the sample group had knowledge about prevention infection surgical site and practice to prevention infection surgical site was significantly higher than before using the program ($p<.001$).

Keywords: Prevention Infection Surgical Site Program, Nurses PRECEDE -PROCEED Model

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลของสมาคมเครือข่ายความปลอดภัยการดูแลสุขภาพแห่งชาติ ในปี ค.ศ. 2021 พบผู้ป่วยการผ่าตัดจำนวน 2,759,027 ครั้ง จากการรักษาที่สูงนี้[1]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพังโคน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการรักษานี้คือการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection [SSI]) และการติดเชื้อตำแหน่งนี้เป็นการติดเชื้อที่เป็นการติดเชื้อจากการรักษาในโรงพยาบาล (Healthcare-associated infections: HAI) ที่พบบ่อยมากที่สุด โดยจะนับระยะเวลาการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังการผ่าตัดทั่วไป หรือไม่เกิน 1 ปีหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ[2] จากรายงานการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของสมาคมเครือข่ายความปลอดภัยการดูแลสุขภาพแห่งชาติ พบการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดสูงถึง 21,186 ครั้ง ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับปี ค.ศ. 2020[1] การติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดนี้ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11 วันในประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 10,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี ผู้ป่วย ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำถึงร้อยละ 78.00[3]

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดนี้พบว่า ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับขั้นตอน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัด จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกัน การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดครบทุกข้อเพียงร้อยละ 24.20 ส่วนการปฏิบัติในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังพบ อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 7.10[4] พยาบาลส่วนหนึ่งมีความรู้ในการดูแลบาดแผลอยู่ในระดับต่ำ[5] ความรู้ ของพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลที่ ไม่ถูกต้อง ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ ดังการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาล กล่าวคือ ถ้าบุคลากรมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง อาจส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ไม่ถูกต้องไปด้วย การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลที่ไม่ถูกต้องเพียง 1 ครั้ง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้[6] ดังนั้นความรู้และการปฏิบัติการป้องกัน การติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดจึงมีความสำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติอย่างเคร่งคัดให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดต่ำลง[7]

จากปัจจัยเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องนี้ทำให้สมาคมการป้องกันการติดเชื้อหลาย ๆ สถาบัน ในต่างประเทศได้ทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันการติเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด โดยแนวปฏิบัตินี้รวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เมื่อปฏิบัติแล้วสามารถลดการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดซึ่งใช้ได้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย มี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะระหว่างการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด แต่การปฏิบัติในระยะก่อนการผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัดมีหลายกิจกรรมที่เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ดังนี้ ดังเช่นแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของสมาคมควบคุมการติดเชื้อ แห่งเอเชียแปซิฟิกได้แก่ การอาบน้ำ/อาบน้ำด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การกำจัดขน การจัดการบุคลากรที่ติดเชื้อ การจำแนกประเภทของแผลผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพก่อนการผ่าตัด การล้างมือของบุคลากร การทำ ความสะอาดแผลผ่าตัด การดูแลแผลย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังการผ่าตัด[8] ถ้าหากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ถูกต้องก็อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้กับผู้ป่วยได้ แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ถูกตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงหลายทศวรรษและหลายปีที่ผ่านมา แต่การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ ไม่ถูกต้องหลายประเด็น ดังการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาล

วิชาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 97.5 ทำความสะอาดมือและใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการทำความสะอาดแผลไม่ถูกต้อง[9] และการศึกษาการปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดที่ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.2 และระดับสูงร้อยละ 92.9 ตามลำดับ แต่เมื่อจำแนกตามความถี่ของการปฏิบัติพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งในระยะก่อนการผ่าตัดเพียงร้อยละ 45.5 และระยะหลังการผ่าตัดร้อยละ 73.00[4] จากข้อมูลจะพบว่าส่วนหนึ่งพยาบาลยังปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานจึงควรจัดทำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อนี้ให้มีความชัดเจน เพื่อสนับสนุน ให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้สามารถลดการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดที่ต่ำได้

สำหรับโรงพยาบาลพังโคนเป็นโรงพยาบาลที่พัฒนาศักยภาพยกระดับเป็นโรงพยาบาลระดับ M2 โดยได้เพิ่มศักยภาพด้านการผ่าตัดให้มีความพร้อมในทุก ๆ ด้าน จากสถิติการผ่าตัดในปี 2565 มีการผ่าตัดจำนวน 973 คน และในปี 2566 จำนวน 1,255 คน และในปี พ.ศ. 2567 มีแนวโน้มสูงขึ้นตามศักยภาพ ของโรงพยาบาล M2 คือมีผู้ป่วยผ่าตัดสูงถึง 1,477 คน จากแนวโน้มการผ่าตัดที่สูงเพิ่มขึ้นนี้ ได้ส่งผลให้เกิด การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 – 2567 พบอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 2.04, 3.13 และ 3.97 ตามลำดับ[10] ซึ่งการตรวจสอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าส่วนหนึ่งพยาบาลวิชาชีพไม่ทำ ความสะอาดมือและไม่สวมหน้ากากอนามัยในการล้างทำความสะอาดแผล จากการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าปัญหาพบว่า แนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ฉบับที่ใช้ปัจจุบันประกาศใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 ซึ่งแนวปฏิบัติเดิมนี้ขาดแนวทางการทำ check list และไม่คลอบคลุมข้อมูลการปฏิบัติการใส่หน้ากากอนามัยในการทำความสะอาดแผล ขาดการสนับสนุนชุดกำจัดขน นั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษที่รับผู้ป่วยทุกประเภท และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพที่เพิ่มขึ้น ของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ดังนั้นหอผู้ป่วยพิเศษรวมที่มีผู้ป่วย มารับบริการที่หลากหลายโรค จึงควรมีโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด เพื่อช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนี้ 1)ปัจจัยนำโดยการอบรมให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด 2)ปัจจัยเอื้อโดยการให้คู่มือป้องกัน การติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล และการติดโปสเตอร์เตือน และ 3)ปัจจัยเสริมโดยการสนับสนุนผ้าเช็ดมือ แอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากอนามัย ถุงมือปราศจากเชื้อ ชุดกำจัดขน ซึ่งประกอบด้วย ได้แก่ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วยเรื่อง การกำจัดขนก่อนการผ่าตัด การอาบน้ำก่อน การผ่าตัด การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ และ 2) ระยะหลังการผ่าตัดประกอบด้วยเรื่อง การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดแผล การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด[8] ซึ่งโปรแกรมนี้จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง จึงจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพังโคน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด

2) เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการ

ติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด

สมมุติฐานการวิจัย

1) ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน หลังการใช้โปรแกรมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด

2) การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน หลังการใช้โปรแกรมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยเปรียบเทียบผล ในกลุ่มเดียวซึ่งวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest - posttest design) ทำการศึกษา กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 9 คน และอาศัยเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่อยู่ในช่วงเวลาที่ศึกษา ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยตรง 2) ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยพิเศษ และ3) ยินยอม เข้าร่วมการศึกษา ใช้ระยะเวลาในการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 11 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2568 หรือหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมจังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ พยาบาลชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ ของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2568 หรือหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมจังหวัดสกลนคร คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และแนวทาง การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

3) แบบสังเกตการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของสมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งเอเชียแปซิฟิก ประกอบด้วย การล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย การสวมถุงมือปราศจากเชื้อ การกำจัดขน การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพ การทำความสะอาดแผล และการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติ ไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด มีกิจกรรม ดังนี้

2.1 ปัจจัยนำ คือ การอบรมให้ความรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย

พิเศษ

1) การอบรมให้ความรู้โดยใช้สื่อเพาเวอร์พอย และการบรรยายด้วยสื่อวีดีทัศน์ ผู้วิจัย จะดำเนินการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคน ครั้งละ 6-7 คน จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที

2) การสาธิตปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด และเตรียมอุปกรณ์เพื่อประกอบการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย การกำจัดขนก่อนการผ่าตัดการอาบน้ำก่อน การผ่าตัด การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัด การให้ ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ และ 2) ระยะหลังการผ่าตัดประกอบด้วย เรื่อง การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดแผล การเฝ้าระวัง การติดเชื้อแผลผ่าตัด ให้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคน ใช้เวลาในการสาธิตแต่ละกิจกรรมประมาณ 30 นาที ครั้งละ 6-8 คน จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที

2.2 ปัจจัยเอื้อ

1) จัดทำคู่มือปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด และแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่พัฒนาจากแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของสมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งเอเชียแปซิฟิก ปี. ค.ศ. 2019 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด เกณฑ์การวินิจฉัย อุบัติการณ์ ผลกระทบของการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยง วิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดใน 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วยเรื่อง การกำจัดขนก่อนการผ่าตัดการอาบน้ำก่อน การผ่าตัด การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนัง ก่อนการผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ และ 2) ระยะหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยเรื่อง การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดแผล การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดโดยจัดทำเป็น QR code สแกนสำหรับทบทวน

2) การสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะดำเนินการสนทนาในสถานที่ ที่เป็นส่วนตัวในบุคคลที่ทำผิดซ้ำเดิม ข้อมูลประกอบด้วย จำนวนครั้งของข้อมูลที่ปฏิบัติถูกต้องและไม่ถูกต้อง ให้คำชมเชยในส่วนที่ปฏิบัติถูกต้อง ส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องจะชี้แจงถึงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและสาธิตซ้ำ ในกิจกรรมนั้น ๆ ใช้จดหมายปิดผนึก ไม่แสดงชื่อและข้อมูลของผู้ถูกสังเกต แต่ใช้รหัสแทน แจกหลังจาก การสังเกตทุก 2 สัปดาห์

3) การติดโปสเตอร์เตือน ผู้วิจัยจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้ขนาด 21.00 x 29.7 เซนติเมตร ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดทั้ง 2 ระยะ เพื่อกระตุ้นเตือน การปฏิบัติ ติดในสถานที่ปฏิบัติงานโดยเปลี่ยนทุก 2 สัปดาห์

4) กล่าวชื่นชมโดยภาพรวม และเป็นรายบุคคลในส่วนที่มีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดได้ดี

2.3 ปัจจัยเสริม

การสนับสนุนอุปกรณ์โดยการสนับสนุนผ้าเช็ดมือ แอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากอนามัย ถุงมือปราศจากเชื้อ ชุดกำจัดขน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณหาค่าตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence) (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.84 แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร สำหรับ

แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.84 ส่วนแบบวัดความรู้ไปหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบ (KR-20) โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.81 และแบบสังเกตนำไปหาค่าความความเชื่อมั่นจากการสังเกต (interrater reliability) จนได้ค่าเท่ากับ 1 เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.ระยะก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 1 – 4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ก่อนการทดลอง (pre-test) กับกลุ่มตัวอย่าง และสังเกตการปฏิบัติการป้องกัน การติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ

2. ระยะการทดลอง โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5-7 โดยผู้วิจัยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่ออบรม ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดตามกิจกรรมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัดได้แก่ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วยเรื่อง การกำจัดขนก่อนการผ่าตัดการอาบน้ำก่อน การผ่าตัด การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การทำ ความสะอาดมือ และ 2) ระยะหลังการผ่าตัดประกอบด้วยเรื่อง การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดแผล การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด การสาธิตการปฏิบัติย้อนกลับเป็นรายบุคคล กล่าวชื่นชมโดยภาพรวมและรายบุคคล ตามกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ดี ปรับเปลี่ยนการติดโปสเตอร์เตือนทุก 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8-11 ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดตามแบบ checklist ไปสังเกตตามกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด

3. ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลความรู้ และสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษ ก่อนและหลังการทดลอง มาวิเคราะห์ผลการทดลอง ประชุมเชิงปฏิบัติการ นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดที่ยังปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซ้ำ กล่าวชื่นชมในส่วนที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ขอความร่วมมือในส่วนที่ยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม และจัดทำแผนการนิเทศงานอย่างต่อเนื่องพร้อมกล่าวขอบคุณในความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1.สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน รัดยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ตามโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทศสอบค่า Paired t-test และ Fisher exact test ในการเปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-095 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100.00 มีอายุเฉลี่ย 39.88 ปี (SD=12.159) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 มีระยะเวลา

ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษ เฉลี่ย 17.25 ปี (SD=11.671) ประสบการณ์การอบรมการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดนั้น มีประสบการณ์อบรม ร้อยละ 55.56 และไม่มีประสบการณ์อบรม ร้อยละ 44.44 เป็นต้น

2. ผลของโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพังโคน หลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ของการติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดคือการล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 11.29, S.D. = 1.940) และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้โดยรวมด้านการล้างมือ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 15.00, S.D. = 0.00) โดยหลังการได้รับโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่ง แผลผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

2.2 แสดงผลการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในหลายรายการพยาบาลมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนใช้โปรแกรม โดยเฉพาะรายการที่มีการปฏิบัติครบถ้วนในอัตราร้อยละ 100 ทั้งก่อนและ หลังทำให้ไม่สามารถคำนวณค่า *t*-test ได้ เนื่องจากไม่มีความแปรปรวนของข้อมูล อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายการที่มีความแตกต่างของคะแนน พบว่า หลายรายการมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นหลังการใช้โปรแกรมอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะรายการที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือ การสวมถุงมือสะอาด และการทำความสะอาดแผล ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ข้อ 3 ข้อ 6 ข้อ 10 ข้อ 11 ข้อ 12 ข้อ 13 ข้อ 14 ข้อ 16 และข้อ 18 (p < .05)

เมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อรายด้าน และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโดยภาพรวม พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในรายด้าน การทำความสะอาดมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อน ก่อนกำจัดขน ให้ผู้ป่วยอาบน้ำก่อนการผ่าตัดด้วยสบู่ที่ผสมยาทำลายเชื้อ เช่น คลอร์เฮกซิดีน กูลโคเนท (chlorhexidine gluconate) ให้ยาด้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ตามคำสั่งแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ปิดแผลผ่าตัดด้วยผ้าปิดแผลปราศจากเชื้อเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง ภายหลังการผ่าตัด (กรณีไม่มีข้อห้าม) สวมผ้าปิดปากและจมูก (maask) ในขณะทำความสะอาดแผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย ทำความสะอาดมือ ด้วยน้ำและสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อนก่อนทำความสะอาดแผลผ่าตัด สวมถุงมือสะอาดในการทำความสะอาดแผลผ่าตัด เฝ้าระวังการติดเชื้อโดยประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในขณะที่ทำความสะอาดแผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย เช่น มีอาการปวด บวม แดง กดเจ็บรอบ ๆ แผลผ่าตัด และการปฏิบัติการป้องกัน การติดเชื้อโดยภาพรวม สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของการโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1.ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ

ตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ ตามแนวคิดแบบจำลองพรีขีด- โพรซีด [11] ที่ระบุว่าปัจจัยนำนั้นจะช่วยกระตุ้นหรือชี้นำให้บุคคลเกิดการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ควรมีการจัดทำโปรแกรมฯ ให้มีกิจกรรมที่มีความชัดเจน สื่อสารอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้โดยใช้สื่อเพาเวอร์พอย การบรรยายด้วยสื่อวีดีทัศน์ จำนวน 2 ครั้ง ฝึกปฏิบัติในการทบทวนแนวทางการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด และจัดทำคู่มือการป้องกัน การติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทบทวนความรู้ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนิศาชล โชคะสูต และคณะ[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในแผนกวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดกิจกรรมอบรมเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยาย ชมวีดีทัศน์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อทบทวนแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) จาก 5.75 คะแนน เป็น 9.06 คะแนน

2. การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05) ในรายด้านการทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อนก่อนกำจัดขน ให้ผู้ป่วยอาบน้ำก่อนการผ่าตัดด้วยสบู่ที่ผสมยาทำลายเชื้อ เช่น คลอร์เฮกซิดีน กูลโคเนท ให้ยาด้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ตามคำสั่งแพทย์ เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดปิดแผลผ่าตัดด้วยผ้าปิดแผลปราศจากเชื้อเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด (กรณีไม่มีข้อห้าม) สวมผ้าปิดปากและจมูก ในขณะทำความสะอาดแผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย ทำความสะอาดมือ ด้วยน้ำและสบู่ หรือถูมือด้วย alcohol-based hand rub ในกรณีที่มือไม่เปื้อนก่อนทำความสะอาดแผลผ่าตัด สวมถุงมือสะอาดในการทำความสะอาดแผลผ่าตัด เฝ้าระวังการติดเชื้อโดยประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดในขณะที่ทำความสะอาดแผลผ่าตัดให้ผู้ป่วย เช่น มีอาการปวด บวม แดง กดเจ็บรอบ ๆ แผลผ่าตัด และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโดยภาพรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม คือการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การฝึกทักษะการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง มีคู่มือและโปสเตอร์เตือนให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้อง และการสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับนิศาชล โชคะสูต และคณะ[12] ที่ภายหลังพยาบาลได้รับความรู้ และฝึกทักษะและทวนซ้ำในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจนั้น คะแนนของทักษะในการแปรงฟันของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และการศึกษาของลักษณา จันทราโยธากร และ กัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี[13] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาลด้าน

ความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.4 เป็นร้อยละ 92.2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ก่อนได้รับโปรแกรม (X=24.76, SD=0.64) หลังได้รับโปรแกรม (X=24.92, SD=0.27) โดยหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไม่แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม (p-value=0.007) เนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับฝึกปฏิบัติคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้โปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุก นำไปปฏิบัติ

2. ควรนำแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพนี้ เป็นแนวทางในการไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากลุ่มตัวอย่างเพียง 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งไม่มี กลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ควรมีการศึกษาซ้ำอีกครั้ง

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด ของพยาบาลวิชาชีพ โดยกำหนดให้มีกลุ่มเปรียบเทียบในการศึกษาครั้งต่อไป

3. ควรมีการศึกษาภาวะแทรกซ้อน เช่น อัตราการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด การวิเคราะห์ต้นทุน จากผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติการป้องกัน การติดเชื้อของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังโคนงและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่กรุณาให้คำปรึกษา รวมทั้งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ร่วมมือ ร่วมใจในการดำเนินการ จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่นด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Safety Network.(2021). National and state healthcare-associated infections progress report. Atlanta: National Health Safety Network; 2021. Available from: https://www.cdc.gov/hai/data/portal/progress-report.html
2. Danwang C, Bigna JJ, Tochie JN, Mbonda A, Mbanga CM, Nzalie RNT, et al.(2020). Global incidence of surgical site infection after appendectomy: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2020;10:e034266. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034266.
3. Rarani & Kramer.(2023). Three steps to reduction surgical site infection: Presentation of a comprehensive model. GMS Hygeine and Infection Control, 18, Aricle Doc17. 2023. Available from: https://doi.org/10.3205/dgkh000443

4. แสงโสม ทรัพย์มนตรี, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงค์คราญ วิเศษกุล.(2563). การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร. 2563;47(3):204-14.
5. De Faria G, do Prado TN, Lima EFA, Rogenski MB, Borghardt AT, Massaroni L.(2016). Knowledge and practice of nurses on the care of wounds. J Nurs. 2016;10(12):4532-38. doi: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201614.
6. Marwati T, Subiyanto AA, Mardikanto T, Priyambodo P, Wibowo M, Qomariyah N.(2016). The impact of surgical site infection to the health care cost. Int J Public Health Sci. 2016;5(2):129-33.
7. Ellsworth M, Peneza D, Ostrosky-Zeichner L.(2023). Perioperative nurses: key to surgical site infection prevention. AORN J. 2023;117(5):267-69. doi: 10.1002/aorn.13920.
8. Asia Pacific Society of Infection Control.(2019). The APSIC guidelines for the prevention of surgical site infections. Malaysia: Asia Pacific Society of Infection Control; 2019. Available from: https://apsic-apac.org/wp-content/uploads/2019/02/APSIC-SSI-Prevention-guideline-Feb-2019.pdf
9. Gillespie, Chaboyer, Allen, Morely, & Nieuwenhoven.(2014). Wound care practices: a survey of acute care nurses. JClin Nurs. 2014; Sep;23(17-18):2618-26.doi: 10.111/jocn.12479.
10. งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพังโคน.(2567). ทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด ปี พ.ศ. 2567. สกลนคร: โรงพยาบาลพังโคน
11. Green L, Kreuter M.(2005). Health program planning: an educational and ecological approach 4th ed. New York: McGraw Hill; 2005.
12. นิศาชล โชคะสูต, ธีระเดช ธรรมจำรัส, มัทนา เกษตระทัต, ณัฏฐิรา สุขสเดช, วินิตย์ หลงละเลิง.(2565). ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในแผนกวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2565. เข้าถึงได้จาก: https://www.hospital.tu.ac.th/ndtuh/upload/addsome/files/2
13. ลักษณา จันทราโยธากร, กัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี.(2564). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2564;29(1):28-38.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในมิติของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effects of a Capacity-Building Program for Village Health Volunteers (VHVs) on Telehealth Competence in Providing Palliative Care to Patients in the Community, Khian Sa District, Surat Thani Province.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

ศุภรดา จันทร์ถมยา[1]
Suparada Janthomya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในมิติของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอสม. ด้านการดูแลสุขภาพทางไกล (2) แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใช้ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในทั้งสามด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, การดูแลสุขภาพทางไกล, การวิจัยกึ่งทดลอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a competency enhancement program for Village Health Volunteers (VHVs) in the dimension of telehealth-based care on their competency in providing palliative care in the community of Khian Sa District, Surat Thani Province. The study employed a two-group design, consisting of an experimental group and a control group, with data collected before and after the intervention. The sample comprised 70 VHVs, selected through sample size calculation and simple random sampling, with 35 participants assigned to each group. Research instruments included: (1) the VHV Competency Enhancement Program in Telehealth-Based Care, and (2) a four-part questionnaire consisting of personal information, knowledge, skills, and attitudes regarding palliative care in the community. The intervention was implemented over six weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, specifically the independent t-test.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher post-test scores in knowledge, skills, and attitudes toward palliative care compared to their pre-test scores ($p < .05$). Furthermore, when compared between groups, the experimental group showed significantly higher mean scores in all three domains than the control group ($p < .05$).

[1] โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Keywords: competency enhancement program, Village Health Volunteers, palliative care, telehealth, quasi-experimental research

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยองค์การอนามัยโลก[1,2] ให้ความหมายว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและสร้างคุณค่าช่วงสุดท้ายของชีวิต การดูแลลักษณะนี้ได้รับการยอมรับในระดับโลก โดยที่ประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 67 ได้ประกาศมติ 67.19 เน้นให้ระบบบริการสุขภาพบูรณาการการดูแลประคับประคองในทุกช่วงชีวิต ขณะที่ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ส่งเสริมการดูแลตามหลักวิชาการที่ต่อเนื่องและเคารพเจตนาผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การดูแลประคับประคองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ เพราะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดค่าใช้จ่าย ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และสนับสนุนการดูแลที่บ้านซึ่งเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่[3,4]

สถานการณ์ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองกว่า 78 ล้านคนต่อปี และมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยโรคที่พบบ่อยคือโรคหัวใจ มะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[5,6] ประเทศไทยเองกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลประคับประคองเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง[7] โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองเพิ่มจาก 101 รายในปี 2565 เป็น 287 รายในปี 2567 โดยกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุดคือมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนภาระงานและความซับซ้อนของการดูแลในชุมชน อย่างไรก็ตาม การติดตามหลังจำหน่ายยังประสบปัญหา ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ พื้นที่บ้านห่างไกล ทีมสหสาขาวิชาชีพขาดความมั่นใจ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ และผู้ป่วย-ญาติมีความเครียดสูง[8] นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดระดับประเทศ เช่น การประเมินผู้ป่วยยังไม่เป็นมาตรฐาน การสื่อสารการตัดสินใจร่วมมีข้อจำกัด และระบบเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาล-ชุมชนยังไม่เป็นระบบ[9,10]

การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญเชื่อมต่อผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาล โดยสนับสนุนให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีสมรรถนะผ่านกรอบทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura[11] ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสุขภาพทางไกล (Telehealth) ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดอุปสรรคด้านระยะทาง และส่งเสริมการติดตามอาการอย่างมีประสิทธิภาพ[12,13] การพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพทางไกลจึงมีความจำเป็น เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และความมั่นใจในการดูแลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[9,10] ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในมิติการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมและสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืนในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในมิติของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบประคับประคอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบประคับประคอง

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเคียนซา อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 1,111 คน[14]

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) และโปรแกรม G*Power โดยใช้สถิติ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม โดยคำนวณค่า effect size = 0.84 และ t-value = 2.04 กำหนดระดับอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.95 และระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน รวมเป็น 70 คน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บั้น (อสม.) ในเขตอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในมิติของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[15] ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์แห่งความสำเร็จ 2) การสังเกตแบบอย่าง 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) การจัดการภาวะทางอารมณ์และกาย โดยเน้นการเรียนรู้ในรูปแบบผสมผสาน (Blended Learning) ที่ใช้ทั้งการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล และการติดตามทางไกล ผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ เช่น Line Application หรือ Telehealth Platform เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ประกอบด้วย 4 มิติ ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข[16]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการทำงานในการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประวัติการการได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน, ประสบการณ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) อำเภอเคียนซา

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ = 0.90 แบบสอบถามทักษะ = 0.89 และแบบสอบถามทัศนคติ= 0.82 ค่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามที่ใช้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบประคับประคองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ STPHO2025-234 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาตกลุ่ม

ตัวอย่างก่อนทำวิจัย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทุกราย ไม่บีบ บังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และ 3) หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่าง อย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.40 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 57.10 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 37.10 สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 62.90 ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เฉลี่ย 15.42 ปีอยู่ในช่วง 14-23 ปี ร้อยละ 51.40 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยการอบรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 82.90 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 63.00

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.60 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 51.4 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 34.30 สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 51.40 ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เฉลี่ย 15.28 ปีอยู่ในช่วง 14-23 ปี ร้อยละ 31.40 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยการอบรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 77.10 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 69.00

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

1) ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางก่อนการทดลอง (M = 12.80,S.D. = 1.89) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงหลังการทดลอง (M = 16.05, S.D. = 2.53) การเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อน (M = 12.85, S.D. = 3.01) และหลังการทดลอง (M = 12.57, S.D. = 5.21) การวิเคราะห์ paired t-test ไม่พบความแตกต่าง แสดงว่ากลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้หลังการทดลอง

2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจากระดับสูง (M = 2.55, S.D. = 0.28) เป็นระดับสูงที่สูงขึ้น (M = 2.75, S.D. = 0.27) หลังการทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วย paired t-test แสดงว่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนทักษะอยู่ในระดับสูงทั้งก่อน (M = 2.48, S.D. = 0.36) และหลังการทดลอง (M = 2.39, S.D. = 0.44) โดยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาทักษะชัดเจนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3) ผลการวิเคราะห์คะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางก่อนการทดลอง (M

= 3.06, S.D. = 0.38) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงหลังการทดลอง (M = 3.80, S.D. = 0.31) การเปรียบเทียบด้วยสถิติ paired t-test แสดงว่าคะแนนทัศนคติหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับสูงทั้งก่อน (M = 3.10, S.D. = 0.44) และหลังการทดลอง (M = 3.21, S.D. = 0.37) การวิเคราะห์ paired t-test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่ากลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับทัศนคติหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

1) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (กลุ่มทดลอง: M = 12.80, S.D. = 1.89; กลุ่มควบคุม: M = 12.85, S.D. = 3.01) โดยการทดสอบ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้ใกล้เคียงกัน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 16.05, S.D. = 2.53) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 12.57, S.D. = 5.21) การเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มหลังการทดลองด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (กลุ่มทดลอง: M = 2.55, S.D. = 0.28; กลุ่มควบคุม: M = 2.48, S.D. = 0.36) โดยการทดสอบ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 2.75, S.D. = 0.27) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 2.39, S.D. = 0.21) การเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มหลังการทดลองด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (กลุ่มทดลอง: M = 3.06, S.D. = 0.38; กลุ่มควบคุม: M = 3.10, S.D. = 0.44) โดยการทดสอบ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 3.80, S.D. = 0.31) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.21, S.D. = 0.37) การเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มหลังการทดลองด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในมิติของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอเคียนซา จังหวัด สุราษฎร์ธานี มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

1) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 12.80, S.D. = 1.89) เป็นระดับสูง (M = 16.05, S.D. = 2.53) หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนความรู้ยังคงอยู่ในระดับปานกลางและไม่แตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ($p > .05$) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของความรู้สามารถอธิบายได้จากลักษณะของโปรแกรมที่ออกแบบให้มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) และเน้นการสอนแบบใช้กรณีศึกษา (Case-Based Learning) ซึ่งช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ทำให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกและจดจำได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุโณทัย ปาทาน[17] ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี พบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) สามารถเพิ่มคะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ งานวิจัยของ ผกากาญจน์ ศุภรจิตต์โศภิน[18] ยังรายงานว่า การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมและการใช้สื่อออนไลน์ช่วยเพิ่มความเข้าใจด้านการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล

2) ผลของโปรแกรมต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า อสม. กลุ่มทดลองมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นจากระดับสูงเล็กน้อย (M = 2.55, S.D. = 0.28) เป็นระดับสูง (M = 2.75, S.D. = 0.27) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนทักษะไม่แตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ($p > .05$) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของทักษะสะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้ โปรแกรมนี้มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา เพ็ชรักษ์ และคณะ[19] ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19 พบว่าโปรแกรมออนไลน์และ blended learning สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) สามารถพัฒนาทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ

3) ผลของโปรแกรมต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) กลุ่มทดลองมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 3.06, S.D. = 0.38) เป็นระดับสูง (M = 3.80, S.D. = 0.31) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลง ($p > .05$) เนื่องจากการปรับปรุงทัศนคติอาจเกิดจากการที่โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานผ่านการฝึกปฏิบัติและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทัศนีย์ บุญอริยเทพ & ธภัคนันท์ อินทราวุธ[20] ศึกษาเรื่อง เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของ ผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้ดูแล และงานวิจัยของ ผกากาญจน์ ศุภรจิตต์โศภิน[18] รายงานว่า การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติและการสื่อสารทางไกลช่วยเสริมสร้างทัศนคติด้านการดูแลผู้ป่วยของอสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในมิติการดูแลสุขภาพทางไกล มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม) ในกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้โปรแกรมนี้สามารถเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้เป็นแนวทางฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในชุมชนอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) ควรถูกบูรณาการเข้ากับกิจกรรมประจำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษาติดตามอาการ และประสานการรักษากับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง

3. การสร้างแนวปฏิบัติในชุมชน ควรสร้างคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่ายสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

4. การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และขยายพื้นที่ไปยังชุมชนอื่น ๆ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเป็นทั่วไปมากขึ้น

2. ติดตามผลระยะยาว ควรทำการติดตามผลสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) หลังจากจบโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6–12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของความรู้ ทักษะ และทัศนคติ

3. พัฒนาสื่อและเครื่องมือการเรียนรู้ใหม่ ๆ การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาสื่อออนไลน์ แอปพลิเคชัน หรือวิดีโอฝึกปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ต่อเนื่องและเพิ่มความสะดวกในการฝึกปฏิบัติ

4. การประเมินผลจากมุมมองผู้ป่วย ควรมีการสำรวจความพึงพอใจและประสิทธิผลจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เพื่อให้เห็นภาพผลลัพธ์จากการดูแลแบบประคับประคองในชีวิตจริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Palliative care. Geneva: WHO; 2002.
2. World Health Organization.(2016). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Geneva: WHO; 2016.
3. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al.(2020). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. J Clin Oncol. 2020;38(1):21–36.
4. World Health Organization.(2023). Palliative care: Key facts. Geneva: WHO; 2023.
5. World-wide Palliative Care Alliance.(2023). Global atlas of palliative care. London: WPCA; 2023.
6. World Health Organization.(2023). Palliative care: Key facts. Geneva: WHO; 2023.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). รายงานสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
8. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเคียนซา.(2566). รายงานประจำปีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา; 2566.

9. Phraew P, Smith TJ, Chanthong K, et al.(2018). Challenges in palliative care integration in Thailand. J Palliat Med. 2018;21(10):1453–1461.
10. Kittisakmontri K, Limwattananon S, Tangcharoensathien V.(2021). Barriers to palliative care in Thai healthcare system. BMC Health Serv Res. 2021; 21:1123.
11. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
12. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al.(2020). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. J Clin Oncol. 2020;38(1):21–36.
13. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al.(2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11): e1196–e1252.
14. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเคียนซา.(2567). รายงานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปี 2567. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา; 2567.
15. Bandura A.(1986). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1986.
16. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
17. อรุโณทัย ปาทาน.(2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
18. ผกากาญจน์ ศุภรจิตต์โศภิน.(2568). ผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมและการใช้สื่อออนไลน์ต่อความเข้าใจด้านการดูแลผู้ป่วยในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2568;22(2):45–56.
19. กรรณิกา เพ็ชรักษ์, สมชาย ทองคำ, วิไลพร จันทร์สว่าง.(2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19. วารสารพยาบาลและการพยาบาล. 2566;25(3):112–121.
20. ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, ธภัคนันท์ อินทราวุธ.(2566). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วย และภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;34(2): 78–87.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

Development of a Nursing Care Model for Patients with Acute Ischemic Stroke at Ched Samian Hospital, Ratchaburi Province.

(Received: January 26,2026 ; Revised: February 8,2026 ; Accepted: February 9,2026)

วรางค์ฤทธิ์ ปานณรงค์[1]
Varangrit Pannarong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และประเมินผลของการนำรูปแบบไปใช้ต่อผลลัพธ์ด้านพยาบาลและด้านผู้ป่วย แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและกระบวนการดูแลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 30 ราย และพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11 คน ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยบูรณาการแนวคิดเชิงระบบ แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวปฏิบัติมาตรฐาน และบริบทโรงพยาบาลชุมชน และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกเวชระเบียน แบบวัดความรู้และสมรรถนะพยาบาล และแบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 6.91 ± 1.32 เป็น 9.91 ± 0.83 คะแนน ($Z = -2.93$, $p = .003$) และคะแนนสมรรถนะรวมเพิ่มขึ้นจาก 5.81 ± 1.39 เป็น 9.27 ± 0.79 คะแนน ($Z = -2.84$, $p = .004$) อย่างมีนัยสำคัญ 2) ด้านผู้ป่วย อัตราการเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 72.0 อัตราการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.7 เป็นร้อยละ 96.0 อัตราการรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.0 เป็นร้อยละ 100 และภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 19.2

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล; โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน; ระยะเฉียบพลัน; โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This quasi experiment research study aimed to develop a nursing care model for patients with acute ischemic stroke that is appropriate for the context of a community hospital and to evaluate the effects of implementing the model on nurse-related and patient-related outcomes. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved an analysis of existing problems and care processes using medical records of 30 patients with acute ischemic stroke and data from 11 emergency department registered nurses, together with in-depth interviews. Phase 2 focused on developing the nursing care model by integrating systems theory, patient safety concepts, standard clinical guidelines, and the community hospital context. Phase 3 involved implementation and evaluation of the model. Research instruments included a medical record review form, a questionnaire assessing nurses' knowledge and competencies, and a patient outcome evaluation form. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and the Chi-square test.

The results showed that nurses' mean knowledge scores significantly increased from 6.91 ± 1.32 to 9.91 ± 0.83 ($Z = -2.93$, $p = .003$), and overall competency scores significantly increased from 5.81 ± 1.39 to 9.27 ± 0.79 ($Z = -2.84$, $p = .004$). Regarding patient outcomes, access to services within 4.5 hours increased from 40.0% to 72.0%, timely

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

referral increased from 56.7% to 96.0%, survival within 48 hours after referral increased from 90.0% to 100.0%, and acute complications decreased from 30.0% to 19.2%.

Keywords: Nursing care model; Acute ischemic stroke; Community hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบตันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่สองของโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ โดยมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคนต่อปี[1] ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ 1.5–20 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการตายต่อประชากรแสนคนในช่วงปี พ.ศ. 2557–2559 เท่ากับร้อยละ 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ[2]นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเพศหญิง และอันดับสี่ในเพศชาย[3] ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 และมีความพิการหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 70 เมื่อพิจารณาด้วยดัชนีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) แสดงให้เห็นถึงภาระโรคที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ[4] ผู้ป่วยที่รอดชีวิตประมาณร้อยละ 26–50 ยังคงมีความพิการ ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ[1,5]ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติด้านการคิด ภาวะซึมเศร้า และภาวะอ่อนล้า ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก[6]

นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองตีบตันยังส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการรักษาในโรงพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งประมาณร้อยละ 70 เป็นค่าใช้จ่ายในรูปแบบผู้ป่วยใน และจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูง หรือมีคะแนน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) มากกว่า 20[7,8] สำหรับเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม จากข้อมูลช่วงปี พ.ศ. 2560–2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 12,626, 13,734 และ 12,138 รายตามลำดับ และเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันจำนวน 7,701, 8,001 และ 7,151 รายตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 5.90, 5.24 และ 4.61 ตามลำดับ[9] อย่างไรก็ตาม สถิติปี พ.ศ. 2560–2561 พบว่าผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 60 นาทีเพียงร้อยละ 46.93 และ 53.76 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย สะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้[10]

โรงพยาบาลเจ็ดเสมียนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางและเครื่องมือตรวจพิเศษ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรอง ประเมินอาการ ดูแลเบื้องต้น และส่งต่ออย่างรวดเร็ว ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 31, 35, 30, 41 และ 39 รายตามลำดับ โดยอัตราการเข้าถึงระบบ Stroke fast track ภายใน 4.5 ชั่วโมงอยู่เพียงร้อยละ 30.00–45.16 และอัตราการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนดยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80 อย่างต่อเนื่อง[11] การทบทวนเวชระเบียนพบสาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคในผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอ รวมถึงข้อจำกัดด้านสมรรถนะของพยาบาลและกระบวนการจัดบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันคือการได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง และทันเวลา โดยเฉพาะการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน[12,10]ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันที่

สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนจึงมีความจำเป็น เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันสำหรับพยาบาล [13]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา กระบวนการดูแล และสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โดยบูรณาการแนวคิดเชิงทฤษฎี แนวปฏิบัติมาตรฐาน และบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ด้านความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมของ Borg และ Gall[14] ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันสำหรับพยาบาลของสถาบันประสาทวิทยา[13] เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา เป็นการศึกษาสภาพการพยาบาล ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติมาตรฐาน เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน (Prototype) ซึ่งประกอบด้วย การจัดทำหัวข้อการสอน การอบรม แผนนิเทศทางคลินิก และคู่มือรูปแบบการพยาบาล

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ เป็นการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประเมินผลลัพธ์ด้านพยาบาลและด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 39 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ปีงบประมาณ 2567–2568 ปีละ 15 ราย รวม 30 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนใช้กรอบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง (Paired samples) โดยอ้างอิงสูตรการคำนวณของ Cohen [15] กำหนดค่า Effect size = 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05 และค่า Power = 0.80 ผลการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะ

เฉียบพลัน เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และมีเวชระเบียนครบถ้วนในช่วงก่อนหรือหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกหรือโรคทางระบบประสาทอื่น ผู้ที่มีเวชระเบียนไม่ครบถ้วน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือการประเมินได้ครบถ้วน หรือถอนความยินยอมระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methods) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งตามระยะของการศึกษา ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ **รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน** ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันสำหรับพยาบาล ของสถาบันประสาทวิทยา[13]

รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1.1 หัวข้อการสอนและการอบรมการพยาบาล เป็นชุดเนื้อหาการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) การประสานงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และการ Activate Stroke Team 2) การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track 3) การประเมินและการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน 4) การพยาบาลเบื้องต้นและการพยาบาลเฉพาะเจาะจง (Specific treatment) และ 5) การเตรียมความพร้อมและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

1.2 การอบรมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความเข้าใจในการใช้รูปแบบการพยาบาล โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติจริง

1.3 แผนนิเทศทางคลินิก เป็นแผนการติดตามและกำกับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ครอบคลุมการประชุมปรึกษา การสังเกตการปฏิบัติงานจริง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการสอนแนะและปรับปรุงการปฏิบัติ

1.4 คู่มือรูปแบบการพยาบาล เป็นเอกสารรูปเล่มที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันสำหรับหัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา

2.1.1 แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 14 ข้อ เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว เวลาเกิดอาการ เวลาถึงหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลาแพทย์ตรวจวินิจฉัย และเวลาส่งต่อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลกระบวนการพยาบาล เช่น การคัดกรอง Fast Track การพยาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อ

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์เบื้องต้นของผู้ป่วย ลักษณะการวัดเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.1.2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พัฒนาเป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุม 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน และ 2) กระบวนการดูแล การคัดกรอง การส่งต่อ และผลลัพธ์การพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

2.2.1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน (Prototype) เป็นผลลัพธ์จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในระยะที่ 1 และผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ

2.2.2 ชุดกิจกรรมพัฒนา ประกอบด้วย หัวข้อการสอน การอบรม แผนนิเทศทางคลินิก และคู่มือรูปแบบการพยาบาล

2.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล

2.3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และประวัติการอบรมด้านโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.2 แบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน เป็นแบบทดสอบปรนัย 2 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน **เกณฑ์การแปลผล** คะแนน ≥ 80% = ระดับความรู้ดี คะแนน 60–79% = ระดับความรู้ปานกลาง คะแนน < 60% = ระดับความรู้ต่ำ

2.3.3 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลจากเวชระเบียน ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนที่กำหนด ได้แก่ การ Activate Team การคัดกรอง Fast Track การพยาบาล และการส่งต่อ

2.3.4 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ 2) การส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด 3) อัตราการรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยกำหนดเกณฑ์ ≥ 0.80 (Davis, 1992) ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ CVI = 0.96 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล CVI = 0.89 แบบวัดความรู้ CVI = 0.91 และแบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย CVI = 0.86

3.2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล: Cronbach's alpha = 0.92 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย: Cronbach's alpha = 0.97 และแบบวัดความรู้: KR-20 = 0.85

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา *(Situation Analysis Phase)*

1.1 การเตรียมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

1.2 การเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามเพื่อวินิจฉัยสภาวการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แจกแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จำนวน 10 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเก็บรวบรวมภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

1.3 การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ครอบคลุมข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ กระบวนการพยาบาล และการส่งต่อและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.4 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน กระบวนการคัดกรอง การดูแล และการส่งต่อ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล *(Model Development Phase)*

2.1 การสังเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของสถาบันประสาทวิทยา เพื่อกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาล

2.2 การจัดทำรูปแบบการพยาบาล (Prototype) ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย หัวข้อการสอนและการอบรม แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล แผนนิเทศทางคลินิก คู่มือรูปแบบการพยาบาล

2.3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ นำรูปแบบและเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้แบบประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล *(Implementation and Evaluation Phase)*

3.1 การเตรียมความพร้อมก่อนทดลองใช้ ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงและอบรมพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พร้อมแจกคู่มือรูปแบบการพยาบาล

3.2 การทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล นำรูปแบบการพยาบาลไปใช้จริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ตามแนวทางที่กำหนด

3.3 การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้ 1) แบบวัดความรู้การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 2) แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลจากเวชระเบียน และ 3) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมง การส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด การรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ

3.4 การติดตามและนิเทศ ผู้วิจัยดำเนินการนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความถูกต้องของการใช้รูปแบบ และให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะเวลาการส่งต่อ และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2) สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และใช้สถิติ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้แก่ การเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมง การส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด และอัตราการรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี (RbPH-REC 054/2564) เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2564

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาครั้งนี้จัดเรียงตามวัตถุประสงค์การวิจัยและระยะของการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหากระบวนการดูแล และสาเหตุที่เกี่ยวข้อง

1.1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

ก. ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเวชระเบียนผู้ป่วย ผลเป็นดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 11 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 36.7±10.9 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.7 อยู่ในช่วงอายุ 20–39 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.91 มีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 9.4±9.04 ปี โดยร้อยละ 54.6 มีประสบการณ์ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 81.8 เคยเข้ารับการอบรมด้านโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

2) ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ฉบับ พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 66.0 ปี (ช่วงอายุ 37–90 ปี) โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.0 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 56.7 และ 43.3 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.0) ประกอบอาชีพงานบ้านหรือแม่บ้าน (ร้อยละ 46.7) โรคประจำตัวที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.0) เบาหวาน (ร้อยละ 46.7) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 40.0) ด้านกระบวนการเข้ารับบริการ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40.0 มาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบ Stroke fast track ได้ครบถ้วน แม้กระบวนการดูแลภายในโรงพยาบาลจะดำเนินการค่อนข้างรวดเร็ว โดยมีเวลาเฉลี่ยในการประเมินแรกรับ 12 นาที เวลาแพทย์ตรวจและสั่งการรักษา 18 นาที และการส่งต่อเฉลี่ย 45 นาที ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ถึงโรงพยาบาลปลายทางภายในเวลาที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 56.7

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย พบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันเกิดจากหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาต่ำ และมีโรคร่วมหลายโรค ส่งผลต่อการรับรู้สัญญาณเตือนและการตัดสินใจมารับบริการ 2) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าเกิน 4.5 ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบ Stroke fast track ได้ 3) แม้กระบวนการดูแลภายในโรงพยาบาลจะค่อนข้างรวดเร็ว แต่ยังพบความ

ล่าช้าในขั้นตอนการส่งต่อและการถึงโรงพยาบาลปลายทาง และ 4) ปัญหาหลักอยู่ที่ปัจจัยก่อนถึงโรงพยาบาลและการประสานระบบการส่งต่อ จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการคัดกรองรวดเร็ว การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน

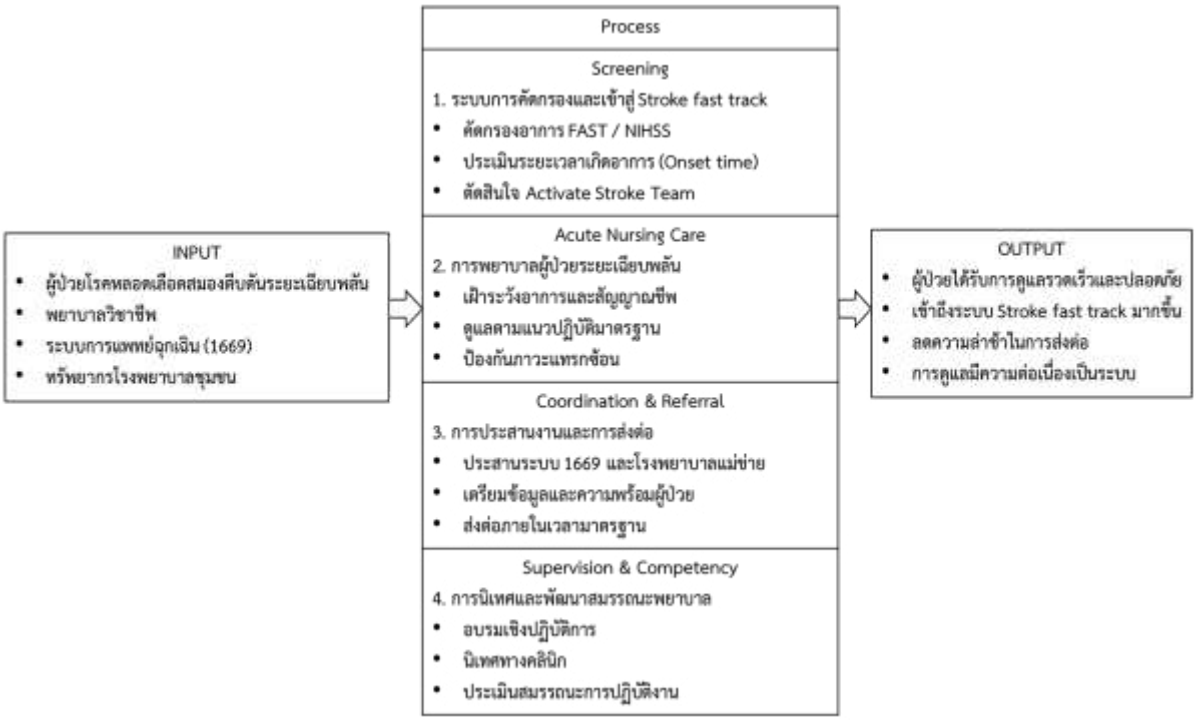
ข. ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันเกิดขึ้นตลอดกระบวนการดูแล ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนถึงระยะการส่งต่อ ปัญหาสำคัญประกอบด้วยความแตกต่างด้านประสบการณ์และสมรรถนะของพยาบาล ภาระงานที่สูง การสื่อสารและการประสานงานกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ที่ไม่ต่อเนื่อง ความไม่ชัดเจนในการตัดสินใจ Activate Stroke Team ในรายที่มีอาการซับซ้อน รวมถึงการขาดระบบติดตามผลหลังการส่งต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่ระบบ Stroke fast track ได้ทันเวลาและสูญเสียโอกาสการรักษาที่เหมาะสม สะท้อนถึงความจำเป็นในการนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในระยะที่ 2 เพื่อออกแบบกระบวนการดูแลที่เป็นระบบ ลดความล่าช้า เพิ่มสมรรถนะของพยาบาล และเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลจนถึงการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

2.1 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิดเชิงทฤษฎีด้านระบบ (Systems Theory) แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) แนวคิดสมรรถนะพยาบาล (Competency-based Nursing) และแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน พบว่าปัญหาการดูแลเกิดจากความไม่เชื่อมโยงของกระบวนการตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระยะการส่งต่อ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบ ลดความล่าช้า และเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและทันเวลาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ผลการสังเคราะห์ทำให้ได้ **รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน** ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบการคัดกรองและการเข้าสู่ Stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและตัดสินใจอย่างรวดเร็วและเป็นมาตรฐาน (2) กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่เน้นความถูกต้อง ปลอดภัย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (3) การประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และ (4) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความต่อเนื่องและลดความแปรปรวนของการดูแล

2.2 ลักษณะของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็น **รูปแบบเชิงระบบ (System-based Nursing Care Model)** โดยเชื่อมโยงปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์การดูแล โครงสร้างของรูปแบบประกอบด้วย 3 กลไกสนับสนุนหลัก ได้แก่ ชุดกิจกรรมการอบรม แผนนิเทศทางคลินิก และคู่มือรูปแบบการพยาบาล โดยชุดกิจกรรมการอบรมถูกออกแบบเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพด้านการคัดกรอง การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนนิเทศทางคลินิกใช้เป็นกลไกกำกับ ติดตาม และให้ข้อมูลสะท้อนกลับในการปฏิบัติงานจริง ขณะที่คู่มือรูปแบบการพยาบาลทำหน้าที่เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานเพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยทุกช่วงของกระบวนการ ตามภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันเป็นรูปแบบเชิงระบบที่บูรณาการแนวคิด Systems Theory และ Patient Safety เพื่อเชื่อมโยงกระบวนการดูแลตั้งแต่การคัดกรอง การพยาบาลระยะเฉียบพลัน การส่งต่อ จนถึงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล โดยมุ่งเน้นการลดความล่าช้า เพิ่มความปลอดภัย และสร้างความต่อเนื่องของการดูแลในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

3.1 ผลการประเมินความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า Z = –2.93 และค่า Asymp. Sig. (2-tailed) = .003 ค่าลำดับอันดับเชิงบวก (Positive Ranks) มีจำนวนมากกว่าค่าลำดับอันดับเชิงลบ (Negative Ranks) หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ก่อน–หลังการใช้รูปแบบ

ข้อ	หัวข้อความรู้ที่ประเมิน	ก่อนใช้รูปแบบ ตอบถูก n (%)	หลังใช้รูปแบบ ตอบถูก n (%)	Z	p-value
1	พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	7 (63.6)	10 (90.9)	−2.02	.043*
2	ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	8 (72.7)	11 (100.0)	−2.33	.020*
3	การแยกโรคและ Stroke mimic	6 (54.5)	9 (81.8)	−2.06	.039*
4	หลักการดูแลรักษาระยะเฉียบพลัน	7 (63.6)	10 (90.9)	−2.02	.043*
5	แนวคิด Stroke fast track	8 (72.7)	11 (100.0)	−2.33	.020*
6	การประเมินอาการร่วมกับ NIHSS	6 (54.5)	9 (81.8)	−2.06	.039*
7	หลักการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)	7 (63.6)	10 (90.9)	−2.02	.043*
8	ข้อห้ามและข้อควรระวังของ rt-PA	6 (54.5)	9 (81.8)	−2.06	.039*
9	การให้ยาต้านเกล็ดเลือดใน Fast track	7 (63.6)	10 (90.9)	−2.02	.043*
10	ระยะเวลามาตรฐานในการรักษา	8 (72.7)	11 (100.0)	−2.33	.020*
11	การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและ ECG	6 (54.5)	9 (81.8)	−2.06	.039*
	คะแนนความรู้เฉลี่ย	**6.91 ± 1.32**	**9.91 ± 0.83**	**-2.93**	**.003***

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลรายด้านพบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะด้านการพยาบาลเบื้องต้นและการรักษาเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าคะแนนสมรรถนะรวมเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 5.81 เป็น 9.27 คะแนน (Z = −2.84, p = .004) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลรายด้านและภาพรวม ก่อน–หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล (n = 11)

ข้อ	สมรรถนะที่ประเมิน	ก่อนใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	หลังใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	Z	p-value
1	การประสานงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	1.00 ± 0.63	1.82 ± 0.40	−2.21	.027*
2	การคัดกรองและเข้าสู่ Stroke fast track	1.27 ± 0.47	1.91 ± 0.30	−2.33	.020*
3	การประเมินและการวินิจฉัย	1.18 ± 0.60	1.82 ± 0.40	−2.06	.039*
4	การพยาบาลเบื้องต้นและการรักษาเฉพาะเจาะจง	1.36 ± 0.50	1.91 ± 0.30	−2.53	.011*
5	การเตรียมและการส่งต่อผู้ป่วย	1.00 ± 0.63	1.82 ± 0.40	−2.21	.027*
	สมรรถนะรวม	**5.81 ± 1.39**	**9.27 ± 0.79**	**−2.84**	**.004***

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์โดยใช้ **Wilcoxon Signed-Rank Test**

3.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมง การส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล อัตราผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 72.0 อัตราการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.7 เป็นร้อยละ 96.0 ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

3.3 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมงหลังการส่งต่อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบซึ่งมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 90 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลันลดลงจากร้อยละ 30.0 เหลือร้อยละ 19.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อน–หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 30) n (%)	หลังใช้รูปแบบ (n = 30) n (%)
การรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ	27 (90.0)	30 (100.0)
การเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ	3 (10.0)	0 (0.0)
ภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน*	9 (30.0)	4 (19.2)
ไม่พบภาวะแทรกซ้อน	21 (70.0)	26 (86.7)

* ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะทางเดินหายใจผิดปกติ ภาวะสำลัก ความดันโลหิตไม่คงที่ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้จัดเรียงตามวัตถุประสงค์การวิจัยและระยะของการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา กระบวนการดูแลและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการดูแล ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนถึงระยะการส่งต่อ โดยเฉพาะความล่าช้าในการเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานระดับนานาชาติที่ระบุว่าความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสได้รับการรักษาที่เหมาะสม[16,17]ลักษณะของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาต่ำ และมีโรคร่วมหลายโรค ส่งผลต่อการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคและการตัดสินใจมารับบริการล่าช้า สอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่าปัจจัยด้านประชากรและโรคร่วมมีผลต่อความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ[18,19] ในด้านผู้ให้บริการ ผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพพบว่าความแตกต่างด้านประสบการณ์ สมรรถนะ และภาระงาน รวมถึงการประสานงานกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ต่อเนื่องเป็นสาเหตุสำคัญของความล่าช้าในการ Activate Stroke Team และการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Systems Theory ที่อธิบายว่าความบกพร่องขององค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของทั้งระบบการดูแล[20]

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โดยบูรณาการแนวคิดเชิงทฤษฎี แนวปฏิบัติมาตรฐาน และบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบเชิงระบบ (System-based Nursing Care Model) ที่เชื่อมโยงปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์การดูแล (Input–Process–Output) ซึ่งสอดคล้องกับ Systems Theory และแนวคิด Patient Safety ที่มุ่งลดความคลาดเคลื่อน เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย[21,22] องค์ประกอบหลักของรูปแบบ ได้แก่ ระบบการคัดกรองและเข้าสู่ Stroke fast track การพยาบาลระยะเฉียบพลัน การประสานงานและการส่งต่อ และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ American Heart

Association/American Stroke Association[17] และแนวทางการพยาบาลของสถาบันประสาทวิทยา[23] ที่เน้นการดูแลแบบรวดเร็ว เป็นทีม และมีมาตรฐานเดียวกัน การออกแบบชุดกิจกรรมการอบรม แผนนิเทศทางคลินิก และคู่มือรูปแบบการพยาบาลช่วยลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ และสนับสนุนแนวคิด Competency-based Nursing ซึ่งระบุว่าการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย[24]

3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

3.1 ด้านความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่าคะแนนความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการพัฒนารูปแบบที่ผสานการอบรม การนิเทศ และคู่มือปฏิบัติงาน สามารถยกระดับสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย[22,24]

3.2 ด้านผลลัพธ์กระบวนการดูแล การเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมงและการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลสามารถลดความล่าช้าในกระบวนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “Time is Brain” ที่ระบุว่าความรวดเร็วในการรักษามีผลโดยตรงต่อการรอดชีวิตและการลดความพิการของผู้ป่วย[25]

3.3 ด้านความปลอดภัยและการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน อัตราการรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงที่เพิ่มขึ้นและการลดลงของภาวะแทรกซ้อน สะท้อนถึงความปลอดภัยของระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Patient Safety ที่มุ่งป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์ผ่านการจัดระบบการดูแลที่มีมาตรฐาน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีม[21]

สรุปผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบ เพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และปรับปรุงผลลัพธ์ด้านกระบวนการและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการระดับใกล้เคียงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย: ควรนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง การประสานงาน และการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนการอบรมและนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่องเพื่อคงระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะการวิจัยในอนาคต: ควรติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว โดยเฉพาะด้านความพิการ การกลับมารักษาซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องหลังการส่งต่อ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Katan M, Luft A. Global burden of stroke. Semin Neurol. 2018;38(2):208–211. doi:10.1055/s-0038-1649503.
2. American Stroke Association. Heart disease and stroke statistics—2013 update. Circulation. 2013;127(1):e6–e245. doi:10.1161/CIR.0b013e31828124ad.

3. Ministry of Public Health. Report on stroke situation in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
4. Siriraj Stroke Center. Stroke situation report. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2021. (in Thai)
5. Paul S, Candelario-Jalil E. Emerging neuroprotective strategies for ischemic stroke: Mechanisms and translational potential. J Neurochem. 2021;158(5):1131–1149. doi:10.1111/jnc.15404.
6. Béjot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. La Presse Med. 2016;45(12):e391–e398. doi:10.1016/j.lpm.2016.10.003.
7. Johnson BH, Bonafede MM, Watson C. Short- and longer-term healthcare resource utilization and costs associated with acute ischemic stroke. J Med Econ. 2016;19(10):988–996. doi:10.1080/13696998.2016.1190282.
8. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics—2014 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(3):e28–e292. doi:10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.
9. Health Region 5 Office. Stroke patient situation report in Health Region 5. Ratchaburi: Health Region 5 Office; 2020. (in Thai)
10. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke. 2019;50(12):e344–e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211.
11. Ched Samian Hospital. Stroke patient statistics report. Ratchaburi: Ched Samian Hospital; 2023. (in Thai)
12. Saver JL. Time is brain—Quantified. Stroke. 2006;37(1):263–266. doi:10.1161/01.STR.0000196957.55928.ab.
13. Neurological Institute. Nursing guidelines for acute ischemic stroke patients. Bangkok: Neurological Institute, Department of Medical Services; 2023. (in Thai)
14. Borg WR, Gall MD. Educational research: An introduction. 5th ed. New York: Longman; 1989.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Katan M, Luft A. Global burden of stroke. Semin Neurol. 2018;38(2):208–211.
17. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke. 2019;50(12):e344–e418.
18. Béjot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. La Presse Med. 2016;45(12):e391–e398.
19. Paul S, Candelario-Jalil E. Emerging neuroprotective strategies for ischemic stroke. J Neurochem. 2021;158(5):1131–1149.
20. Von Bertalanffy L. General system theory. New York: George Braziller; 1968.
21. Reason J. Human error: Models and management. BMJ. 2000;320(7237):768–770.
22. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, et al. Quality and safety education for nurses. Nurs Outlook. 2007;55(3):122–131.
23. Neurological Institute. Nursing guidelines for acute ischemic stroke patients. Bangkok: Neurological Institute; 2023.
24. Benner P. From novice to expert. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.
25. Saver JL. Time is brain—Quantified. Stroke. 2006;37(1):263–266.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

THE EFFECTS OF A PARTICIPATORY PROGRAM ON DRUG PREVENTION BEHAVIOR MODIFICATION AMONG FAMILIES OF PERSONS WITH SUBSTANCE USE DISORDER IN NAI MUEANG SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE.

(Received: January 29,2026 ; Revised: February 8,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ณรงค์ชัย เศิกศิริ[1]
NARONGCHAI SERKSIRI [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อความรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 72 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ และสถิติทดสอบทีแบบอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย=3.45; 95%CI 2.66–4.21; p<0.001) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย=9.28; 95%CI 8.18–10.37; p<0.001) และด้านพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย=5.61; 95%CI 4.46–6.75; p<0.001) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

คำสำคัญ: โปรแกรมการมีส่วนร่วม; ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด; การมีส่วนร่วมของชุมชน; พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental study evaluated the effectiveness of a participatory program on knowledge, family and community participation, and drug-prevention behaviors among families caring for persons with drug problems in Mueang District, Khon Kaen Province, Thailand. Seventy-two primary family caregivers were purposively recruited and assigned to an intervention group (n=36) and a comparison group (n=36). The intervention group received an 8-week participatory program, whereas the comparison group received usual services. Data were collected at baseline and week 8 using a four-part questionnaire covering demographics, knowledge, family and community participation, and drug-prevention behaviors. Descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests were applied with a significance level of 0.05.

Result: At baseline, there were no significant differences between groups. After the intervention, the intervention group scored significantly higher than the comparison group in knowledge (mean difference=3.45; 95% CI 2.66–4.21; p<0.001), participation (9.28; 95% CI 8.18–10.37; p<0.001), and preventive behaviors (5.61; 95% CI 4.46–6.75; p<0.001). Within-group analysis showed significant improvements in the intervention group across all outcomes.

Keywords: participatory program; family caregivers; community participation; drug-prevention behaviors; Khon Kaen

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ปัญหายาเสพติดได้ทวีความรุนแรงต่อเนื่องจนกลายเป็นวิกฤตหลายมิติ กระทบต่อระบบสาธารณสุข ความปลอดภัย และความมั่นคงของชุมชนในหลายประเทศ รายงานสถานการณ์ล่าสุดของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่า ตลาดผิดกฎหมายขยายตัวมากขึ้นและผลกระทบต่อมนุษย์มีความรุนแรง ในปี 2023 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 316 ล้านคน และปัญหานี้ยังสัมพันธ์กับภาระโรคและการเสียชีวิตจำนวนมากในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา[1] นอกจากนี้ ตลาดยาเสพติดสังเคราะห์ขยายตัวรวดเร็วและเป็นความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขและการบังคับใช้กฎหมาย[2]

ในบริบทประเทศไทย หลักฐานเชิงวิจัยชี้ว่าการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำไม่ควรพึ่งการดูแลด้านการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเสริมมิติด้านจิตสังคม ครอบครัว และชุมชนร่วมด้วย งานของสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ (2567)[3] พบว่าแรงจูงใจและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยภายในของผู้ป่วยมีบทบาทต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขณะที่ฉวีวรรณ สาระบุตร และ สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ (2566)[4] พบว่าแนวทางที่ผสานการเสริมพลังอำนาจกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการลด ละ เลิก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ด้านระบบบริการดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์ (2566)[5] ชี้ว่าการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่มีโครงสร้างชัดเจนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ สามารถยกระดับความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ และช่วยสนับสนุนผลลัพธ์ด้านการป้องกันการกลับมาเสพ ส่วน ทิพากร วงศ์คำปั่น และนิธิพัฒน์ เมฆขจร (2565)[6] พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถเพิ่มความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนประโยชน์ของกระบวนการกลุ่มต่อการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านชุมชน จันทรา มณีฉาย และคณะ (2565)[7] พบว่าเมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จะเกิดความร่วมมือเชิงบูรณาการและเกิดกลไกสนับสนุนการแก้ไขปัญหาได้จริง ขณะเดียวกัน แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายว่าเครือข่ายความสัมพันธ์ช่วยให้เข้าถึงข้อมูล ความช่วยเหลือ และการดูแลได้มากขึ้น และการรับรู้ว่าตนได้รับการยอมรับและมีคนคอยสนับสนุนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ของความพยายามในการเปลี่ยนแปลง[8]

ข้อมูลการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดขอนแก่นระบุว่า ปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษารวม 9,049 คน และอำเภอเมืองขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุด 2,375 คน คิดเป็นกว่าร้อยละ 26 ของทั้งจังหวัด อีกทั้งมีผู้ป่วยระดับรุนแรงจำนวนมาก[9] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่า “ภาระปัญหา” กระจุกตัวในพื้นที่และต้องการมาตรการที่ทำงานได้จริงในระดับครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะมาตรการที่ช่วยให้ครอบครัวมีบทบาทต่อเนื่อง ไม่ใช่เฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระบบบริการ ด้วยเหตุนี้ การวิจัยจึงนำ “โปรแกรมการมีส่วนร่วม” มาใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วย โดยพัฒนาบนแนวคิด “การเสริมพลังอำนาจ” ที่มุ่งเพิ่มบทบาทการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง[10] แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับมุมมองว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นระบบพยุง ช่วยลดแรงกดดัน และช่วยให้ครอบครัวรับมือสถานการณ์เสี่ยงได้ดีขึ้น อีกทั้งการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเชิงป้องกันและคงอยู่ได้ เมื่อออกแบบกระบวนการสื่อสารและการมีส่วนร่วมอย่างเป็นขั้นตอน จะเอื้อต่อการเปลี่ยนจากความรู้และความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ดังนั้น การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้

เป็นแนวทางพัฒนาการดำเนินงานระดับครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอำเภอเมืองขอนแก่น ที่อาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติด และเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ปี 2568 กำหนดคุณลักษณะของประชากรเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ สมัครใจร่วมโครงการและสามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติ (Significant Level) ที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.80 ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้ 1) เลือก Test family ให้อยู่ในตระกูลสถิติทดสอบ t test 2) เลือก Statistical test เป็น Means: Difference between two independent means (two groups) 3) เลือก Type of power analysis เป็นการทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (A priori: Compute required sample size-given α, Power and Effect size) 4) ระบุค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการใส่ค่าต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการคำนวนขนาดตัวอย่างที่ได้จากงานวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ[11] ได้แก่ Effect size =0.70 , α 0.05 และ Power (1 - β err prop) = 0.90 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ใช้การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบใช้หลักการความน่าจะเป็น (Probability Sampling) การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบได้ตัวอย่างแล้วไม่ใส่คืนตามลำดับรายชื่อ โดยเลือกตำบลในเมือง เป็นกลุ่มทดลองเพราะมีผู้ป่วยมากที่สุด และเลือกตำบลศิลา ซึ่งเป็นอีกตำบลในอำเภอเมืองที่มีลักษณะประชากรและปัญหาใกล้เคียงกันเป็นกลุ่มควบคุม เพื่อลดอคติจากการคัดเลือก (Selectional Manipulation) ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นจำนวน 36 คน ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของ

ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นจำนวน 36 คน ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมปกติ รวมทั้งหมดเป็น 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ องค์ประกอบของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัว โปรแกรมนี้เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นสำหรับ “ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด” โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้กลายเป็นแกนหลักที่เข้มแข็งในการสนับสนุนผู้ป่วยและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอย่างยั่งยืน โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน ดังนี้

1.1) การเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้แก่ครอบครัว (Family Empowerment and Confidence Building) กิจกรรมในส่วนนี้เป็นการฟื้นฟูและเสริมสร้างพลังใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมักได้รับผลกระทบและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นให้ครอบครัวในพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายและวิธีรับมือกับสถานการณ์วิกฤต เพื่อให้ตนเองมีสภาพจิตใจที่พร้อมจะเป็นที่พึ่งให้ผู้ป่วย สร้างความเข้าใจในคุณค่าของตนเองและบทบาทของครอบครัว: ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเองในกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วย สร้างความมั่นใจว่าพวกเขาสามารถเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้ และตั้งเป้าหมายร่วมกันในครอบครัว ฝึกฝนการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และการดูแลซึ่งกันและกันภายในครอบครัว เพื่อสร้างทิศทางและความร่วมมือที่ชัดเจน

1.2) การเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับครอบครัว (Knowledge and Skill Enhancement for the Family) เป็นการติดอาวุธทางปัญญาและทักษะที่จำเป็นให้แก่ครอบครัว เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยครอบครัวจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องยาเสพติดและวงจรการเสพติด เรียนรู้ว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคชนิดหนึ่งที่ส่งผลต่อสมอง เข้าใจสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปเสพซ้ำ ทักษะการสื่อสารเชิงบวกและการสนับสนุน: ฝึกฝนวิธีการพูดคุยที่สร้างสรรค์ การให้กำลังใจ การสะท้อนความรู้สึก และการหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำลายล้าง เช่น การตำหนิ ตอกย้ำ หรือกล่าวโทษ และทักษะการป้องกันและจัดการสถานการณ์เสี่ยง จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลอง (Role-playing) เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกตอบสนองต่อพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเรียนรู้วิธีสร้างสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดจากปัจจัยกระตุ้น

1.3) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในครอบครัวและชุมชน (Building Support Networks) เป็นกิจกรรมเพื่อลดความโดดเดี่ยวของครอบครัว และเชื่อมโยงพวกเขาเข้ากับระบบการสนับสนุนที่จะช่วยประคับประคองทั้งครอบครัวและผู้ป่วยในระยะยาว ผ่านกิจกรรมการจัดกลุ่มสนับสนุนสำหรับครอบครัว (Family Support Group) สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ครอบครัวต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปันปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีพลัง การเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน ให้ข้อมูลและประสานงานให้ครอบครัวได้รู้จักและเข้าถึงแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือกลุ่มกิจกรรมในชุมชน และส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการโอบอุ้ม: กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ไม่ตีตรา และพร้อมให้โอกาส

แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและยั่งยืน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่:

2.1) ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวน 7 ข้อ

2.2) ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน

2.3) ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย)

2.4) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ในด้านความรู้ในการป้องกันยาเสพติด และใช้ Cronbach's alpha coefficient ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว โดยได้ค่าความเชื่อมั่นในด้านความรู้ในการป้องกันยาเสพติดเท่ากับ 0.77 โดยใช้ KR-20 และ ใช้ Cronbach's alpha coefficient ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เท่ากับ 0.81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มควบคุม) และมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยมีขั้นตอนหลักในการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1) ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test)

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยจะเข้าสู่พื้นที่ตำบลในเมืองและตำบลศิลาเพื่อพบปะและชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นทางการ และเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานรวมถึงข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) จากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

2) ระยะดำเนินการทดลอง (Intervention)

โปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด จะดำเนินการกับ กลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมย่อยที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ดังนี้:

สัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ

กิจกรรมให้ความรู้เชิงลึก: ผู้วิจัยจะบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติดต่อสมองและร่างกาย วงจรการเสพติด สาเหตุของการ

กลับไปเสพซ้ำ และบทบาทสำคัญของครอบครัวในฐานะปัจจัยปกป้องที่เข้มแข็งที่สุด

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างสัมพันธ์: จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อให้สมาชิกแต่ละครอบครัวได้ทำความรู้จัก สร้างความไว้วางใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและเป็นเครือข่ายสนับสนุนตั้งแต่เริ่มต้น

สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมเสริมพลังด้านทักษะ

กิจกรรมเสริมพลังด้านทักษะการสื่อสารเชิงบวก: จัดการฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลอง (Role-playing) เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกฝนทักษะการพูดคุยเพื่อสร้างกำลังใจ การรับฟังอย่างลึกซึ้ง และการสื่อสารเมื่อเกิดความขัดแย้ง

กิจกรรมเสริมพลังด้านการจัดการความเครียด: ให้ความรู้และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองและเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ผู้ป่วยได้

สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมวางแผนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

กิจกรรมระดมสมองร่วมกัน: วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในบ้านและชุมชน จากนั้นจึงร่วมกันวางแผนปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลิกยาเสพติด เช่น การจัดการการใช้เงินของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เวลาว่าง

สัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมสรุปบทเรียนและวางแผนส่งต่อ

กิจกรรมสรุปและทบทวน: สรุปทบทวนความรู้และทักษะทั้งหมดที่ได้เรียนรู้มาตลอดโครงการ

กิจกรรมวางแผนระยะยาว: ร่วมกันวางแผนการดูแลในระยะยาว และให้ข้อมูลช่องทางการขอความช่วยเหลือหรือการส่งต่อในชุมชน เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืน

3) การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

สัปดาห์ที่ 8 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทุกประการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Intragroup Comparison) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ในแต่ละตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด จะใช้สถิติ Paired t-test

3) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Intergroup Comparison) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในแต่ละตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด จะใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ขอนแก่น รหัสโครงการ COE 055/2568 ลงวันที่ 12 กันยายน 2568

ผลศึกษา

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 34.36 (SD. = 6.38) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 58.3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.7 มีมัธยฐานของรายได้ 4,250 บาท (P_{25} = 2,500 บาท : P_{75} = 6,000 บาท) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 78.0 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 69.4 มีอายุเฉลี่ย 32.67 (SD. = 9.92) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 69.4 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 41.7 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 3,500 บาท : P_{75} = 10,000 บาท) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 86.1 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด 3.45 คะแนน (95% CI = 2.66-4.21) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว 9.28 คะแนน (95% CI = 8.18-10.37) และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด 5.61 คะแนน (95% CI = 4.46-6.75)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	4.63	1.39	0.03	-0.57-0.62	0.09	0.926
		กลุ่มเปรียบเทียบ	4.66	1.14				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.72	1.73	3.45	2.66-4.21	8.85	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	4.27	1.56				
การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	15.94	2.75	0.19	-0.99-1.38	0.325	0.745
		กลุ่มเปรียบเทียบ	15.75	2.28				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	25.36	2.58	9.28	8.18-10.37	16.87	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	16.08	2.04				
พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	14.52	2.09	1.00	-0.05-2.05	1.89	0.061
		กลุ่มเปรียบเทียบ	15.52	2.37				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.38	3.15	5.61	4.46-6.75	9.80	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	16.77	1.35				

**p-value<0.01

4) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

4.1) กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด 3.09 คะแนน (95% CI = 2.34-3.82) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว 9.42 คะแนน (95% CI = 8.18-10.65) และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด 7.86 คะแนน (95% CI = 6.50-9.21)

4.2) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด และการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด 0.39 คะแนน (95% CI = -0.28-1.06) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว 0.33 คะแนน (95% CI = -0.51-1.18) และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด 1.25 คะแนน (95% CI = 0.36-2.13)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	กลุ่ม	การทดลอง	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	4.63	1.39	3.09	2.34-3.82	8.42	<0.001**
		หลังทดลอง	7.72	1.73				
	กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	4.66	1.14	0.39	-0.28-1.06	1.16	0.252
		หลังทดลอง	4.27	1.56				
การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	15.94	2.75	9.42	8.18-10.65	15.47	<0.001**
		หลังทดลอง	25.36	2.58				
	กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	15.75	2.28	0.33	-0.51-1.18	0.79	0.430
		หลังทดลอง	16.08	2.04				
พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	14.52	2.09	7.86	6.50-9.21	11.80	<0.001**
		หลังทดลอง	22.38	3.15				
	กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	15.52	2.37	1.25	0.36-2.13	2.85	0.007**
		หลังทดลอง	16.77	1.35				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสะท้อนว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอภิปรายเหตุผลของผลลัพธ์เป็นรายด้านได้ดังนี้

1) ด้านความรู้ในการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ การที่คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อธิบายได้ว่าโปรแกรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วม “รู้ข้อมูลที่ถูกต้อง” ควบคู่กับ “เข้าใจเหตุผลของความเสี่ยง” และ “ฝึกคิดวิเคราะห์สถานการณ์จริง” เมื่อผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น (เช่น จุดเสี่ยง การถูกชักชวน ความเครียด หรือสิ่งกระตุ้น) จะทำให้ความรู้มีความหมายต่อชีวิตจริงและจดจำได้นานกว่า ส่งผลให้คะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ สลามเต๊ะ (2561)[12] ที่พบว่าหลังการฝึกอบรม เด็ก

และเยาวชนมีความรู้และเจตคติสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้อาจเกิดจาก “การเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม” ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกล้าซักถาม ทบทวนความเข้าใจผิด และได้รับข้อเสนอแนะทันทีจากผู้ดำเนินกิจกรรมและสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้เกิดความกระจ่างและเกิดการปรับความคิดเกี่ยวกับการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพากร วงศ์คำปั่น และนิธิพัฒน์ เมฆขจร (2565)[6] ที่รายงานว่าโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานช่วยให้ตัวชี้วัดที่เชื่อมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่ากระบวนการกลุ่มมีส่วนเพิ่มการเรียนรู้และความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง อีกประเด็นที่ช่วยอธิบายความรู้ที่เพิ่มขึ้น คือโปรแกรมมีความต่อเนื่องและมีการติดตามเป็นระยะ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้ “ทบทวน” และ “เชื่อมโยงสิ่งที่เรียนกับสถานการณ์จริง” อย่างสม่ำเสมอ ความรู้จึงไม่ลดลงเร็วหลังจบกิจกรรม และยังคงสะท้อนผลเมื่อวัดหลังการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย นวลสุทธิ์ และคณะ (2565)[13] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม คะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นทันทีหลังการทดลองและยังคงสูงกว่าก่อนการทดลองในระยะติดตาม สะท้อนความสำคัญของความต่อเนื่องในการเสริมแรงและทบทวน

2) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การที่คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้นมาก อธิบายได้ว่าโปรแกรมไม่ได้วางให้ครอบครัวและชุมชนเป็นเพียง “ผู้รับข้อมูล” แต่ให้เข้ามาเป็น “ผู้ร่วมกระบวนการ” ผ่านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมติดตามประเมินผล เมื่อครอบครัวและเครือข่ายชุมชนมีบทบาทชัดเจน จะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีแรงจูงใจในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงสะท้อนเป็นคะแนนการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา มณีฉาย และคณะ (2565)[7] ที่พบว่ากระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ช่วยให้เกิดความร่วมมือเชิงบูรณาการและสนับสนุนการจัดการปัญหาในชุมชนได้จริง การมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นยังอธิบายได้ว่า ครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่เป็น “ระบบพยุง” ในช่วงเสี่ยง เช่น เมื่อผู้ป่วยเผชิญแรงชักจูงหรือความเครียด หากมีคนคอยเตือน ช่วยคิดทางเลือก และช่วยประคับประคองด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะผ่านสถานการณ์เสี่ยงได้มากขึ้นและครอบครัวมีบทบาทชัดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan (1974)[14] ที่อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยพยุงบุคคลและครอบครัวให้รับมือปัญหา ลดแรงกดดัน และเพิ่มความสามารถในการจัดการสถานการณ์ อีกมิติหนึ่ง การที่ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น อธิบายได้จาก “การรับรู้ว่ามีคนเห็นคุณค่าและยืนอยู่ข้างกัน” เมื่อครอบครัวรู้สึกว่าไม่ได้ต่อสู้เพียงลำพัง จะกล้าขอความช่วยเหลือและร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cobb (1976)[8] ที่ชี้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนได้รับการยอมรับ ได้รับคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ส่งผลต่อแรงจูงใจในการร่วมมือและการมีส่วนร่วม ในเชิงหลักฐานเชิงสังคมและสุขภาพ การมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นยังสอดรับกับแนวคิดว่า “เครือข่ายความสัมพันธ์” มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การกำกับเตือนทางสังคม และการเข้าถึงทรัพยากร เมื่อโปรแกรมสร้างเครือข่ายในพื้นที่ให้เข้มแข็ง ครอบครัวจึงเข้าถึงกลไกช่วยเหลือได้มากขึ้นและมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman and Syme (1979)[15] การมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นยังอธิบายได้ว่าเมื่อโปรแกรม “เสริมพลัง” ควบคู่กับ “แรงสนับสนุนทางสังคม” จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจและมีพลังในการร่วมดูแลมากขึ้น จึงเกิดการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ สาระบุตร และ สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ (2566)[4] ที่พบว่าการ

ผสานการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังทำให้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในทิศทางเดียวกันการทำให้ครอบครัวและเครือข่ายสังคมเป็นแรงหนุนอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดการติดตาม ช่วยเตือน และช่วยพยุงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงสะท้อนเป็นคะแนนการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ (2567)[3] ที่รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านความตั้งใจและพฤติกรรมในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด

3) ด้านพฤติกรรมการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ การที่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าโปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วม “มีทักษะและความมั่นใจที่จะทำจริง” ไม่ใช่เพียงรู้ว่าควรทำอะไร เมื่อผู้เข้าร่วมฝึกการรับมือสถานการณ์เสี่ยง ฝึกจัดการความเครียด และมีแผนป้องกันการกลับมาเสพซ้ำที่ชัดเจน โอกาสที่จะลงมือทำพฤติกรรมเชิงป้องกันอย่างสม่ำเสมอจึงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997)[16] ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเป็นกลไกสำคัญต่อการเริ่มต้นและคงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นยังอธิบายได้ว่าโปรแกรมช่วยให้เกิด “ความตั้งใจ” ที่ชัดขึ้นผ่านการปรับเจตคติและสร้างบรรทัดฐานสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เมื่อครอบครัวและชุมชนร่วมกันกำกับเตือนและสนับสนุน จะทำให้การป้องกันการกลับมาเสพซ้ำกลายเป็นเรื่องที่ “สังคมรอบตัวคาดหวังและหนุนเสริม” จึงเอื้อต่อการลงมือทำจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen (1985)[17] ที่อธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากความตั้งใจซึ่งถูกกำหนดโดยเจตคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ว่าตนควบคุมพฤติกรรมได้ อีกประเด็นหนึ่งคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัย “แรงเสริมและการติดตามต่อเนื่อง” เพื่อป้องกันการถดถอย เมื่อโปรแกรมมีการติดตามเป็นระยะ ทำให้ผู้เข้าร่วมกลับมาทบทวนเป้าหมายและปรับแผนรับมือได้ทันเวลา จึงเห็นคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเด่นชัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และวุฒิชัย จริยา (2563)[18] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังต้านการเสพช่วยให้คะแนนความตั้งใจเลิกเสพสูงขึ้น และยังคงเปลี่ยนแปลงในทิศทางดีขึ้นในระยะติดตามหลายช่วงเวลา ในเชิงโครงสร้างโปรแกรม การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมยังอธิบายได้ว่า “รูปแบบที่มีขั้นตอนชัดเจนและดำเนินการต่อเนื่อง” ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเปลี่ยนจากความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติจริงได้มากกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์ (2566)[5] ที่พบว่าหลังการพัฒนาระบบ/รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ตัวชี้วัดด้านความเป็นไปได้และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าความเป็นระบบของรูปแบบการดำเนินงานมีบทบาทต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยบริการและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอควรบูรณาการโปรแกรมการมีส่วนร่วมเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูและการติดตามหลังการบำบัด โดยเน้นบทบาทผู้ดูแลหลักของครอบครัว การจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและลดความเสี่ยงการกลับไปใช้ซ้ำ

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการจัดการ

ควรสนับสนุนทรัพยากรและกลไกการประสานงานระหว่างภาคส่วนเพื่อให้เกิดระบบดูแลต่อเนื่องระดับชุมชน จัดทำแนวปฏิบัติการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และกำหนดระบบติดตามประเมินผลที่สะท้อนทั้ง

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านการกลับไปใช้ซ้ำ

3) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด พิจารณาการออกแบบการวิจัยที่มีตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เชิงคลินิกและสังคม เช่น การกลับไปใช้ซ้ำ การเข้ารับบริการซ้ำ และคุณภาพชีวิตของครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime.(2025). World Drug Report 2025: Over 300 million people used drugs in 2023, while cocaine hits new high [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 11]. Available from: https://www.unodc.org.

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2565). ความสำคัญนโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

3.สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ.(2567). ผลของแรงจูงใจการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(1):13-24.

4.ฉวีวรรณ สาระบุตร, สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ.(2566). ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):1038-1047.

5.ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์.(2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):549-557.

6.ทิพากร วงศ์คำปั่น, นิธิพัฒน์ เมฆขจร.(2565). ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานต่อความตั้งใจที่จะเลิกใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารจิตวิทยา. 2565;20(1):1-12.

7.จันทรา มณีฉาย และคณะ.(2565). การเสริมพลังอำนาจชุมชนกับบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรณีศึกษา: ตำบลท่าชนะ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

8.Cobb S.(1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300-314.

9. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). สรุปผลการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดขอนแก่น ปี 2567. ขอนแก่น: กระทรวงสาธารณสุข.

10. Greenberg JS, Gold SN.(1994). The art of helping: an introduction to life skills. 6th ed. Boston: Allyn & Bacon.

11. นิภาวรรณ ตติยนันทพร.(2565). ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565;7(1):102-113.

12. สุวิทย์ สลามเต๊ะ.(2561). การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมภาวะผู้นำเด็กและเยาวชนของศาลเยาวชนและครอบครัวเพื่อการป้องกันการติดยาเสพติด. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี. 2561;12(29): 93-106.

13. ศุภชัย นวลสุทธิ์ และคณะ.(2565). ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(2):163-177.

14.Caplan G.(1974). Support systems and community mental health: lectures on concept development. New York: Behavioral Publications.

15.Berkman LF, Syme LS.(1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol. 1979;109(2):186-204.

16.Bandura A.(1985). Self-efficacy: the exercise of control. New York: W H Freeman.

17.Ajzen I.(1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, editors. Action control: from cognition to behavior. Berlin: Springer; 1985. p. 11-39.

18.เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และวุฒิชัย จริยา. (2563). ผลของโปรแกรมสริมสร้างพลังต้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;13(1): 700-708.

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก

Factors Associated with Students' Participation in Intestinal Parasitic Infection Screening in Nakhon Nayok Province.

(Received: January 29,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

สุจิตรา แสวงทรัพย์[1]
Sujittra Saengsap[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนจำนวน 367 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และการหาขนาดของความสัมพันธ์ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่ส่งผลต่อการต่อส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ โดยนักเรียนเพศชายมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่าเพศหญิง 2.03 เท่า (OR = 2.03, 95% CI: 1.07–3.89,χ^2 = 4.779, p = 0.029), นักเรียนที่เรียนอยู่ในเขตอำเภอเมืองมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่านักเรียนที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง 2.15 เท่า สถานที่ตั้งของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.15, 95% CI: 1.04–4.45, χ^2 = 4.463, p = 0.035), นักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดามารดามีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับญาติ 2.21 เท่า (OR = 2.21, 95% CI: 1.22–3.99, χ^2 = 7.066, p = 0.008), นักเรียนที่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่าผู้ที่เคยกินยา 2.26 เท่า (OR = 2.26, 95% CI: 1.19–4.32, χ^2 = 6.363, p = 0.012) โดย และนักเรียนที่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูงมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับต่ำ 2.09 เท่า (OR = 2.09, 95% CI: 1.06–4.13, χ^2 = 4.674, p = 0.031)

คำสำคัญ: นักเรียน, หนอนพยาธิ, ตรวจคัดกรองโรค

Abstract

This study was survey research aimed to examine factors associated with students' participation in parasitic infection screening in Nakhon Nayok Province. A cross-sectional study was conducted among 367 students. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to describe the data. Inferential statistics were analyzed using the Chi-square test, and the strength of associations was determined by odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI). The level of statistical significance was set at 0.05.

Results: The results revealed that factors significantly associated with participation in parasitic infection screening at the 0.05 level included sex, school location, living arrangement, history of deworming, and attitude. Male students were more likely to participate in parasitic screening than female students (OR = 2.03, 95% CI: 1.07–3.89, χ^2 = 4.779, p = 0.029). Students attending schools located in urban areas had higher odds of participating in screening than those in non-urban areas (OR = 2.15, 95% CI: 1.04–4.45, χ^2 = 4.463, p = 0.035). Students living with their parents were more likely to participate than those living with relatives (OR = 2.21, 95% CI: 1.22–3.99, χ^2 = 7.066, p = 0.008). Students who had

[1] กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

never taken deworming medication were more likely to participate in screening than those who had previously taken deworming medication (OR = 2.26, 95% CI: 1.19–4.32, χ^2 = 6.363, p = 0.012). In addition, students with a high level of positive attitude toward parasitic disease prevention were more likely to participate in screening than those with a low level of attitude (OR = 2.09, 95% CI: 1.06–4.13, χ^2 = 4.674, p = 0.031).

Keywords: students, parasitic infection, screening

บทนำ

โรคหนอนพยาธิเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาและพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อ เช่น การขาดสุขาภิบาลที่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และการสัมผัสดินหรือน้ำที่ปนเปื้อนไข่พยาธิโดยตรง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ประชากรกว่า 1.5 พันล้านคนทั่วโลกติดเชื้อหนอนพยาธิในลำไส้ (soil-transmitted helminths) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญ[1] อีกทั้งยังมีข้อมูลที่มีการศึกษาในกลุ่มเด็กและนักเรียนพบว่า การติดเชื้อหนอนพยาธิมักสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง สมรรถภาพทางการเรียนลดลง และการเจริญเติบโตที่ล่าช้า[2] แม้ว่าการให้ยาถ่ายพยาธิเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมโรค แต่การตรวจคัดกรองการติดเชื้อหนอนพยาธิยังคงมีความจำเป็น เพื่อประเมินสถานการณ์การติดเชื้อ การติดตามผลการรักษา และการวางแผนมาตรการควบคุมโรคอย่างเหมาะสมในระยะยาว[3]

ประเทศไทยยังคงพบการติดเชื้อหนอนพยาธิในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนในชนบทและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านสุขาภิบาล การสำรวจและรายงานทางระบาดวิทยาพบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อม และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อและการป้องกันโรคหนอนพยาธิ[4] อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับมาตรการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรค

การส่งตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองโรคหนอนพยาธิในนักเรียนเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งนักเรียน ผู้ปกครอง โรงเรียน และหน่วยงานสาธารณสุข งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัว และบริบทของสถานศึกษา เช่น เพศ การสนับสนุนจากผู้ปกครอง และทัศนคติด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ[5,6]

และจากการศึกษาถึงสถานการณ์โรคหนอนพยาธิในระดับพื้นที่จังหวัดนครนายกในระดับพื้นที่ จังหวัดนครนายกเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิและการปนเปื้อนของปรสิตในอาหารและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิในประชาชนและกลุ่มเด็กวัยเรียน แม้อัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิในมนุษย์อาจอยู่ในระดับไม่สูงมากเมื่อเทียบกับบางพื้นที่ของประเทศ แต่การพบการปนเปื้อนของปรสิตในสิ่งแวดล้อมและอาหารสดยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคในชุมชน ซึ่งจากการศึกษาของ สุนิสา ไกรนรา และคณะ พบว่า ในพื้นที่ตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ประชาชนมีการติดเชื้อหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ โดยพบอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิร้อยละ 1.8 ซึ่งแม้จะเป็นอัตราที่ไม่สูงมาก แต่สะท้อนให้เห็นว่ายังมีการคงอยู่ของโรคพยาธิในชุมชน และมีโอกาสแพร่กระจายได้หากขาดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม[7] นอกจากนี้การศึกษาในพื้นที่ตลาดสดองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก พบการ

ปนเปื้อนของปรสิตในผักสดที่จำหน่ายในตลาด โดยตรวจพบโปรโตซัวในลำไส้ร้อยละ 37.7 และพยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) ร้อยละ 46.6 ซึ่งพบการปนเปื้อนสูงเป็นพิเศษในผักกลุ่มที่นิยมรับประทานสด เช่น สะระแหน่ ต้นหอม และผักชี การค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าห่วงโซ่อาหาร โดยเฉพาะผักสดที่ผ่านการล้างทำความสะอาดไม่เหมาะสม อาจเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อพยาธิและโปรโตซัวเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ได้[8] ซึ่งนอกเหนือจากโรคหนอนพยาธิในลำไส้แล้ว ยังมีรายงานการสอบสวนโรคพยาธิใบไม้ปอดในพื้นที่จังหวัดนครนายกและจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งแม้จะไม่ใช่โรคพยาธิในลำไส้โดยตรง แต่สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของโรคพยาธิที่สามารถเกิดขึ้นในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ และมีแหล่งน้ำธรรมชาติที่เอื้อต่อวงจรชีวิตของพยาธิ[9]

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าจังหวัดนครนายกยังคงมีปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหนอนพยาธิ แม้อัตราการติดเชื้อในมนุษย์อาจไม่สูง แต่การป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ยังคงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิในโรงเรียนจึงเป็นมาตรการสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันและลดการแพร่กระจายของโรคในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เข้าใจกลไกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเข้าร่วมการตรวจคัดกรอง และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนามาตรการและนโยบายควบคุมและป้องกันโรคหนอนพยาธิในกลุ่มนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหนอนพยาธิของนักเรียนในจังหวัดนครนายก

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือตัวอย่างโรงเรียนพื้นที่ตามแผนการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) จำนวน 20 โรงเรียน ที่คำนวณได้จำนวน 367 คน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก 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

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจงหวัดนครนายก

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ จังหวัดนครนายก ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.3 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38.7 ในด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวใกล้เคียงกันระหว่างระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.1) และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 49.9)

สถานที่ตั้งของโรงเรียน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่นอกเขตอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 69.8 ขณะที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 30.2 สำหรับลักษณะการอยู่อาศัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 52.9 และอาศัยอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 47.1

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูงกว่าครึ่งหนึ่งเคยรับประทานยาถ่ายพยาธิ คิดเป็นร้อยละ 59.1 ขณะที่ไม่เคยรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 40.9 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาประวัติการส่งตรวจอุจจาระ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยส่งตรวจอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 68.9 และเคยส่งตรวจอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 31.1

สภาพแวดล้อมด้านสุขาภิบาลในครัวเรือน พบว่าส่วนใหญ่มีห้องน้ำที่สะอาดและเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.9 อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.1 ที่ไม่มีห้องน้ำหรือมีห้องน้ำที่ไม่สะอาด

2. ระดับความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 367)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ระดับสูง	259	70.6
ระดับต่ำ	108	29.4
ระดับทัศนคติ		
ระดับสูง	348	94.8
ระดับต่ำ	19	5.2
ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		
ระดับสูง	253	68.9
ระดับต่ำ	114	31.1
ระดับพฤติกรรม		
ระดับสูง	338	92.1
ระดับต่ำ	29	7.9

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับสูง จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 ขณะที่มีระดับความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 ในด้าน ระดับทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง จำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 94.8 และมีเพียงส่วนน้อยที่มีทัศนคติในระดับต่ำ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมุมมองและความรู้สึกเชิงบวกต่อการป้องกันและการตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ

สำหรับ ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 ขณะที่มีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคหนอนพยาธิในระดับที่เหมาะสม

ในด้าน ระดับพฤติกรรมด้านสุขอนามัยและการส่งตรวจพยาธิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 338 คน คิดเป็นร้อยละ 92.1 และมีพฤติกรรมในระดับต่ำเพียง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยและความร่วมมือในการส่งตรวจพยาธิในระดับที่ดี

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ ทัศนคติแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขอนามัยและการส่งตรวจพยาธิอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหนอนพยาธิของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับผลการส่งตรวจพยาธิของนักเรียน จากการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งตรวจพยาธิของนักเรียน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับผลการส่งตรวจพยาธิของนักเรียน

ตัวแปร	ผลการส่งตรวจพยาธิ		OR	95% CI (Low-Up)	χ^2	p-value
	ส่งตรวจพ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ส่งตรวจ จำนวน (ร้อยละ)				
เพศ						
ชาย	128 (90.1)	14 (9.9)	2.03	1.07–3.89	4.779	0.029*
หญิง	184 (81.8)	41 (18.2)				
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาตอนปลาย	157 (85.3)	27 (14.7)	1.05	0.59–1.86	0.028	0.866
มัธยมศึกษาตอนต้น	155 (84.7)	28 (15.3)				
สถานที่ตั้งของโรงเรียน						
เขตอำเภอเมือง	101 (91.0)	10 (9.0)	2.15	1.04–4.45	4.463	0.035*
นอกเขตอำเภอเมือง	211 (82.4)	45 (17.6)				
การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง						
อยู่กับบิดามารดา	174 (89.7)	20 (10.3)	2.21	1.22–3.99	7.066	0.008*
อยู่กับญาติ	138 (79.8)	35 (20.2)				
เคยกินยาถ่ายพยาธิ						
ไม่เคย	136 (90.7)	14 (9.3)	2.26	1.19–4.32	6.363	0.012*
เคย	176 (81.1)	41 (18.9)				
เคยส่งตรวจอุจจาระ						
เคย	94 (82.5)	20 (17.5)	0.76	0.41–1.38	0.849	0.357
ไม่เคย	218 (86.2)	35 (13.8)				
ห้องน้ำในครัวเรือน						
มีสะอาดเพียงพอ	236 (85.8)	39 (14.2)	1.27	0.67–2.41	0.557	0.455
ไม่มี/ไม่สะอาด	76 (82.6)	16 (17.4)				

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับผลการส่งตรวจพยาธิของนักเรียน

ตัวแปร	ผลการส่งตรวจพยาธิ		OR	95% CI (Low-Up)	χ^2	p-value
	ส่งตรวจพ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ส่งตรวจ จำนวน (ร้อยละ)				
ความรู้						
ระดับสูง	130 (86.7)	20 (13.3)	1.25	0.69–2.26	0.544	0.461
ระดับต่ำ	182 (83.9)	35 (16.1)				
ทัศนคติ						
ระดับสูง	115 (90.6)	12 (9.4)	2.09	1.06–4.13	4.674	0.031*
ระดับต่ำ	197 (82.1)	43 (17.9)	1.00			
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
ระดับสูง	210 (83.0)	43 (17.0)	0.58	0.290-1.137	2.582	0.108
ระดับต่ำ	102 (89.5)	12 (10.5)				

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001

จากตารางที่ 2 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลการส่งตรวจพยาธิของนักเรียน พบว่า จากตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังต่อไปนี้

เพศ พบว่า **มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** (χ^2 = 4.779, p = 0.029) โดยนักเรียนเพศชายมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่าเพศหญิง **2.03 เท่า** (OR = 2.03, 95% CI: 1.07–3.89)

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.028, p = 0.866) โดยนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้นมีสัดส่วนการส่งตรวจใกล้เคียงกัน

สถานที่ตั้งของโรงเรียน พบว่า **สถานที่ตั้งของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** (χ^2 = 4.463, p = 0.035) โดยนักเรียนที่เรียนอยู่ในเขตอำเภอเมืองมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่านักเรียนที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง **2.15 เท่า** (OR = 2.15, 95% CI: 1.04–4.45)

การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง พบว่า **การอาศัยอยู่กับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** (χ^2 = 7.066, p = 0.008) โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดามารดามีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับญาติ **2.21 เท่า** (OR = 2.21, 95% CI: 1.22–3.99)

การเคยกินยาถ่ายพยาธิ พบว่า **การเคยกินยาถ่ายพยาธิมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** (χ^2 = 6.363, p = 0.012) โดยนักเรียนที่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่าผู้ที่เคยกินยา **2.26 เท่า** (OR = 2.26, 95% CI: 1.19–4.32)

การเคยส่งตรวจอุจจาระ ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเคยส่งตรวจอุจจาระกับผลการส่งตรวจพยาธิในครั้งนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.849, p = 0.357)

ห้องน้ำในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.557, p = 0.455)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.544, p = 0.461)

ทัศนคติ พบว่า **ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** (χ^2 = 4.674, p = 0.031) โดยนักเรียนที่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูงมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับต่ำ **2.09 เท่า** (OR = 2.09, 95% CI: 1.06–4.13)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 2.582, p = 0.108)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลการส่งตรวจพยาธิของนักเรียน พบว่า จากตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้ดังต่อไปนี้

เพศ: ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนเพศชายมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่าเพศหญิง 2.03 เท่า (OR = 2.03, 95% CI: 1.07–3.89, χ^2 = 4.779, p = 0.029) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Biswas และคณะ ซึ่งรายงานว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโครงการถ่ายพยาธิในนักเรียนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนเพศชายมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าเพศหญิง[10]

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตาม **Theory of Planned Behavior** ของ Ajzen ซึ่งเสนอว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลถูกกำหนดโดยความตั้งใจที่ได้รับอิทธิพลจากทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม[11]

สถานที่ตั้งของโรงเรียน: สถานที่ตั้งของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่เรียนอยู่ในเขตอำเภอเมืองมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่านักเรียนที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง 2.15 เท่า (OR = 2.15, 95% CI: 1.04–4.45, χ^2 = 4.463, p = 0.035) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alemu และคณะ ที่พบว่าโรงเรียนในเขตเมืองมีอัตราการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคพยาธิสูงกว่าโรงเรียนในพื้นที่ชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12]

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตาม **Ecological Model** ของ Bronfenbrenner ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหลายระดับ[13]

การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง: การอาศัยอยู่กับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดามารดามีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับญาติ 2.21 เท่า (OR = 2.21, 95% CI: 1.22–3.99, χ^2 = 7.066, p = 0.008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen และคณะ ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดามีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองโรคพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14]

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตาม **Social Support Theory** ของ House ซึ่งระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล[15]

การเคยกินยาถ่ายพยาธิ: การเคยกินยาถ่ายพยาธิมีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่าผู้ที่เคยกินยา 2.26 เท่า (OR = 2.26, 95% CI: 1.19–4.32, χ^2 = 6.363, p = 0.012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gyorkos และคณะ ที่พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับยาถ่ายพยาธิมีแนวโน้ม

เข้าร่วมการตรวจติดตามต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16]

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวรกร วิชัยโย ที่รายงานว่าการได้รับยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17]

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตาม **Health Belief Model** ของ Rosenstock และ Becker ในมิติการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ[18]

ทัศนคติ: ทัศนคติพบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูงมีโอกาสส่งตรวจพยาธิมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับต่ำ 2.09 เท่า (OR = 2.09, 95% CI: 1.06–4.13, χ^2 = 4.674, p = 0.031) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kurniawan และคณะที่พบว่าทัศนคติเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและการเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองโรคพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ทั้งตาม **Health Belief Model** และ **Theory of Planned Behavior** ซึ่งต่างชี้ให้เห็นถึงบทบาทของทัศนคติที่มีต่อความตั้งใจและการตัดสินใจลงมือปฏิบัติด้านสุขภาพ[11,18]

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาปัจจัยเชิงลึกโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากบางตัวแปร เช่น ระดับความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์กับการส่งตรวจพยาธิ การวิจัยในอนาคตควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายกลไกเชิงพฤติกรรม แรงจูงใจ และอุปสรรคที่อาจไม่สามารถสะท้อนผ่านข้อมูลเชิงปริมาณได้อย่างครบถ้วน

2. การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเชิงทดลอง การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งพัฒนาโปรแกรมหรือมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม และประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมโดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการส่งตรวจพยาธิ

3. การขยายขอบเขตการศึกษาและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความ สามารถในการอธิบายและการนำผลการวิจัยไปอ้างอิง การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน รวมถึงเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

4. การใช้การวิเคราะห์เชิงพหุตัวแปร การวิจัยในอนาคตควรนำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหรือการวิเคราะห์เชิงพหุตัวแปรอื่น ๆ มาใช้ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนและระบุปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการส่งตรวจพยาธิได้อย่างชัดเจนและแม่นยำยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Soil-transmitted helminth infections. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Hotez PJ, Bundy DAP, Beegle K, et al. Helminth infections: Soil-transmitted helminth infections and schistosomiasis. In: Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 467–482.
3. Gyorkos TW, Maheu-Giroux M, Blouin B, Casapía M.(2021). Impact of preventive chemotherapy on follow-up behavior for soil-transmitted helminths among school-aged children. PLoS Negl Trop Dis. 2021;15(4):e0009357.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.(2565). สถานการณ์โรคพยาธิในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.
5. Kurniawan A, Sari IP, Nugroho RA.(2022). Attitude and preventive behavior toward intestinal parasitic infections among school children. J Prev Med Public Health. 2022;55(3):245–253.

6. Nguyen TT, Le HT, Pham VD.(2021). Parental involvement and children's participation in preventive health services: Evidence from parasite screening programs. BMC Pediatr. 2021;21:312.
7. สุนิสา ไกรนรา, สุพัตรา ศรีคำ, และคณะ.(2565). การติดเชื้อหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ของประชาชนตำบลพระอาจารย์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565; 5(2): 45–56.
8. สุนิสา ไกรนรา, สุพัตรา ศรีคำ, และคณะ.(2565). การปนเปื้อนของปรสิตในผักสดที่จำหน่ายในตลาดสดองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565; 16(3): 89–101.
9. พรพัฒน์ ภูนากลม, สมชาย อินทร์คำ, และคณะ.(2567). รายงานการสอบสวนโรคพยาธิใบไม้ปอดในพื้นที่จังหวัดนครนายกและจังหวัดใกล้เคียง. วารสารควบคุมโรค. 2567; 50(1): 15–27.
10.Biswas B, Kumar S, Verma R, Singh A.(2024). Factors influencing participation in mass deworming programs among school-aged children in India. J Trop Pediatr. 2024;70(1):fmad062.
11.Ajzen I.(1991). The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211.
12.Alemu G, Assefa A, Tadesse Z.(2023). Determinants of schoolchildren participation in intestinal parasite screening programs in urban and rural settings. BMC Public Health. 2023;23:1457.
13.Bronfenbrenner U.(1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
14.Nguyen TT, Le HT, Pham VD.(2021). Parental support and children's participation in preventive health screening programs: Evidence from parasitic infection control. BMC Pediatr. 2021;21:312.
15.House JS.(1981). Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
16.Gyorkos TW, Maheu-Giroux M, Blouin B, Casapía M.(2021). Impact of preventive chemotherapy on follow-up behavior for soil-transmitted helminths among school-aged children. PLoS Negl Trop Dis. 2021;15(4):e0009357.
17.วรกร วิชัยโย.(2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1):1–12.
18.Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–335.
19.Kurniawan A, Sari IP, Nugroho RA.(2022). Attitudes and preventive behaviors toward intestinal parasitic infections among school children. J Prev Med Public Health. 2022;55(3):245–253.

ผลของโปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

อาภาภิญ เวียงอินทร์[1]
Apapin Wiang-in[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest And Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม บำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่าง เดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือน ธันวาคม 2568 จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง แบบประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Socrates) แบบประเมินความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ,พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด, แบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติด (SDS) พฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ และแบบบันทึกผลการตรวจ Urine Amphetamines วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน

ผลการศึกษา : พบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลอง (Mean = 38.21, S.D. = 6.27) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 36.64, S.D. = 5.16) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (t = -1.112, *P* = 0.286) ด้านผลการตรวจปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นลบทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 โดยพบผลบวกเพียงบางราย และมีบางรายไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากการย้ายสถานที่รักษา หรือข้อจำกัดด้านบริบทของผู้ป่วย

คำสำคัญ : โปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS), เมทแอมเฟตามีน, การเสพซ้ำ

Abstract

This quasi-experimental research, categorized as a one-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effect of the Start Over and Survive (SOS) program on reducing relapse rates. The sample consisted of 14 inpatients with methamphetamine addiction and psychiatric disorders, admitted between June 2025 and December 2025. Data collection instruments included a demographic and clinical questionnaire, the Socrates scale assessing readiness for substance use change, an assessment of relapse prevention intention and drug prevention behaviors, a Self-Defense Scale (SDS) assessing the severity of substance dependence and relapse behavior, and a urine amphetamines test record. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Study Results: The mean post-intervention score (Mean = 38.21, S.D. = 6.27) was significantly higher than the pre-intervention score (Mean = 36.64, S.D. = 5.16) at the .05 statistical significance level (t = -1.112, P = 0.286). Most urine tests were negative in both week 1 and week 8, with only a few positive results. Some patients could not be followed up due to changes in treatment location or contextual limitations.

Keywords: Start over and survive (SOS) treatment program, methamphetamine, relapse

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมายาวนานและแพร่ระบาดไปทั่วโลกยากต่อการแก้ไข อีกทั้งมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มมากขึ้น[1] จากรายงานข้อมูลของ World Drug Report 2021[2] ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ใช้ยา เสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของ ประชากรโลกในช่วงอายุ 15 -

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

64 ปี โดยมีการคาดการณ์ว่าใน ปีพ.ศ.2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีนหรือยาบ้า (Amphetamine) แอมเฟตามีนถือเป็นยาเสพติดที่เป็นภัยต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน และถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในประเทศไทย ข้อมูลรายงานจาก สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563 พบผู้เสพติดแอมเฟตามีนเข้าบำบัดรักษาในระบบมากถึงร้อยละ 80.63, 78.04 และ 77.06 ตามลำดับ[3] และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 49.09 เป็นร้อยละ 60.07 และ 66.22 ตามลำดับ[4] เนื่องจากการติดยาเสพติดมีผลกระทบเชิงลบต่อ บุคคลและสังคมอย่างรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมจากการใช้สารเสพติดเกิดขึ้นในสังคมมาอย่างต่อเนื่องยาวนานและลุกลามไปทั่วทุกพื้นที่

หอผู้ป่วยในรักษ์ใจ ปันสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชยาเสพติด จากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2566 - 30 เม.ย. 2568) พบผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษา จำนวน 54 ราย, 154 ราย, 87 ราย กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 5 ราย, 9 ราย, 5 รายคิดเป็น ร้อยละ 9.2, 6.3, 5.74 และกลับไปเสพซ้ำ 13 ราย,15 ราย และ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.07, 10.56, 21.83 ตามลำดับ[5] อีกทั้งพบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการก้าวร้าวรุนแรงเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อผู้อื่นในครอบครัวชุมชนและต่อตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนเมื่อกลับไปเสพแล้วมีการทำร้ายคนใกล้ชิดที่อาศัยในบ้านหลังเดียว ญาติส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ถูกทำร้ายบาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รองลงมา ผู้ป่วยมีการเผาทำลายทรัพย์สินของญาติและเพื่อนบ้าน อีกส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้เสพร่วมกับดื่มสุรามีอาการประสาทหลอนหวาดระแวงว่าถูกนอกใจ ทำร้ายภรรยาบาดเจ็บสาหัสถึงขั้นต้องเข้ารับการการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มผู้เสพติดบางรายขังลูก วัยอนุบาลไว้ในบ้านกับตัวเองลำพังพร้อมกับถืออาวุธขู่ไม่ให้ใครเข้าใกล้ไม่ให้ไปโรงเรียน พาลูกขับขี่จักรยานยนต์ไปเรื่อยๆ โดยไม่ระวังความปลอดภัย และความรุนแรงเสื่อมโทรมนี้ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ บั่นทอนคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่คือ เด็กวัยอนุบาลและวัยเรียนมีพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่เป็นผู้เสพผู้ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่ไม่สามารถหยุดเสพได้เพิ่มขึ้น จากผลกระทบดังกล่าวนั้นถือว่าเป็นผลกระทบที่มีอันตรายร้ายแรงกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ถือความเป็นรุนแรงหลักในสังคมอีกประเด็นหนึ่งที่ควรได้รับการแก้ไขร่วมกันในทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง จากการสุ่มสัมภาษณ์อย่างไม่มีแบบแผน ในผู้ป่วยและญาติ ถึงสาเหตุการกลับไปเสพซ้ำ พบว่าเกิดจากตัวผู้ป่วยไม่มีความพร้อมถูกบังคับบำบัดโดยไม่รู้ตัวในขณะเข้ารับการรักษาระยะก้าวร้าวรุนแรง (Acute Phase) เมื่อแรกรับรักษาแบบผู้ป่วยใน จากนั้นได้รับบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องทันทีโดยโปรแกรมมาตรฐาน แบบกลุ่มบำบัดจึงขาดการยอมรับและรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น มีความคิดลังเลใจ ขาดพลังในการเสริมสร้างคุณค่าในตัวเอง และขาดจิตสำนึกของการเป็นพลเมืองที่ดี ไม่สามารถนำความรู้หรือทักษะไปปรับใช้ได้จริงจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อนำไปสู่การเลิกยาเสพติดได้ อีกด้านคือโปรแกรมการบำบัดที่ให้กับผู้บำบัดยาเสพติดยังขาดการเรียงลำดับความเข้าใจเนื้อหาให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย และขาดการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ปัจจุบันมีแนวทางการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนชัดเจน เช่น จิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program)[6] แต่ยังไม่สามารถรักษาอาการอยากเสพยาได้[7] แต่การฟื้นฟูทางจิตสังคมบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการอยากเสพยาและช่วยลดการไม่กลับไปเสพยาซ้ำได้ และพบสาเหตุของข้อจำกัดในการรักษาแบบกลุ่มบำบัดซึ่งเป็นระยะฟื้นฟูนั้นผู้ป่วยต้องมีทักษะการคิดการตอบคำถามและการเขียนเรียบเรียงคำตอบในระดับที่ ผ่านการประเมินความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการทำงานของสมอง จึงจะมีคุณสมบัติในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูได้ จึงเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยในระยะ

Acute Phase และ Sub Acute Phase ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า มีการบำบัดที่สามารถลดหรือป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ หลากหลายที่มีประสิทธิผล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบกลุ่มในระยะฟื้นฟู (Rehab Phase) ส่วนการบำบัดรายบุคคลพบว่าการใช้โปรแกรม Start over and survive (SO) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อิงหลักการ Motivation interviewing (MI) เป็นการบำบัดอย่างย่อชนิดมีโครงสร้างซึ่งถูกพัฒนาเพื่อ ใช้ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะโรคจิตระยะแรก โดยมีอาการ ทางจิตไม่เกิน 3 ปี อายุไม่เกิน 35 ปี และเคยรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้ง การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติดใน 6 เดือนเมื่อเทียบกับการรักษาตามมาตรฐานและมีผลถึง 12 เดือน[8] การบำบัด SOS จึงอาจเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับการเสพแอมเฟตามีนสูง และการบำบัดใช้ระยะเวลา ไม่นานมาก ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทดสอบผลของการบำบัด SOS ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรม การบำบัด Start Over and Survive (SOS) มาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนได้ เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ในการป้องกันตนเองไม่กลับเสพยาซ้ำให้ต่อเนื่องยาวนานมากขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม บำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพซ้ำ ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้น Start Over and Survive (SOS) ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้น Start Over and Survive (SOS) ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้น Start Over and Survive (SOS) ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

4. ร้อยละของผลการตรวจ Urine Amphetamines ผลเป็นลบเป้าหมาย > ร้อยละ 80

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้น ด้าน Recognition หลังได้รับโปรแกรม Start Over and Survive (SOS) สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนน ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้นด้าน Taking Stepsหลังได้รับโปรแกรม Start Over and Survive (SOS) สูงกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังได้รับโปรแกรม Start Over and Survive (SOS) แล้วค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้าน Ambivalence ของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีนระยะแรกต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4. ผลการตรวจ Urine Amphetamines ให้ผลเป็นลบ ที่ 8 สัปดาห์หลังจำหน่าย มากกว่าร้อยละ 80

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมโปรแกรมบำบัดแบบสั้นเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชสว่างแดนดินผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการ motivation

interviewing (MI) ของ Miller และ Rollnick (1996)[9] โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน จากตำรา ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

1.3 ผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

1.4 นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

1.5 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน BPRS, แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า2Q (9Q,8Q), แบบประเมินความรุนแรงในการใช้สารเสพติด (SDS) และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพสารเสพติด (SOCRATES)

1.6 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนระยะต้น และเตรียมสื่อ รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย

1.7 ประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานทราบเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำวิจัย

1.8 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย กระบวนการบำบัดรักษา ประสบการณ์ในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาภายใต้หลักการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเป็นผู้บำบัดหลักนำโปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนมาใช้ตามเกณฑ์การคัดเข้าในระหว่างเดือน สิงหาคม 2568 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2568 และดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ในระยะ Active Phase กับผู้ป่วย 3 ครั้ง ครั้งละ 2-10 นาที

1. ประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (SOCRATES) ก่อนการสร้างสัมพันธภาพ

2. การสร้างสัมพันธภาพเป็นการบำบัดครั้งละสั้นๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในช่วงเวลาที่พูดคุยกัน การบำบัดระยะนี้กระทำก่อนการประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดโดยละเอียดต่อไป

*** หมายเหตุ จำนวนครั้งขึ้นอยู่กับสภาวะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive state) ของผู้ป่วยถึงความพร้อม สำหรับการเริ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะที่ 2 โดยสังเกตจาก การมีสมาธิในการพูดการตอบคำถามอย่างน้อยประมาณ 10-15 นาที **

ระยะที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) 3 ครั้ง (ครั้งละ 20-30 นาที)

ครั้งที่ 4 ใบงาน ที่ 1 เหตุผลในการใช้สารเสพติด

ใบงาน ที่ 2 โรคสมองติดยา

ใบงาน ที่ 3 ตัดสินใจเปลี่ยนแปลง

ใบงาน ที่ 4 “ ฉันคาดหวังอะไรจากการใช้สารเสพติด ”

*** หมายเหตุ อย่าข้ามไประยะต่อไปจนกว่าผู้ป่วยให้คำมั่นว่าจะเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติดหรืออย่างน้อยจะปรับเปลี่ยนบางพฤติกรรมที่จะลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติดให้กลับไปพูดคุยต่อเกี่ยวกับใบงาน “เหตุผลในการใช้สารเสพติด” และใบงาน “ตัดสินใจเปลี่ยนแปลง” หากผู้ป่วยยังคงลังเลอย่างต่อเนื่อง ให้พูดคุยกันว่าอะไรที่จะทำให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าจะปรับเปลี่ยนคอยพูดคุยถึงเป้าหมายของผู้ป่วยในอนาคตและความคาดหมายต่อสารเสพติด ในการบำบัดครั้งต่อๆ ไป **

ระยะที่ 3 การวางแผนควบคุมการใช้สารเสพติด 2 ครั้ง (ครั้งละ 30 - 45 นาที)

ครั้งที่ 5 ใบงานที่ 5 สัญญาใจกับตัวอง เพื่อการเปลี่ยนแปลง MI วิธีลดการใช้สารเสพติดและการใช้ชีวิตที่ปลอดจากสารเสพติด

ใบงานที่ 6 การแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเสี่ยงสูงและวิธีการจัดการ/ วิธีการปฏิเสธสารเสพติด/การรับมือกับอาการต่างๆ (เคล็ดลับการรับมือเมื่อเกิดปัญหา, วิธีการรับมือกับความรู้สึกแปลกๆ, วิธีรับมือเมื่อเผลอใช้สารเสพติด) ครั้งที่ 6 ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับโรคจิตโดยประเมินประวัติการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยย้อนหลัง (20 - 30 นาที) / สำรวจว่าสมาชิกครอบครัวเข้าใจว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการใช้สารเสพติดอย่างไร (30 นาที)/ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Stress-vulnerability model (Normalizing Process) และเหตุผลที่คนเป็นโรคจิตอาจจะเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด (20 นาที)/ สัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจกับสมาชิกครอบครัวเพื่อให้สามารถสนับสนุนทางที่ผู้ป่วยเลือกเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้ดีขึ้น (15-30 นาที)

****หมายเหตุ ระยะที่ 3 ของโปรแกรมนั้นมีหลายแง่มุมประเด็นของกำหนดการข้างต้นบางข้อหรือทั้งหมด จะครอบคลุมหรือไม่ขึ้นกับพัฒนาการของผู้ป่วยและการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของตนเอง อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยทุกคนควรได้เข้าร่วมการบำบัดที่เน้นการหาสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง การแก้ปัญหา และการลดอันตราย*

ระยะที่ 4 การติดตามผล (Follow - UP Phase) ประกอบด้วย

- การโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ครั้งละ 5-10 นาที) หลังการจำน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 4 สัปดาห์แรก รวม 4 ครั้ง

- การโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลหรือญาติ ทุก 2 สัปดาห์ รวม 2 ครั้ง (ครั้งละ 10 - 20 นาที) เน้นการช่วยเหลือญาติให้ดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองติดตามการจัดการตัวกระตุ้น เสริมแรงจูงใจของญาติให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จากการวินิจฉัยของแพทย์ ด้วยรหัส ICD-10 คือ F2X.XX และ F15.XX และมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต ที่มีปัญหาการเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับ การรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จากการวินิจฉัยของแพทย์ ด้วยรหัส ICD - 10 คือ F2X.XX และ F15.XX และมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18 - 50 ปี 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ผลประเมินอาการของโรคจิตด้วย 3.1) mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) part L เพื่อยืนยันการวินิจฉัย 3.2) Drug Check problem list พบว่ามีปัญหาการเสพเมทแอมเฟตามีน โดยมีคะแนน Problem list มากกว่า 2 คะแนน 3.3) แบบประเมิน V.2 (Violence) เป็นแบบประเมินเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด ระหว่างผู้ใช้ ผู้เสพ หรือผู้ติด และ 3.4) แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) 4) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้ 2) เป็นผู้ป่วยที่ส่งมาบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตหรือเงื่อนไขคุมประพฤติ 3) มีความผิดปกติทางระบบประสาท เช่นโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม 4) ญาติไม่ยินยอมให้เข้ารับการบำบัด

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบประเมิน Drug Check problem list, 2) แบบประเมิน M.I.N.I. part L (Methamphetamine use disorder ประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมวิจัยครั้งแรก, 3) แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมบำบัด SOS (start over and survive) ต่อการลดการเสพซ้ำ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ **1**) การสร้างสัมพันธภาพ, 2) การเสริมสร้างแรงจูงใจ, 3) การวางแผนควบคุมการใช้สารเสพติด, 4) การติดตามผล เป็นการบำบัดรายบุคคลแบบผู้ป่วยใน 3 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 6-9 ครั้ง ร่วมกับช่วงพบญาติ 1 ครั้งนาน 1 ชั่วโมง การนัดติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในช่วง 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ (จำนวน 2 ครั้ง) การติดต่อช่วงที่นัดติดตามอาจเป็นทางโทรศัพท์ โดยการติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติแต่ละครั้งจะใช้เวลา 5-10 นาที โดยรวมแล้วผู้บำบัดจะใช้เวลาทั้งหมด 4 ชั่วโมง 30 นาที - 5 ชั่วโมง อีกทั้งความถี่ของการบำบัดขณะเป็นผู้ป่วยในสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามอาการทางจิตของผู้ป่วยและแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่โดยปกติแล้วการบำบัดรักษาทั้งหมดจะทำเสร็จสิ้นภายใน 7-10 วัน หากมีการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนจะทำ SOS จบสามารถให้การรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอกได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว อาชีพ ลักษณะครอบครัว ที่อยู่อาศัย ประวัติเกี่ยวกับสารเสพติดโดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 7 คน มีพื้นฐานการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยผู้บำบัดหลักผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(MI) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational Enhancement Therapy) การบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปี รวมถึงผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัด SOS (start over and survive) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนระยะต้นจากผู้วิจัย เป็นเครื่องมือด้านสุขภาพจิต ดังนี้

ก. แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นแบบประเมินอาการทางจิตโดยผู้ประเมินสังเกตหรือซักถามผู้ป่วยตามอาการในช่วง 2-3 วันที่ผ่านมา และให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการแต่ละข้อ ดังนี้ 1 = ไม่มีอาการ, 2=อาการเล็กน้อย, 3 = อาการปานกลาง, 4 = อาการค่อนข้างมาก, 5 = อาการมาก, 6 = อาการรุนแรง, 7 = อาการรุนแรงที่สุด

แปลผลคะแนนรวม ดังนี้: • 18–31 คะแนน: ไม่มีอาการหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย (Mild), • 32–53 คะแนน: มีอาการทางจิตปานกลาง (Moderate), • 54–75 คะแนน: มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe),• มากกว่า 75 คะแนน: มีอาการทางจิตรุนแรงมาก ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ข. แบบประเมิน 2Q เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถามถึงอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ มีให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี/ไม่มี ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

* หมายเหตุ หากผลการประเมิน 2Q เป็นลบ ไม่ต้องประเมิน 9Q และ 8Q

ค. แบบประเมิน 9Q เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามถึงอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ มีให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่มีเลย (0 คะแนน), เป็นบางวันในช่วง 7 วัน (1คะแนน), เป็นบ่อย >7วัน (2 คะแนน), เป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 7-12 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย), 13-18 คะแนน

(ซึมเศร้าปานกลาง) และ >18 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรง) อีกทั้งหากคะแนน 9Q มากกว่าเท่ากับ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พร้อมส่งพบแพทย์

ง. แบบประเมิน 8Q เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดมีให้เลือกตอบคือ ไม่ใช่ (0 คะแนน)/ใช่(1คะแนน) โดยตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดตามระดับความรุนแรง ดังนี้ 1-8 คะแนน (แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย), 9-16 คะแนน (แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง), > เท่ากับ 17 คะแนน (แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง)

จ. แบบประเมินความรุนแรงในการใช้สารเสพติด SDS เพื่อประเมินความรุนแรงจากการติดสารเมทแอมเฟตามีน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของตนเองมากที่สุด จำนวน 5 ข้อคำถาม ใช้เวลา 5 นาที โดยข้อคำถามที่ 1- 4 ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่เคย /แทบจะไม่เคย (0 คะแนน), บางเวลา (1 คะแนน), บ่อยครั้ง(2 คะแนน), สม่ำเสมอ/เกือบสม่ำเสมอ (3 คะแนน)ส่วนใคำถามที่ 5 มีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่ยาก (0 คะแนน), ค่อนข้างยาก(1คะแนน), ยากมาก (2 คะแนน), เป็นไปไม่ได้เลย (3 คะแนน) โดยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลคะแนนรวม ดังนี้: 0–3 คะแนน: ความรุนแรงต่ำ หรือยังไม่มีการพึ่งพาสาร, 4–6 คะแนน: ความรุนแรงปานกลาง อาจเริ่มมีการพึ่งพาสาร,7 คะแนนขึ้นไป: มีแนวโน้มพึ่งพาสารสูง ควรได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญหรือรับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ฉ.แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพสารเสพติด(stage of change reading and treatment eagerness scale: SOCRATES) เป็นแบบวัดประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามในแต่ละข้อ หลังจากพิจารณาอย่างรอบคอบ และเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของตัวเองมากที่สุด มีทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้ 1 = ไม่จริงเลยสำหรับฉัน, 2 = ไม่ค่อยจริงสำหรับฉัน, 3 = เป็นจริงปานกลางสำหรับฉัน, 4 = ค่อนข้างจริงสำหรับฉัน และ 5 = จริงมากสำหรับฉัน การแปลผล แบ่งเป็น 3 มิติ คือ1) Recognition (การรับรู้ปัญหา), 2) Ambivalence (ความไม่แน่นอน), 3)Taking Steps (การลงมือเปลี่ยนแปลง) ส่วนการแปลผลคะแนนในแต่ละมิติ ได้แก่ 1.คะแนนสูงใน Recognition แสดงว่าผู้ประเมินตระหนักถึงปัญหาการใช้สาร 2.คะแนนสูงใน Ambivalence แสดงว่าผู้ประเมินมีความลังเล ไม่แน่ใจว่าจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และ 3.คะแนนสูงใน Taking Steps แสดงว่าผู้ประเมินมีความพร้อมและพยายามลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำการประเมินที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแล ดังนี้ 1. หาก Recognition สูง แต่ Taking Steps ต่ำ อาจต้องเน้นการสร้างแรงจูงใจและแผนสนับสนุน, 2. หาก Ambivalence สูง ควรใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง (Motivational Interviewing) เพื่อช่วยคลี่คลายความลังเล และ3.หาก Taking Steps สูง แสดงว่าผู้ถูกประเมินพร้อมสำหรับการบำบัดหรือการเปลี่ยนแปลงจริง

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจ Urine Amphetamines หลังสิ้นสุดการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมบำบัด SOS (start over and survive) ต่อการลดการเสพซ้ำ (ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมณษชนครินทร์) ที่ผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI) เท่ากับ 0.831[10]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินด้านสุขภาพจิตที่สื่อถึง ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ พฤติกรรมป้องกันยาเสพติดและพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากได้ผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องจากงานวิจัย

ทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีเกณฑ์คุณภาพที่ดี เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ดังนี้

2.1. แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูง โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) อยู่ระหว่าง 0.56 - 0.90 และค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินซ้ำ (Test–retest reliability) อยู่ที่ 0.70 -0.80[11] เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้างได้รับการทดสอบในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตหลายกลุ่ม โดยพบว่าคะแนนอาการมีความสัมพันธ์สูงกับแบบประเมินมาตรฐาน เช่น PANSS และ CGI[12] จึงถือเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อการประเมินอาการก่อนและหลังการบำบัดในงานวิจัยนี้

2.2 แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยคำถาม 2Q, 9Q, และ 8Q พัฒนาเผยแพร่โดย กรมสุขภาพจิต

2.3 แบบประเมินความรุนแรงในการใช้สารเสพติด SDS (Severity of Dependence Scale: SDS) จำนวน 5 ข้อ พัฒนาโดย Singleton, Marsden และ Farrell[13] โดยอาศัยกรอบแนวคิดด้านความพึ่งพิงเชิงจิตใจ (Psychological dependence) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเสพติดในระยะพัฒนาเครื่องมือ และพบความสอดคล้องกับโครงสร้างปัจจัยเดียวในประชากรหลายกลุ่มทั้งในและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่ามีความตรงตามเนื้อหาในระดับดี สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือจากการศึกษาต้นฉบับ พบค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.80-0.92 และมีความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) อยู่ในระดับสูง (r = 0.80-0.95) ต่อมาเมื่อนำมาศึกษาในบริบทไทย งานวิจัยของเกศรินทร์ สุขสม และคณะ[14]ในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนพบค่า Cronbach's alpha = 0.82 งานของปัทมา พรหมมา และคณะ[15] พบค่า Cronbach's alpha = 0.87 ในกลุ่มผู้รับการบำบัดยาเสพติดแบบสมัครใจ และงานของชลธิชา เที่ยงตรง และคณะ[16] รายงานค่า Cronbach's alpha = 0.85 ขณะที่งานของศิริกานต์ อนันต์วัฒน์ และคณะ[17] ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายาเสพติดร่วมพบค่า Cronbach's alpha = 0.78 แสดงถึงความเที่ยงอยู่ในระดับดีถึงดีมากในบริบทไทย ดังนั้น SDS จึงเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงเหมาะสมต่อการประเมินระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงสารเสพติดในงานวิจัยนี้

2.4 แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพสารเสพติด (Stage of change reading and treatment eagerness scale: SOCRATES) การปรับปรุงโดย พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ[18] แปลโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ[19] ในแผนงาน ผรส. กรมสุขภาพจิต Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.60-0.96 และค่าสหสัมพันธ์ทดสอบซ้ำอยู่ในระดับสูง (0.82–0.94) แสดงถึงความเที่ยงที่ดีของเครื่องมือ ในฉบับภาษาไทยมีค่า Cronbach's alpha ประมาณ 0.79 ในกลุ่มผู้รับการบำบัดสารเสพติด ซึ่งอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ การแปลและปรับภาษาในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดสารเสพติด จึงถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง

3. การควบคุณภาพ **Urine Amphetamines** มีการประเมินผลปีละ 1 ครั้ง โดยองค์กรภายนอก (EQA) แผนการทดสอบความชำนาญการตรวจเบื้องต้นสารเสพติดในปัสสาวะ/สำนักยาและวัสดุเสพติดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด/สูงสุด (Min/Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนน ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง โดยการใช้สถิติเชิงอนุมานด้วย Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2025 - 013 รหัสโครงการ 033/2568 ระยะเวลาในการรับรองระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน 2568 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2569

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง จำนวน 14 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 92.9) อายุพบมากที่สุดในช่วง 18 - 25 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 50.0) สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นโสดจำนวน 12 คน (ร้อยละ 85.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 85.7) เช่นกัน ส่วนมากมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 57.1) มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 35.7) เป็นลักษณะครอบครัวขยายมากที่สุด จำนวน 9 คน (ร้อยละ 64.3) และที่อยู่อาศัยส่วนมากเป็นบ้านของตัวเอง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.4) ประวัติทางคลินิกเกี่ยวกับสารเสพติดส่วนมากใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 21 - 30 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 35.7) สาเหตุการใช้สารเสพติดครั้งแรกส่วนมากมาจาก อยากทดลอง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 42.9) ก่อนการเข้ารับการบำบัดในครั้งส่วนมาก เคย/ไม่เคย เลิกใช้สารเสพติด จำนวน 7 คน เท่ากัน (ร้อยละ 50) วิธีที่เลือกใช้ ส่วนใหญ่คือ หักดิบ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 42.9) ระยะเวลาในการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ จำนวน 1-3 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 42.9) และ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ มี/ไม่มี การใช้สารเสพติดประมาณ 30-51 วัน มากที่สุด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 50)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดตามมิติของ SOCRATES พบว่ามิติด้านการตระหนักรู้ต่อปัญหาการใช้สาร (Recognition) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ขณะที่มิติด้านความลังเลใจ (Ambivalence) และการลงมือปฏิบัติ (Taking Steps) เปลี่ยนแปลงในระดับจำกัดและยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1

4. ผลการตรวจ Urine Amphetamines ผลตรวจปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นลบทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 โดยพบผลบวกเพียงบางราย และมีบางรายไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากการย้ายสถานที่รักษา หรือมีข้อจำกัด 1

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมบำบัด Start Over and Survive (SOS) ในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีนระยะต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยอาศัยกรอบแนวคิด Transtheoretical Model (TTM) [20]และแบบประเมิน SOCRATES เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติด้าน Recognition หลังการทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง แม้จะยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรม SOS สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาและผลกระทบจากการใช้สารเสพติดได้ดีขึ้น การเพิ่มขึ้นของ Recognition ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจาก

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในระยะต้นมักมี Insight ที่จำกัด การที่ผู้ป่วยเริ่มตระหนักรู้ปัญหาจึงเป็นเงื่อนไขพื้นฐานก่อนการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนมิติด้าน Ambivalence พบว่าคะแนนหลังการทดลองเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย และมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยยังคงอยู่ในช่วงของความขัดแย้งภายในระหว่างการรับรู้ปัญหาและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามกรอบ TTM ระยะ Ambivalence เป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่มักใช้เวลาและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพจิตใจ ความต่อเนื่องของการรักษา และบริบททางสังคมการที่ Ambivalence ยังไม่ลดลงอย่างชัดเจนจึงไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวของโปรแกรม แต่เป็นลักษณะปกติของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยลักษณะนี้ และในมิติด้าน Taking Steps พบว่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก แสดงให้เห็นว่าการลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในระยะเวลาการติดตามระยะสั้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับลำดับขั้นของ TTM ซึ่งระบุว่าการลงมือปฏิบัติ (Action stage) จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยผ่านการตระหนักรู้และลดความลังเลใจลงในระดับหนึ่งแล้ว เมื่อพิจารณาผลการศึกษาเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจาก Case vignette พบว่า ผู้ป่วยบางรายแม้จะมีคะแนน Recognition เพิ่มขึ้น แต่ยังคงเกิด delayed relapse ในระยะติดตาม เช่น ผู้ป่วยรายลำดับที่ 3 ซึ่งตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย มีอาการกลุ่ม SMI-V ต้องกลับมารักษาซ้ำ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การเพิ่มขึ้นของการตระหนักรู้เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอในการยับยั้งพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เมื่อผู้ป่วยเผชิญปัจจัยกระตุ้นจากบริบทชีวิตจริง โดยเฉพาะในกรณีที่การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการติดตามเชิงรุกในช่วง 1–3 เดือนหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Delayed relapse เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควรมีการส่งเสริมทักษะบุคลากรด้านการประเมินแรงจูงใจ การจัดการความลังเลใจ และการให้คำปรึกษาเชิงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพื่อช่วยพาผู้ป่วยผ่านจากขั้นการรับรู้ไปสู่การลงมือปฏิบัติ

ด้านปฏิบัติการ

ควรนำแบบประเมิน SOCRATES ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้เป็นฐานในการวางแผนดูแลรายบุคคล และใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบในระดับหน่วยบริการ

ด้านการศึกษา

1. ควรพัฒนาโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดระยะต้น โดยเน้นการประเมินและติดตามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นระยะ ตามกรอบ TTM

2. ควรมีการศึกษาที่เพิ่มระยะเวลาติดตามและขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินการเปลี่ยนผ่านจาก Recognition ไปสู่ Taking Steps และ Maintenance stage รวมถึงศึกษาปัจจัยที่ช่วยลด delayed relapse อย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. เทิดศักดิ์ เนียมเปีย, วุฒิชัย จรรยา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังต้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก [Internet]. 2563 [cited 2026 Jul 12]. Available from: https://he02.tcithaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/260111/177446 (he02.tcithaijo.org in Bing)

2. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021: Highlights – Trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth [Internet]. 2021.

3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการบำบัดประจำปี 2563 [Internet]. 2564 [cited 2026 Jul 12]. Available from: https://antidrugnew.moph.go.th (antidrugnew.moph.go.th in Bing)
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. ข้อมูลสถิติ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2560–2563 [Internet]. 2564 [cited 2026 Jul 12]. Available from: http://www.thanyarak.go.th
5. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. สรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2567. สกลนคร: โรงพยาบาล; 2566.
6. Lenz AS, Rosenbaum L, Sheperis D. Meta-analysis of randomized controlled trials of motivational enhancement therapy for reducing substance use. J Addict Offender Couns. 2016;37:66–86.
7. กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์, สุพัตรา สุขาวห. ประสิทธิผลของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในการหยุดเสพเมทแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(2).
8. Marlatt GA, Donovan DM; Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis S, et al.
9. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: What do people change addictive behavior [Internet]. 1996 [cited 2023 Jul 12]. Available from: http://www.motivational/interview.org2clinical/whatismi.peoplechange.addict.html (www.motivational in Bing)
10. โกศล วราอัศวปติ, กิตต์กวี โพธิ์โน, ปราณี จันทะโม. ผลของการบำบัด Start Over and Survive (SOS) ต่อการลดการเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(2):87–99.
11. Ventura M, Salanova M, Llorens S. Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: the role of challenge and hindrance demands. J Psychol. 2015;149(3–4):277–302.
12. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and metaregression of efficacy predictors. Am J Psychiatry. 2017;174(10):927–42.
13. Singleton N, Marsden J, Farrell M. The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction. 1994;89(5):607–14. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb03311.x
14. เกศรินทร์ สุขสม, สมชาย สุขสันต์, และคณะ. ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติด (Severity of Dependence Scale) ในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2555;20(3):185–95.
15. ปัทมา พรหมมา, และคณะ. ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557;20(3):185–95.
16. ชลธิชา เที่ยงตรง, สุภาวดี แสงทอง, และคณะ. ความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติดในผู้ใช้สารเสพติดไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(4):612–23.
17. ศิริกานต์ อนันต์วัฒน์, นฤมล พรหมศรี, และคณะ. การประเมินคุณภาพเครื่องมือวัดความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(1):47–58.
18. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ฉบับปรับปรุง. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2560.
19. พิชัย แสงชาญชัย, ดรุณี ภู่ขาว, สังวร สมบัติใหม่, ณัฐนาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. คู่มือสำหรับผู้อบรมการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, วนิดาการพิมพ์; 2553.
20. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–5. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

Nursing care for patients with pneumonia and complications including septic shock at Kalasin Hospital: A case study.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

รัชนีกร มาตสุด[1]
Ratchaneekorn Madsood

บทคัดย่อ

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล จากเวชระเบียน ใช้กรอบแนวคิด FANCAS เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ ไข้สูง มีอาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวาน ขาดการควบคุมโรค ไม่ติดตามการนัด ขาดการรับประทานยา การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis ปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Acute pyelonephritis, Hyponatremia, Hypomagnesemia infected skin at perineum, urinary tract infection มีภาวะพร่องออกซิเจน รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจน ชนิด HHFNC รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้นัดพบแพทย์อายุรกรรม 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ หายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการรับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis with respiratory failure ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Respiratory failure, Acute kidney injury, metabolic acidosis, Metformin associated lactic acidosis รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบร่วม, ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study compared two purposive case studies of pneumonia patients admitted to Kalasin Hospital between May and June 2025. Medical records were collected, and the FANCAS framework was used to identify problems and plan nursing interventions. Nursing outcomes were continuously summarized and evaluated.

Results Case Study 1: A 55-year-old Thai female patient presented with high fever and vomiting one day prior to admission. Her medical history included uncontrolled diabetes, missed appointments, and medication non-adherence. She was diagnosed with pneumonia with sepsis and denied any underlying medical conditions. Complications upon admission included acute pyelonephritis, hyponatremia, hypomagnesemia, infected skin at the perineum, and urinary tract infection, along with hypoxia. She was treated with antibiotics and HHFNC oxygen therapy for four days. Her condition improved progressively, and she was discharged. A follow-up appointment with an internal medicine physician was scheduled for two weeks later.

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case Study 2: A 54-year-old Thai female patient presented with shortness of breath 4 hours prior to admission. Her medical history included diabetes, hypertension, and hyperlipidemia, for which she was receiving ongoing medication at a community hospital. The diagnosis was pneumonia with sepsis and respiratory failure. Upon admission, complications included respiratory failure, acute kidney injury, metabolic acidosis, and metformin-associated lactic acidosis. She was treated with antibiotics and ventilator oxygen. She was able to be weaned off the ventilator, and complications decreased. After 4 days of treatment, her condition improved progressively. She was then transferred to a community hospital.
Keywords: Nursing care for patients with concomitant pneumonia, complications from septic shock

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นหนึ่งในโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยและสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันลดลง การดำเนินของโรค ส่งผลเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและสามารถนำไปสู่ภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) โรคปอดติดเชื้อเป็นสาเหตุการเสียชีวิต จากการติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรียที่มักเกิดจากการสำลักเชื้อเป็นอันดับ 5 ของโลก[1] ในประเทศไทยพบว่าโรคปอดอักเสบ พบการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ส่วนเชื้อไวรัสและเชื้อราเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 6 พบอุบัติการณ์ความชุกของ Sepsis ประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี ในปี พ.ศ.2566-2568 พบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 6.06, 2.70 และ11.59 ตามลำดับ พบว่าผู้เสียชีวิตเป็นเพศชายมากกว่าหญิง โดยพบว่าในผู้สูงอายุ มากกว่า 65 ปี จากการให้บริการจะพบว่าปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง พบว่าปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาลพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี[2] นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆด้วย เช่น โรคทางเดินหายใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัว หรือสมรรถนะทางกายที่แย่ลง เป็นต้น ผู้ป่วยปอดอักเสบที่พบนอกโรงพยาบาลจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบชุมชน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยป่วยปอดอักเสบชุมชนประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและประมาณร้อย 10-20[3] ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 โรคปอดอักเสบมีอัตราตายสูงที่สุดมักจะมีการติดเชื้อรุนแรงทำให้ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล[4] ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในปอดอักเสบ คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เกิดพิษของแบคทีเรียกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลวจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีทำให้เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นและเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตได้[5]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 570 เตียง มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลการรับบริการ ปี พ.ศ. 2566-2569 จำนวน 1,498, 1,738 และ 1,742 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน257, 271, 247 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.15, 15.59และ 14.17 จากสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2565-2568 พบว่า อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 45.3,45.2 และ 53.3 ตามลำดับ[6] ในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในได้เห็นความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย กรณีศึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้

พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ในการพยาบาลโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปอดอักเสบปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์ การพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด

2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ราย ศึกษาในระหว่างเดือน พฤษภาคม– มิถุนายน 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนจากผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด ของ FANCAS วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ ไข้สูง มีอาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวานขาดการควบคุม ไม่ติดตามการนัด ขาดการรับประทานยา การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Acute pyelonephritis, Hyponatremia, Hypomagnesemia infected skin at perineum, urinary tract infection มีความพร่องออกซิเจน ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจน ชนิด HHFNC รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดพบแพทย์อายุรกรรม 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ หายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการรับประทานยาที่ โรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis with respiratory failure ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Respiratory failure, Acute kidney injury, metabolic acidosis, Metformin associated lactic acidosis ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่. 1 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
F: Fluid balance	**ประวัติการเจ็บป่วย** ไข้สูง มีอาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน **ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน** 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีไข้สูง ร่วมกับมีอาเจียน 10 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ จึงให้ญาตินำส่งรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัวเบาหวานขาดการควบคุม ไม่ติดตามการนัดและขาดการรับประทานยา มีแขนและขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงมา 5 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ **ตรวจร่างกาย**: สภาพทั่วไป หญิงไทย วัยผู้ใหญ่ ผิวสองสี ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก ไม่มีอาการสับสน ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย นอนพักที่เตียง ได้รับออกซิเจนชนิด HHFNC 40 LPM, FIO2 0.4 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 500 ml load, then 80 ml/hr. ยาที่ได้รับ 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV prn. **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**: Creatinine 1.43 mg/dL eGFR 41 ml/min/1.73m^2 , Sodium 134.6 mmol/L Potassium 4.26 mmol/L, Chloride 101.3 mmol/L, Co2 20.65 mmol/L,Calcium 8.81 mg/dL, Phosphorus 3.39 mg/dL, Magnesium 1.67 mg/dL , total protein 6.61 g/dL, Albumin 3.35 g/dL,Total Bilirubin 1.15 mg/dL, Direct Bilirubin .33 mg/dL, AST 23.9 U/L, ALT 17.4 U/L, Alkaline phosphatase 86.4 U/L, WBC 22,400cell/mm^3 Hb 12.0 g/dL, plt count 181,000 cell/mm^3, Neutrophils 76%, Hct 35.2 %, PT 13.5 sec, INR 1.4 Arterial Blood gas. pH 7.43 pCO2 35 mmHg, pO2 38 mmHg,HCO3 23.2 mmol/L, TCO2 24.3 mmol/L. Lactate 1.5 Stool. Leukocyte 3+ Urine. Albumin 2+, Glucose urine negative, ketone negative, albumin 2+, Blood 1+, WBC over 100cell/HPE, RBC 50-100 cell/HPE, Epithelial cell 5-10 cell/HPE.	**ประวัติการเจ็บป่วย** หายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง **ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน** 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจไม่สะดวก มีอาการใจเต้นเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น 4 ชั่วโมง หายใจหอบเหนื่อย ญาตินำส่งรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพบผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก ผลการตรวจ เอ็กซเรย์ปอดพบ crepitation right lung ร่วมกับมี infiltration right lung ผลการตรวจ lactate 14.5 มีแผนการรักษาด้วยการเจาะเลือดเพื่อวินิจฉัยโรค พบผู้ป่วยมีความดันโลหิต 108/49mmHg และรักษาด้วยการให้สารน้ำ 0.9% NSS 2000ml IV load, 10%DN/2 1000ml IV 40 ml/hr., 7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 1hr.50%glucise 50 ml IV push, Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD.ได้ประสานแพทย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรถ Ambulance และพยาบาลนำส่งผู้ป่วย **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ยาที่ได้รับคือ Metformin(500mg) 2 tabs bid.pc., Enarapril (5mg) 1 tabs bid.pc.,Amlodipine (5mg) 1 tab OD pc., Glipizide 5mg) 1 tabs bid.pc.,Atrovastatin (40mg) 1 tab hs. **ตรวจร่างกาย**: สภาพทั่วไป หญิงไทย วัยผู้ใหญ่ ผิวสองสี ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย นอนพักที่เตียง ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 100 ml ml/hr. ยาที่ได้รับ Tazocin 4.5gm IV stat, Omeprazole 40 mg IV OD, 7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 3 min. Kalimate 30gm+Lactulose 30 ml ทุก 3 hr. x 3 dose., -50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV prn. **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**: **วันที่ 8/6/68** BUN 63.95mg/dL,Creatinine 9.42 mg/dL, eGFR 4 ml/min/1.73m^2 Potassium 5.91 mmol/L, Chloride 103.3 mmol/L, Co2 8.21 mmol/L, Calcium 9.05 mg/dL, Phosphorus 7.05 mg/dL, Magnesium 1.78 mg/dL , total protein 6.89 g/dL, Albumin 3.72 g/dL,Total Bilirubin 0.36 mg/dL, Direct Bilirubin 0.07mg/dL, AST 27.4, ALT 19.1 U/L, Alkaline phosphatase 77.1 U/L, Arterial Blood gas. pH 7.09,

ตารางที่. 1 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		pCO2 27 mmHg, pO2 45 mmHg, HCO3 8.3 mmol/L, TCO2 9.2 mmol/L., Lactate 15.0 mmol/L. **วันที่ 10/6/68** BUN 53mg/dL, Creatinine 5.97 mg/dL, eGFR 7 ml/min/1.73m^2. **วันที่ 11/6/68** BUN 28 mg/dL,Creatinine 3.15 mg/dL, eGFR 16 ml/min/1.73m^2.
A: Aeration	ประวัติ: ไม่มีประวัติเหนื่อยหอบหายใจลำบาก ตรวจร่างกาย:ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด บริเวณทรวงอก ไม่มีอกบุ๋ม นูน การขยายตัวไม่สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออก ได้ยินเสียง crepitation left lung สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation =97% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Arterial Blood gas. pH 7.43 pCO2 35 mmHg, pO2 38 mmHg,HCO3 23.2 mmol/L, TCO2 24.3 mmol/L. Lactate 1.5mmol/L	ประวัติ: 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อยเพลียหายใจไม่สะดวก มีอาการใจเต้นเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น 4 ชั่วโมงหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้จึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการเบื้องต้น ส่งต่อรักษา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตรวจร่างกาย: ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี บริเวณทรวงอกไม่มีอกบุ๋ม นูน การขยายตัวไม่สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออก ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation บริเวณ right lung ผู้ป่วยการหายใจสม่ำเสมอ ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/65 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation =98% Off ET tube 9/06/2568 ให้ ออกซิเจน cannula 3 lit/min Oxygen saturation =98%
N: Nutrition	ประวัติ:รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืนลำบากหรือสำลักอาหาร ตรวจร่างกาย:แผนการรักษาให้งดน้ำและอาหาร เริ่มรับประทานอาหาร วันที่ 3/5/68 เป็นอาหารอ่อน รับประทานอาหารได้ไม่มีอาเจียน	ประวัติ:รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืนลำบากหรือสำลักอาหาร ตรวจร่างกาย:แผนการรักษาให้ งดน้ำและอาหาร วันที่ 9/06/2568 มีแผนการรักษาให้ Blenderized diet (1:1) 200 ml x 4feed.ให้รับประทานอาหารอ่อน วันที่ 10/06/2568
C: Communication	ประวัติ:ติดต่อสื่อสารได้ปกติ ตรวจร่างกาย: ระดับความรู้สึกตัว GCS E4V5M6 pupil 3min. react to light both eyes ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองได้ มีอาการสับสนไม่ทำตามคำบอก ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลซักถามอาการผู้ป่วยทั้งจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล	ประวัติ:ติดต่อสื่อสารได้ปกติ ตรวจร่างกาย: แรกรับระดับความรู้สึกตัว GCS E4V5M6 pupil 2 mms. react to light both eyes สื่อสารได้ลำบาก ผู้ป่วยสื่อสารโดยใช้มือ ท่าทางและการเขียนสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ/พยาบาล รวมทั้งแพทย์ผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลซักถามอาการผู้ป่วยทั้งจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล
A: Activity	ประวัติ: ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้มีประวัติขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงมา 5ปี เป็น Case Bedridden. ตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนพักที่เตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง กล้ามเนื้อมีแรงต้านผิดปกติ แขนและขาทั้งสองข้างมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ แขน2ข้าง ประเมิน Motor power left grade 5 ขา2ข้าง Motor power grade 0	ประวัติ:สามารถปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนพักที่เตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง ประเมิน Motor power grade V at all ขณะรับการรักษาขณะใส่ท่อช่วยหายใจมีพยาบาลและญาติช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังOff ท่อช่วยหายใจสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง
S: Stimulation	ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: GCS E4V5M6 pupil 3min. react to light both eyes	ประวัติ:ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: GCS E4V5M6 pupil 3min. reac to light both eyes.

ตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	**การวินิจฉัย** Pneumonia with sepsis **อาการและอาการแสดง** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก ไม่มีอาการสับสน ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย นอนพักที่เตียง ได้รับออกซิเจนชนิด HHFNC 40 LPM, FIO2 0.4 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 500 ml load, then 80 ml/hr. ยาที่ได้รับ 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV prn. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอทOxygen saturation=97%	**การวินิจฉัย** Pneumonia with sepsis with respiratory failure. **อาการและอาการแสดง** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย นอนพักที่เตียง ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 100 ml ml/hr. ยาที่ได้รับ Tazocin 4.5gm IV stat, Omeprazole 40 mg IV OD, 7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 30 min. Kalimate 30gm+Lactulose 30 ml ทุก 3 hr. x 3 dose., 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV prn. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/65 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation =98%	**การวินิจฉัย** **กรณีศึกษารายที่ 1** Pneumonia with sepsis **กรณีศึกษารายที่ 2** Pneumonia with sepsis with respiratory failure. **กรณีศึกษารายที่ 1** เข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้สูง มีอาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน พยาธิสภาพ ผล CXR : Crepitation left lung, Infiltration left lung ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Arterial Blood gas. pH 7.43 pCO2 35 mmHg, pO2 38 mmHg,HCO3 23.2 mmol/L, TCO2 24.3 mmol/L. Lactate 1.5mmol/L Urine. Albumin 2+, Glucose urine negative, ketone negative, albumin 2+, Blood 1+, WBC over 100cell/HPE, RBC 50-100 cell/HPE, Epithelial cell 5-10 cell/HPE.และผลการตรวจร่างกายพบมีตุ่มรอบบริเวณ perineum ทั้ง 2 ข้าง พบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกายจากระบบทางเดินปัสสาวะส่งผลให้มีภาวะติดเชื้อในร่างกายตามมา **กรณีศึกษารายที่2** เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจไม่สะดวก มีอาการใจเต้นเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น 4 ชั่วโมงหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้จึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการเบื้องต้น ส่งต่อรักษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผล CXR : Crepitation right lung, Infiltration right lung พยาธิสภาพผู้ป่วยมาด้วยอาการเหนื่อยเพลียหายใจไม่อิ่ม มีประวัติโรคร่วมคือ เบาหวาน ความดันและไขมันในเลือดสูง และมีประวัติรับประทานยา Metformin(500mg) 2 tabs bid.pc., Enarapril (5mg) 1 tabs bid.pc.,Amlodipine (5mg) 1 tab OD pc., Glipizide 5mg) 1 tabs bid.pc.,Atrovastatin (40mg) 1 tab hs. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Lactate 15.0 mmol/L ผลการตรวจ BUN63.95mg/dL,

ตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			Creatinine 9.42 mg/dL, eGFR 4 ml/min/1.73m^2 ผู้ป่วยมีภาวะ Acute kidney injury และ Metabolic acidosis และภาวะ Hypoglycemia จึงส่งผลให้เกิดภาวะ Respiratory failure และ metabolic acidosis รวมทั้งภาวะ Electrolyte imbalance.ตามมา
2.แผนการรักษา	**Lab** -CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca,Po4, Mg, ABG**, UA, UC** -H/C x 2 spec. -Flu A, Flu B , ATK -DTX Stat, (153mg%), Then DTX ทุก 6 hrs. keep 110-180 mg% -Lactate stat 1.5 then ทุก 6 hrs. -CXR, ECG12 lead **Medication** -0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 80 ml/hr. -plasil 1amp IV stat then 1 amp IV prn for Neausia,Vomiting. ทุก 6 hrs. -Ventolin 1 NB x 3 dose. -Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD - Clindamycin 600mg IVทุก 6 hrs. -50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. - Acyclovir 400mg 4 เม็ด วันละ 5 ครั้ง. X7 day.	**Lab** CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca,Po4, Mg, ABG**, UA, UC** -H/C x 2 spec. -Sputum G/S, C/S -SAFB x 3 day -DTX Stat, (153mg%), Then DTX ทุก 6 hrs. keep 110-180 mg% -Lactate stat 15 mmol/l then ทุก 6 hrs. -VBG -BUN , Cr 11/6/2568 -CXR portable, ECG 12 lead On ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 -0.9% NSS 1000ml IV 50 load then 100 ml/hr. -7.5%7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 30 min. -Kalimate 30gm+lactulose 30 ml ทุก 3 ชั่วโมง x 3 dose. 9/06/2568 -VBG -On Ventilator setting PCV IP 16 RR14 I:E 1:2 FIO2 0.4 PEEP 5 -0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 100 ml/hr. -off ET tube เวลา 15.00น. -On Cannula 3 li/min 1/06/2568 - off cannula **Medication**	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการเจาะเลือดเพื่อประเมินความผิดปกติของ**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca,Po4, Mg, ABG**, UA, UC** -H/C x 2 spec. DTX Stat, Then DTX ทุก 6 hrs. keep 110-180 mg% -Lactate stat then ทุก 6 hrs.ซึ่งเป็นการตรวจวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการเจาะหา Lactate เพื่อประเมินภาวการณ์ติดเชื้อในร่างกาย **การวินิจฉัยเอ็กซเรย์** มีการถ่ายภาพ Film CXR เพื่อหาความผิดปกติที่ปอดทั้ง 2 รายและมีการวินิจฉัยความผิดปกติของหัวใจด้วยการตรวจ EKG 12 lead ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย **ยาที่ได้รับในการรักษา** **-**กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุมเชื้อโรคในร่างกาย และได้รับยาที่แก้ไขภาวะผิดปกติของสารน้ำในร่างกาย กรณีศึกษารายที่1 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD - Clindamycin 600mg IVทุก 6 hrs. -50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. - Acyclovir 400mg 4 เม็ด วันละ 5 ครั้ง. X7 day. -plasil 1amp IV stat then 1 amp IV prn for Neausia,Vomiting. ทุก 6 hrs. -Ventolin 1 NB x 3 dose กรณีศึกษารายที่2 ได้รับยา -Tazocin 2.25 gm+NSS 100ml IV ทุก 6 ชั่วโมง -Omeprazole 40 mg IV OD -50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. -Azithromycin (250mg) 2 tab OD ac.

ตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		-Tazocin 2.25 gm+NSS 100ml IV ทุก 6 ชั่วโมง -Omeprazole 40 mg IV OD -50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. -Azithromycin (250mg) 2 tab OD ac. -Atorvastatin(40mg) 1 tab hs.	-Atorvastatin(40mg) 1 tab hs. -7.5%7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 30 min. -Kalimate 30gm+lactulose 30 ml ทุก 3 ชั่วโมง x 3 dose
	การผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด	**การผ่าตัด** ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธการรับการผ่าตัดทั้ง 2ราย
	การตรวจพิเศษ ผล CXR : Crepitation left lung, Infiltration left lung EKG: Normal	**การตรวจพิเศษ** ผล CXR : Crepitation right lung, Infiltration right lung EKG: Normal	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับ การตรวจพิเศษ CXR เพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพความผิดปกติที่บริเวณปอด กรณีศึกษารายที่ 1 มีพยาธิสภาพที่ปอดด้านซ้าย ได้ยินเสียง Crepitation และพบการอักเสบที่บริเวณปอดด้านซ้าย กรณีศึกษารายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่ปอดบริเวณด้านขวาและพบการอักเสบที่บริเวณปอดด้านขวา
	สถานะจำหน่าย แพทย์อนุญาต	**สถานะจำหน่าย** ส่งต่อ รพ.ชุมชน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้น แต่กรณีศึกษารายที่1 แพทย์จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ส่วนกรณีศึกษารายที่2 จำหน่ายโดยส่งต่อกลับ รพ.ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยาปฏิชีวนะที่ รพ.ชุมชนให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์
	การนัด F/U OPD อายุรกรรม 2 สัปดาห์	**F/U** ไม่นัด F/U	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการนัดเพื่อติดตามการรักษา

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
1.ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดการติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. วัดสัญญาณชีพ และประเมิน NEW score ทุก 4 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง มีภาวะ shock ประเมินทุก 15-30 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมิน ทุก 1 และ4 ชั่วโมง ลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ตามเกณฑ์ 2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 80 ml/hr.ตามแผนการรักษา 3. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อคือ Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD, Clindamycin 600mg IVทุก 6 hrs.	1.ผู้ป่วยมีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง โดยเฉพาะลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที – 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง 2.ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ Ventilator Mode setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 ปรับเครื่องตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ประเมินอาการข้างเคียงจากยา 4. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล 5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกเพื่อประเมินการทำงานของไต 6.ดูแลความสุขสบายต่าง ๆของผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว หรือให้ยาลดไข้	3.ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดตามดูค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ทุก 1 ชั่วโมง เคาะปอด suction 5. จัดให้นอนศีรษะสูง 45- องศาเพิ่มพื้นที่การขยายของปอด 6. สอนวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาไอ ควรช่วยประคองหน้าอกด้วย 7. สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเย็น สีผิวหนัง Capillary refill time ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 8. ติดตามผล Chest x-ray เพื่อประเมินการติดเชื้อและการทำงานของปอด
2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อ เยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้า เยื่อบุผิวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 2. ดูแล O2 HHFNC 40 LPM, FIO2 0.4 ตามแผนการรักษา และตรวจดูระดับน้ำ ติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี 4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม Ventolin 1 NB x 3 dose.ตามแผนการรักษา 5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศาเพื่อให้กะบังลมหย่อนตัว 6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย	2.ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดการติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. วัดสัญญาณชีพ และประเมิน NEW score ทุก 4 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง มีภาวะ shock ประเมินทุก 15-30 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมิน ทุก 1 และ4 ชั่วโมง ลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ตามเกณฑ์เพื่อพิจารณาการรักษาหรือส่งต่อ 2.เพิ่มจำนวนสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml อัตรา 100 ml /hr. ตามแผนการรักษา 3. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ Tazocin 2.25 gm+NSS 100ml IV ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินอาการข้างเคียงของยา 4. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยโดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล 5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกเพื่อประเมินการทำงานของไต 6.ดูแลความสุขสบายต่าง ๆของผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว หรือให้ยาลดไข้
3.ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของ แมกนีเซียมในร่างกาย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ยา 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. ตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 80 ml/hr.และยา plasil 1amp IV stat then 1 amp IV prn for Neausia,Vomiting. ทุก 6 hrs. ตามแผนการรักษา 3. ตรวจบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะชัก การมองเห็น 4. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา 5. ดูแลอาหารทางสายยาง 6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ	3.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้า เยื่อบุผิวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 1 ชั่วโมง 2. ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ Ventilator Mode setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5ให้ตรงตามแผนการรักษา และปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยใช้การดูดเสมหะระบบปิดโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อเปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อให้เสมหะไหลออก 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
	5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศาเพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดสามารถขยายตัวได้ดี 6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย
5.ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องแขนทั้งสองอ่อนแรง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2. ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลุกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3. สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า เพื่อความสะดวกในการใช้งาน 5. สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอน 6. ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการพลัดตกหกล้มญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม	4.มีภาวะของเสียคั่ง ในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน **กิจกรรมการพยาบาล** 1. บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม คันตามตัว หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยใน การประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกายและ รายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างเหมาะสม 3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา 4. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม. เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำ ออก 5. ติดตามผล lab BUN Cr GFR เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย
6.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ 2.ดูแลที่นอน จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ 3.ดูแลพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนรองหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณที่กดทับหรือปุ่มกระดูก เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ 4.ดูแลใส่ที่นอนลม เพื่อลดแรงกดเฉพาะที่ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 5.ดูแลผิวหนังให้แห้ง สะอาด ไม่ให้เปียกอับชื้นอยู่เสมอ กดนวดปุ่มกระดูก เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด 6.ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสมเพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และผิวหนัง แข็งแรงการไหลเวียนของโลหิตดี 7.ประเมินรอยแดงตามร่างกายและลงบันทึกทุกวันในแบบบันทึกทางการพยาบาล 8.อธิบายให้คำแนะนำรวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติให้ตระหนักถึงความสำคัญของการพลิกตะแคงตัว	5.ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. ตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml IV 100 ml/hr ตามแผนการรักษา 3. ตรวจบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะชัก การมองเห็น 4. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา 5. ดูแลอาหารทางสายยาง 6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ
7.เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน **กิจกรรมการพยาบาล**	6.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ **กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตามหลัก DMETHOD ดังนี้ D-Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับ สาเหตุ การดำเนินโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับ Community Acquire Pneumonia M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ได้รับ สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้โดยเฉพาะยาฆ่าเชื้อให้ทานยาต่อเนื่องจนยาหมด E-Environment เตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทำความสะอาดสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสชุมชนแออัด T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ เช่น การสำลักอาหาร การสัมผัสชุมชนแออัด การสัมผัสควันบุหรี่ การใส่หน้ากากอนามัย การไอและการหายใจที่มีประสิทธิภาพ O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติกรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้านหรือ โทรศัพท์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ฟรี D-Diet รับประทานอาหารอ่อน และดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยขับเสมหะ ดื่มน้ำวันละ2-3 ลิตร งดอาหารมัน 2. ดูแลการส่งข้อมูลติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้ Program Smart COC และติดตามเยี่ยมสอบถามอาการทางโทรศัพท์	1.ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจและผูกยึดให้ตรงตำแหน่งที่ระบุไว้ในบันทึก ทางการพยาบาล 2.ตรวจสอบและปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาเพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ 3.จัดวางสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้ง เพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและจัดสายไม่ให้พับงอ เพื่อให้ออกซิเจนจากเครื่องไหลผ่านสะดวก 4.จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม เพื่อป้องกันการสูดสำลัก วัด cuff pressure ของท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ระหว่าง 20 -30 cm H2O เพื่อป้องกัน การกดทับหลอดลม 5.ทำความสะอาดช่องปากและฟันทุก8 ชั่วโมง เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก ประเมินการเกิดแผลที่มุมปากหรือที่เยื่อบุในช่องปาก 6.ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยพร้อมให้ฝึก การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมาด้วยอาการของภาวะปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ส่งผลทำให้อวัยวะสำคัญบางส่วนมีการทำงานล้มเหลว หลังจากได้รับการวินิจฉัยอาการเบื้องต้น ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับการักษาจากแพทย์ที่ประเมินการเกิดโรค ให้รักษาอย่างรวดเร็ว ด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สารน้ำและการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อแก้ไขภาวะติดเชื้อตลอดจนแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ด้วยการให้ออกซิเจนตามสภาพของผู้ป่วย ได้รับการแก้ไข การหายใจล้มเหลว ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยาปฏิชีวนะที่ตอบสนองต่อการฆ่าเชื้อ รวมทั้งมีการประเมิน Early warning sign เพื่อเฝ้าระวังภาวะ septic shock และ Acute respiratory failure อย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยรวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต นอกจากการให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยทางด้าน จิตใจ สังคม ล้วนมีความสำคัญที่จะต้องวางแผนและให้การพยาบาลที่ควบคู่กัน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ป่วย สหสาขาวิชาชีพ การสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันช่วยให้การวางแผนการพยาบาลเป็นไปตามแผนที่วางไว้ เมื่อการเจ็บป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคและป้องกันการกลับป่วยซ้ำ โดยให้กิจกรรมพยาบาลตามหลัก D-METHOD จากการดูแลรักษาและการ

พยาบาลที่เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถกลับบ้านได้ มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน และในกรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์จำหน่ายโดยส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการประสานงานกับเครือข่ายในการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้านและให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ที่หลากหลายและต้องใช้ทักษะในการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ การ ให้กำลังใจ การสอน การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ อาหาร การปฏิบัติตัวอื่นๆ จนผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและ มั่นใจในการดูแลตนเอง จึงสามารถจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้[4,5]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับกับการรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว การทำงานของอวัยวะต่างๆ Early infection control, Early Resuscitation and organ support ทักษะ การค้นพบผู้ป่วยในระยะ เริ่มต้น (Early Recognition) การใช้เครื่องมือ NEW Score ในการประเมินและการเฝ้าดูแลติดตามผู้ป่วยให้ปลอดภัย

2. ควรมีการทบทวน case ที่มีความซับซ้อนในการให้การพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและเพิ่มศักยภาพบุคลากร รวมทั้งการพัฒนาระบบการคัดกรอง เช่น การตรวจ Lactate Test เพื่อความรวดเร็วและ แม่นยำในการคัดกรอง

3.การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับผนวกเข้าโปรแกรมการ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

4. ร่วมทบทวนและพัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังผู้ป่วยปอดอักเสบในชุมชนให้ลงถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล สามารถรณรงค์และให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาการที่สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด การมาพบแพทย์และการใช้สายด่วน 1669

5. ควรมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อปรับแนวทางปฏิบัติให้ทันต่อ การเปลี่ยนแปลง เพื่อการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). The top ten causes of death. [Internet]. [cited 2024 Nov 11]. Available from:URL:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.

2. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., et al. (2022). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 315(8), 801–810. https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287

3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2568).KPI 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

4.อุ่นเรือน กลิ่นขจร.(2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล. งานการ พยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์; 2563.

5.คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2017). คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock [internet].[เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: http://www2.si.mahidol.ac.th/km/ knowledge assets/sirirajknowledge/ sepsis/3545; 2017

6. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **งานข้อมูลและสถิติ.** กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2565-2568. (คัดสำเนา)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา

Nursing care for patients with complications of hepatitis C viral cirrhosis: A case study.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

สุวรรณา ไชยนันทน์[1]
Suwanna Chainan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย กรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2568 โดยศึกษาจากประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลจากผู้ป่วย เวชระเบียน ให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 major aspects of care นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย มาใช้เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัยเป็น HCV cirrhosis กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีร่วมกับภาวะซีด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีร่วมกับภาวะท้องมาน ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลโดยใช้กระการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: โรคตับแข็ง, ไวรัสตับอักเสบซี, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

The objective of this study was to conduct a comparative analysis of nursing care provided to two patients with liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection in the decompensated stage with complications. This study employed a comparative case study design to examine nursing care for two patients with liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection in the decompensated stage with complications. The patients were admitted to Kalasin Hospital in 2025. Data were collected from patients' medical histories, patient interviews, and medical records. Nursing care was provided in accordance with the professional roles and responsibilities of registered nurses, based on the seven major aspects of clinical nursing care. Nursing diagnoses were formulated, and health problems were addressed using the five-step nursing process, from admission through discharge. The findings were applied as a standard framework for nursing care delivery to patients with liver cirrhosis and related complications.

Results: Both patients were diagnosed with hepatitis C virus–related liver cirrhosis. In Case Study 1, the patient had liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection complicated by anemia, whereas in Case Study 2, the patient had liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection complicated by ascites. Medical treatment and nursing care were provided using the **five-step nursing process.** The patients' clinical conditions progressively improved, and no complications were observed during the course of care.

Keywords: Cirrhosis, Hepatitis C, Complications

บทนำ

โรคตับแข็ง (Cirrhosis) เป็นภาวะเรื้อรังที่เกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อตับอย่างต่อเนื่องจนทำให้โครงสร้างและการทำงานของตับผิดปกติ ซึ่งสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ท้องมาน เลือดออก ภาวะสมองจากตับ และมะเร็งตับ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเจ็บป่วยเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ[1] การติดเชื้อไวรัส

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตับอักเสบซี (Hepatitis C Virus: HCV) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของโรคตับแข็งทั่วโลก โดยประมาณร้อยละ 70 จะพัฒนาเป็นการติดเชื้อเรื้อรังและมีความเสี่ยงเกิดตับแข็งในระยะยาว[2] และร้อยละ 30 จะพัฒนาไปสู่โรคตับแข็งภายใน 20–30 ปีหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งภาวะตับแข็งที่เกิดขึ้นส่งผลให้โรคตับและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ท้องมานและภาวะซีด เกิดขึ้นบ่อยและกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก[1] โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปีที่ผ่านมา มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังหลายล้านรายทั่วโลก และส่วนสำคัญของผู้เสียชีวิตจากโรคตับนั้นเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ[3]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิให้บริการผู้ที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566-2568 จำนวน 149,155,172 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ[4]

การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องอาศัยการประเมินอาการอย่างรอบด้าน การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประสานงานในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่การรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์สูงในการ ประเมินผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน[5] โดยให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) อาศัยข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นำกระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแล รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนเป็นแนวทางในการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จากเวชระเบียนความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำราวารสารงานวิจัย และอินเทอร์เน็ต

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกระบบทางเดินอาหารและตับ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีร่วมกับมีภาวะซีด 1 ราย และผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีร่วมกับมีภาวะท้องมาน 1 รายโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ที่ดูแลรักษา

4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนให้การพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ 1) การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ด้าน 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

5. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ จำนวน 2 ครั้ง

และติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยและห้องตรวจผู้ป่วยนอก รวม 3 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 61 ปี เป็นโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV cirrhosis) ระยะ decompensated มีประวัติภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ น้ำในช่องท้องและ hepatic encephalopathy มาก่อน ครั้งนี้มาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นมา 1 วัน ตรวจพบภาวะซีดรุนแรงจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีค่า hemoglobin ต่ำสุด 6.3 g/dL และ hematocrit 18.5% โดยไม่พบประวัติหรืออาการแสดงของเลือดออกทางระบบทางเดินอาหาร ขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการแน่นท้องหรือปวดท้อง สัญญาณชีพค่อนข้างคงที่ ตรวจร่างกายพบผิวหนังและตาขาวมีสีเหลืองร่วมกับเยื่อบุตาซีด มีภาวะท้องมานระดับปานกลาง แต่ไม่ตึงมาก ระบบอื่น ๆ ไม่พบความผิดปกติเด่นชัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โซเดียมในเลือดต่ำ และโพแทสเซียมสูงในระยะแรก ระหว่างนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการให้เลือด packed red cells รวม 2 ยูนิต อาการอ่อนเพลียลดลง ค่า hematocrit เพิ่มขึ้น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม หลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการคงที่ สามารถกลับบ้านได้และมาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจทางเดินอาหารและตับอย่างสม่ำเสมอ อาการโดยรวมดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในการติดตามครั้งถัดไป

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี เป็นโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV cirrhosis) ระยะ decompensated ร่วมกับภาวะท้องมาน มีโรคร่วมคือเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและความดันโลหิตสูง มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดแน่นท้อง ท้องบวม และอ่อนเพลีย เป็นมา 1 วัน ตรวจร่างกายพบหน้าท้องกลมนูน ตรวจพบ shifting dullness สอดคล้องกับภาวะน้ำในช่องท้อง ขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความดันโลหิต ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะซีด เกล็ดเลือดต่ำ ระดับอัลบูมินต่ำ และการทำงานของไตบกพร่อง (BUN และ creatinine สูง) ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อทำ abdominal paracentesis พร้อมให้ albumin และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับการรักษา อาการแน่นท้องและท้องมานลดลง ผู้ป่วยมีอาการสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ สามารถกลับบ้านได้และติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่ห้องตรวจทางเดินอาหารและตับ ในการติดตามครั้งต่อมาพบว่าท้องมานยุบ อาการอ่อนเพลียลดลง รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงถึงการตอบสนองต่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี มีสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคอาการและ/อาการ แสดงเหมือนกันหรือบางครั้งอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ต้องใช้การตรวจวินิจฉัยแยกโรคและมีความแม่นยำ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะซีดร่วม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะท้องมาน ซึ่งทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ / อายุ	หญิง อายุ 61 ปี	ชาย อายุ 69 ปี
BMI	21.33 kg/m² (ปกติ)	18.36 kg/m² (ต่ำกว่าเกณฑ์)
การวินิจฉัย	HCV cirrhosis with anemia	HCV cirrhosis with ascites
ระยะของโรคตับแข็ง	Decompensated cirrhosis	Decompensated cirrhosis
โรคร่วม	เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง	เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง
อาการสำคัญ	อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	ปวดแน่นท้อง ท้องบวม อ่อนเพลีย
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hemoglobin 6.3 g/dL Hematocrit 18.5 % Albumin 2.4 g/dL	Hemoglobin 7.8 g/dL Hematocrit 23.2 % Albumin 2.9 g/dL
การรักษาหลัก	ให้ PRC transfusion	Abdominal paracentesis + Albumin
ระยะเวลานอน รพ.	2 วัน	3 วัน
ผลลัพธ์หลังรักษา	อาการอ่อนเพลียลดลง Hct เพิ่ม	แน่นท้องลด ท้องยุบ อาการดีขึ้น
การติดตาม OPD	อาการดีขึ้น น้ำหนักเพิ่ม	อาการดีขึ้น น้ำหนักเพิ่มเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้จากการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น โดยประเมินทางด้านร่างกายจิตวิญญาณและสังคม พบว่าปัญหาที่จะต้องดูแลจึงได้วางแผนการพยาบาลนั้นทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนแพทย์ตรวจ	
1. มีภาวะคั่งของสารน้ำในร่างกาย เนื่องจากการทำงานของตับบกพร่องและความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง พบในกรณีศึกษาที่ 1,2	1. การประเมินภาวะคั่งของสารน้ำอย่างสม่ำเสมอ ประเมินอาการบวมบริเวณเท้า ขา หน้าแข้ง และก้นกบ ประเมินภาวะท้องมาน เช่น ขนาดหน้าท้อง ความตึง แน่น และอาการไม่สุขสบาย วัดเส้นรอบวงหน้าท้อง ณ ตำแหน่งเดิม เวลาเดียวกันทุกวัน ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาเดียวกัน โดยใช้เครื่องชั่งเดิม ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจร 2. การติดตามสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ บันทึกปริมาณน้ำเข้า–ออก (Intake–Output) อย่างเคร่งครัด ประเมินปริมาณและลักษณะของปัสสาวะ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Sodium, Potassium, BUN, Creatinine และ Albumin เฝ้าระวังอาการผิดปกติจากอิเล็กโทรไลต์ เช่น ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง 3. การจัดการสารน้ำและโภชนาการ ให้คำแนะนำในการจำกัดปริมาณโซเดียมตามแผนการรักษา ควบคุมปริมาณน้ำที่ได้รับต่อวันหากมีข้อบ่งชี้ จัดอาหารที่มีโปรตีนเหมาะสมและพลังงานเพียงพอประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะราย 4. การดูแลและเฝ้าระวังการใช้ยา ให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาและสังเกตผลข้างเคียง เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำจากการขับน้ำมากเกินไป สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ อ่อนแรง รายงานแพทย์เมื่อพบการตอบสนองต่อยาที่ผิดปกติ 5. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ เตรียมผู้ป่วยก่อนการทำ abdominal paracentesis ตามแนวทางปลอดเชื้อ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังหัตถการ เช่น ความดันโลหิตต่ำ เลือดออก ติดเชื้อ ประเมินอาการไม่สุขสบายและสัญญาณชีพหลังหัตถการอย่างใกล้ชิด ดูแลบริเวณแผลให้สะอาดและแห้ง 6. การดูแลผิวหนังและการป้องกันแผลกดทับ ดูแลผิวหนังบริเวณที่บวมให้สะอาดและแห้ง เปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หากจำเป็นใช้อุปกรณ์รองรับแรงกดเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ สังเกตการแตกหรือถลอกของผิวหนังจากภาวะบวมตึง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. การจัดท่าและส่งเสริมความสุขสบาย จัดท่าศีรษะสูงหรือ Semi-Fowler's เพื่อลดอาการแน่นอึดอัดส่งเสริมการยกขาสูงเพื่อลดอาการบวมที่ขา ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 8. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะคั่งของสารน้ำ แนะนำการจำกัดเกลือและน้ำในชีวิตประจำวัน สอนการสังเกตอาการเตือน เช่น ท้องโตเร็ว น้ำหนักเพิ่มเร็ว หายใจลำบาก ส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด 9. การดูแลต่อเนื่องและการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานแพทย์เมื่อพบอาการคั่งของสารน้ำรุนแรงขึ้น ร่วมวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย
การพยาบาลระยะขณะแพทย์ตรวจ	
2. มีความไม่สุขสบายจากภาวะท้องมาน เนื่องจากการคั่งของน้ำในช่องท้อง พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินระดับความไม่สุขสบายและอาการปวดท้องอย่างสม่ำเสมอ 2. จัดท่าผู้ป่วยในท่าที่ช่วยลดแรงกดในช่องท้อง เช่น ท่าศีรษะสูง 3. แนะนำการจำกัดโซเดียมและปริมาณน้ำตามแผนการรักษา 4. ส่งเสริมการพักผ่อน และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง 5. ให้การพยาบาลร่วมกับการรักษา การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการระบายน้ำในช่องท้องตามแผนแพทย์ 6. ให้การดูแลด้านจิตใจ โดยรับฟังและให้กำลังใจผู้ป่วย
3. มีความเสี่ยงต่อการหายใจลำบาก เนื่องจากการกดเบียดของกระบังลมจากภาวะท้องมาน พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และ O_2 saturation อย่างสม่ำเสมอ 2. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่า **Semi-Fowler's หรือ Fowler's position** เพื่อช่วยลดการกดเบียดของกระบังลม 3. วัดและบันทึกเส้นรอบวงหน้าท้องและน้ำหนักตัวทุกวัน 4. สังเกตอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เช่น เหนื่อยหอบ เขียว ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา (ถ้ามี) 6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมและน้ำการหลีกเลี่ยงการนอนราบ 7. เตรียมและดูแลผู้ป่วยกรณีแพทย์พิจารณา **การเจาะระบายน้ำในช่องท้อง (Paracentesis)** 8. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ
การพยาบาลระยะหลังแพทย์ตรวจ/ส่งต่อ	
4. มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารบกพร่อง พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น น้ำหนักตัว BMI พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2. บันทึกปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ 3. แนะนำให้รับประทานอาหาร มื้อย่อยแต่บ่อยครั้ง เพื่อเพิ่มปริมาณพลังงาน 4. จัดอาหารที่ย่อยง่าย พลังงานสูง โปรตีนเหมาะสมตามแผนการรักษา 5. หลีกเลี่ยงอาหารมันจัด เค็มจัด และอาหารที่ทำให้แน่นท้อง 6. ดูแลสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหารให้สงบ ลดสิ่งรบกวน 7. ประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะราย 8. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือแน่นท้อง และรายงานแพทย์ 9. ส่งเสริมกำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของโภชนาการ
5. มีความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากภาวะซีดและอ่อนเพลียจากโรคเรื้อรัง พบในกรณีศึกษาที่ 1	1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินระดับความเหนื่อย อ่อนเพลียก่อน ระหว่าง และหลังทำกิจกรรม สังเกตอาการแสดงของการทนต่อกิจกรรมลดลง เช่น เหนื่อยหอบ ใจสั่น เวียนศีรษะประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังทำกิจกรรม รวมถึงระดับออกซิเจนในเลือด 2. ประเมินสาเหตุที่ส่งผลต่อความทนต่อกิจกรรม ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น hemoglobin, hematocrit ประเมินภาวะโภชนาการและภาวะขาดพลังงาน ประเมินอาการแทรกซ้อนจากโรคตับ เช่น น้ำในช่องท้องหรือภาวะสมองจากตับ 3. วางแผนการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยจัดลำดับกิจกรรมจากเบาไปหนัก ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมสั้น ๆ สลับกับการพักผ่อนหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากในช่วงที่ผู้ป่วยอ่อนเพลีย

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ส่งเสริมการพักผ่อนอย่างเพียงพอจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการใช้พลังงานโดยไม่จำเป็นช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันในช่วงที่ผู้ป่วยอ่อนแรงสนับสนุนให้พักระหว่างวันเมื่อมีอาการเหนื่อย 5. ช่วยเหลือและสนับสนุนการทำกิจกรรมประจำวันให้ความช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งตัว หรือเดินในช่วงแรกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหากจำเป็น เพื่อป้องกันการหกล้มส่งเสริมความปลอดภัยระหว่างทำกิจกรรม 6. ดูแลและเฝ้าระวังการรักษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้เลือดหรือยาที่เกี่ยวข้องติดตามการตอบสนองต่อการรักษา เช่น อาการอ่อนเพลียลดลงรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 7. ส่งเสริมโภชนาการเพื่อเพิ่มพลังงานสนับสนุนให้รับประทานอาหารพลังงานสูง ย่อยง่าย แนะนำให้รับประทานอาหารมื้อเล็กแต่บ่อยครั้ง 8. ประสานงานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะราย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีดกับอาการเหนื่อยง่าย แนะนำการจัดการพลังงาน เช่น การหยุดพักเมื่อเหนื่อยสอนการสังเกตอาการเตือน เช่น เหนื่อยมากผิดปกติ หน้ามืด ใจสั่น 9. ส่งเสริมกำลังใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ดีขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับกิจกรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
การเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม	
6. มีความเสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เนื่องจากมีโรคเบาหวานร่วมกับการทำงานของตับบกพร่อง พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ 2. เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด สับสน หรืออ่อนเพลีย 3. ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและโรคตับ โดยหลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด ไขมันสูง และแบ่งอาหารเป็นมื้อย่อย 4. ให้คำแนะนำและดูแลการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรืออินซูลินตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง 5. ประเมินความร่วมมือและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ
7. มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตไม่คงที่ เนื่องจากมีโรคความดันโลหิตสูงและการเปลี่ยนแปลงของปริมาณสารน้ำในร่างกาย พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2	1. วัดและบันทึกความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต 2. ประเมินอาการแสดงของความดันโลหิตผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะ ใจสั่น หรืออ่อนเพลีย 3. ติดตามภาวะคั่งของสารน้ำ โดยชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบเอว และบันทึกปริมาณน้ำเข้า–ออก 4. แนะนำการจำกัดโซเดียมและปริมาณน้ำตามแผนการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ 5. จัดท่าทางและแนะนำการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงฉับพลัน 6. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาลดความดันโลหิต 7. รายงานแพทย์เมื่อพบความดันโลหิตผิดปกติ หรือมีอาการแทรกซ้อน
8. มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากโรคตับแข็งและโรคเบาหวาน พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2	1. การประเมินและเฝ้าระวังการติดเชื้อประเมินอุณหภูมิร่างกาย สัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวอย่างสม่ำเสมอสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ หนาวสั่น ซึมอ่อนเพลียมากขึ้นประเมินตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผิวหนัง ช่องปาก ทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และช่องท้องเฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อในช่องท้อง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	(Spontaneous bacterial peritonitis) เช่น ปวดท้อง ท้องตึง ไข้ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เม็ดเลือดขาว CRP การเพาะเชื้อ หากมีข้อบ่งชี้ 2. การป้องกันการติดเชื้อโดยยึดหลักปลอดเชื้อปฏิบัติตามหลัก aseptic technique ทุกครั้งในการทำหัตถการล้างมืออย่างถูกวิธี ก่อนและหลังการพยาบาลผู้ป่วยดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้สะอาดและปลอดเชื้อลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3. การดูแลผิวหนังและเยื่อบุตรวจสอบผิวหนังทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณที่มีบวม น้ำเหลือง หรือรอยถลอกดูแลให้ผิวหนังสะอาดและแห้ง ป้องกันการเกิดแผลกดทับดูแลสุขอนามัยช่องปากเพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรคให้คำแนะนำในการดูแลเล็บ ผิวหนัง และบาดแผลเล็กน้อย 4. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำผิดปกติ ให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลหรืออินซูลินตามแผนการรักษาให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาอย่างถูกต้อง 5. การดูแลด้านโภชนาการเพื่อเสริมภูมิคุ้มกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานเพียงพอประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารที่เหมาะสมกับโรคตับและเบาหวานเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 6. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาปฏิชีวนะหรือยาอื่น ๆ ประเมินสัญญาณของการติดเชื้อหลังการทำหัตถการ เช่น paracentesis รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ 7. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อแนะนำการล้างมือและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลสอนการสังเกตอาการเตือนของการติดเชื้อ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวดท้องแนะนำให้มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ 8. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกำลังใจจนร่วมในการดูแลให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
9. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เนื่องจากการเผาผลาญยาที่ตับลดลงและมีโรคร่วมหลายระบบ พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ตรวจสอบชนิด ขนาด และความถี่ของยาที่ได้รับ 2. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา 3. แนะนำผู้ป่วยไม่ใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง 4. ประสานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติจากยา
นัดติดตาม 1 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจระบบทางเดินอาหารและตับ	
10. มีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัดด้านอาหารและอาการเบื่ออาหารจากโรคตับแข็งพบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และน้ำหนักตัวอย่างต่อเนื่อง 2. แนะนำให้รับประทานอาหารมื้อย่อยบ่อยครั้ง เลือกอาหารย่อยง่าย เหมาะสมกับโรคตับ 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมโดยยังคงคุณค่าทางโภชนาการ 4. ส่งเสริมบรรยากาศที่ช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร 5. ประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารที่เหมาะสม 6. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
นัดติดตาม 2 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจระบบทางเดินอาหารและตับ	
11. **มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน** เนื่องจากความซับซ้อนของโรค การรักษา และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตับแข็ง แนวทางการรักษา และการดำเนินโรค 3. แนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ 4. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การจำกัดโซเดียม การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 5. สอนการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ท้องโตเร็ว สับสน เลือดออก หรือมีไข้ 6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล 7. นัดติดตามและให้ช่องทางติดต่อเมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหา

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีระยะ decompensated ซึ่งเป็นระยะที่มีการสูญเสียความสามารถของตับในการชดเชยการทำงาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ อย่างไรก็ตาม ลักษณะอาการเด่น ปัญหาทางคลินิก และแนวทางการดูแลรักษาของผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของการดำเนินโรคและความสำคัญของการประเมินและการพยาบาลแบบองค์รวมเฉพาะราย

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 61 ปี ที่มีภาวะซีดรุนแรงเป็นปัญหาหลัก โดยมีค่า hemoglobin และ hematocrit ต่ำมากโดยไม่พบสาเหตุจากเลือดออกทางระบบทางเดินอาหาร ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยตับแข็ง ภาวะซีดในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากหลายกลไก ได้แก่ hypersplenism จาก portal hypertension การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากการทำงานของตับที่บกพร่อง หรือภาวะขาดสารอาหารร่วมด้วย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็งมาก่อน เช่น น้ำในช่องท้องและ hepatic encephalopathy แต่ในครั้งนี้อาการทางระบบประสาทและทางช่องท้องไม่เด่นชัด แสดงถึงภาวะคงตัวของโรคตับในช่วงเวลานั้น การพยาบาลจึงมุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีด การดูแลระหว่างให้เลือด และการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาอย่างใกล้ชิด ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการให้ packed red cells ได้ดี อาการอ่อนเพลียลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินภาวะซีดอย่างทันท่วงทีและการพยาบาลที่รอบคอบในผู้ป่วยตับแข็ง

ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 69 ปี ที่มีภาวะท้องมานและการทำงานของไตบกพร่องเป็นปัญหาหลัก ร่วมกับโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและความดันโลหิตสูง ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลรักษา ภาวะท้องมานในผู้ป่วยรายนี้สัมพันธ์กับการลดลงของระดับอัลบูมินและ portal hypertension ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย ขณะเดียวกันการทำงานของไตที่บกพร่องและระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น hepatorenal syndrome หรือการติดเชื้อ การพยาบาลจึงต้องเน้นการประเมินสภาพของเหลว การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการทำ abdominal paracentesis การให้ albumin และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด หลังการรักษาพบว่าอาการท้องมานและอาการอ่อนเพลียลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้ป่วยทั้งสองรายแม้จะเป็นโรคตับแข็งระยะ decompensated จากสาเหตุเดียวกัน แต่มีปัญหาทางคลินิกและการพยาบาลที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน กรณีที่ 1 เน้นการจัดการภาวะซีดและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ขณะที่กรณีที่ 2 เน้นการควบคุมภาวะน้ำเกิน การทำงานของไต และโรคร่วม การวิเคราะห์ทั้งสองกรณีสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการประเมิน วางแผน ดูแล และติดตามผู้ป่วยโรคตับแข็งอย่างครอบคลุม เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[5]

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated ทั้งสองราย พบว่าผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ดังนั้นการดูแลควรมุ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยตับแข็ง ได้แก่ ภาวะซีด เลือดออกง่าย น้ำในช่องท้อง ภาวะสมอง

จากตับ และการทำงานของไตบกพร่อง รวมถึงติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลและประสานการรักษาได้อย่างทันท่วงที

2. การดูแลด้านโภชนาการอย่างเหมาะสมและเฉพาะราย ควรให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะโภชนาการและวางแผนอาหารร่วมกับนักโภชนาการ โดยเน้นอาหารพลังงานสูง โปรตีนเหมาะสม ลดโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมาน และปรับแผนโภชนาการให้สอดคล้องกับโรคร่วม เช่น เบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการและเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

3. การดูแลด้านการจัดการของเหลวและยาอย่างปลอดภัย พยาบาลควรเฝ้าระวังสมดุลน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ ยาควบคุมระดับน้ำตาล และการให้เลือดหรืออัลบูมิน รวมถึงสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายหรือภาวะน้ำเกิน

4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตับแข็ง การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น อ่อนเพลียมากผิดปกติ สับสน เลือดออก ท้องโตเร็ว หรือบวมมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

5. การดูแลด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะเรื้อรังอาจมีความวิตกกังวลหรือความเครียดจากโรค พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถาม ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ และส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อจำเป็น เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. การพยาบาลต่อเนื่องและการติดตามหลังจำหน่าย ควรมีระบบการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกเฉพาะทางโรคตับ รวมถึงการประเมินซ้ำด้านโภชนาการ การทำงานของตับและไต และการควบคุมโรคร่วม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวและส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Gastroenterology Organization. (2023). Global guidelines: Hepatitis C.https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/hepatitis-c
2. World Health Organization. (2025). Hepatitis C: Fact sheet. World Health Organization.https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c
3. Sharma, S., Sharma, R., & Khanna, A. (2021). Risk factors and outcomes of hepatitis C infection: A review. Journal of Education and Health Promotion, 10, 245.https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_123_21
https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.01.029
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2568). ข้อมูลการผู้ป่วยมะเร็งตับ: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก. เอกสารภายใน.
5. Fabrellas, N., Künzler-Heule, P., Olofson, A., Jack, K., & Carol, M. (2023). Nursing care for patients with cirrhosis. Journal of Hepatology, 79(1), 218–225.

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษา

Nursing care for elderly dementia patients with behavioral and emotional problems and dependency in the community: A case study.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

คมขำ วงลคร[1]
Khomkham Wonglakorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองเสื่อมและมีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในระบบการดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยผึ้ง โดยเก็บข้อมูลในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน พยาธิสภาพของโรค การประเมิน การสัมภาษณ์ การสังเกต การเยี่ยมบ้าน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม แนวคิดในการปฏิบัติการในชุมชน ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชายอายุ 82 ปี ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวและหลานสาว มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง เคลื่อนย้ายตนเองได้ หลงทางกลับบ้าน จำมื้อรับประทานอาหารไม่ได้ การนอนผิดปกติ กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ALD =7/20 คะแนน IADL =0/8 คะแนน มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ญาติไม่เข้าใจภาวะมองเสื่อม ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชาย อายุ 75 ปี ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง การเคลื่อนย้ายตนเองลำบาก เนื่องจากขาทั้งสองข้างอ่อนแรง เฉยชาไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีปัญหาด้านการนอน ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ALD = 6/20 คะแนน IADL = 0/8 คะแนน ญาติไม่เข้าใจภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: การพยาบาล ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงในชุมชน

Abstract

This study is a comparative case study of two elderly patients diagnosed with dementia and functional dependency under the care of Huai Phueng Hospital Community Health Center. Data were collected between 2024 and 2025 The researcher gathered data through medical records, disease pathology, assessments, interviews, observations, and home visits. The collected data were analyzed to establish nursing diagnoses, implement nursing interventions, and evaluate outcomes. This study integrated concepts of holistic nursing, community health practice, Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, and Gordon's Functional Health Patterns to provide comprehensive care for the patients.

Study Results: Patient 1 is an 82-year-old male. The primary caregivers are his daughter and granddaughter. He has comorbidities including hypertension. He can move by himself but gets lost on the way home, cannot remember meals, has abnormal sleep patterns, and is incontinent. Assessment of daily living activities: ADL = 7/20, IADL = 0/8. He exhibits inappropriate behavior and emotions, and his relatives do not understand his dementia. Patient 2 is a 75-year-old male. The primary caregiver is his daughter. He has underlying conditions including hypertension and hyperlipidemia. He has difficulty moving due to weakness in both legs, is indifferent and uninterested in his surroundings, is incontinent, and has sleep problems. Assessment of daily living activities: ADL = 6/20, IADL = 0/8. His relatives do not understand dementia.

Keywords: Nursing care, Dementia in the elderly, Community dependency

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยผึ้ง

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2012 พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คำนวณตามจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย จะพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมถึง 542,300 คนซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย[1]

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อด้านการรู้คิดเท่านั้น แต่ปัญหาที่สำคัญและจัดการยากที่สุดคือ อาการทางจิตและพฤติกรรม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น อาการก้าวร้าว หลงผิด ภาพหลอน และการสับสนในเวลากลางคืน ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 80-90 ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (กรมการแพทย์, 2566) อาการเหล่านี้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุรุนแรงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองและขาดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลในชุมชนต้องแบกรับภาระการดูแลที่หนักอึ้ง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ความไม่เข้าใจในตัวโรคของผู้ดูแลมักนำไปสู่สัมพันธภาพที่บกพร่อง การใช้ความรุนแรง หรือการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมอาการของโรค ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงไม่ใช่เพียงการดูแลทางกายภาพ แต่ต้องอาศัยกลไกการพยาบาลเชิงรุกในชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดสะสมและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวันไว้ได้นานที่สุดภายใต้ข้อจำกัดของโรค[2]

ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ให้ถูกต้องเหมาะสม[3] รวมถึงการมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์กับครอบครัว/ผู้ดูแลเพื่อให้ได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุมวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ADL โดยใช้แบบประเมิน ADL

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 82 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพทำนา ปัจจุบันเกษียณอายุ มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (Old cerebrovascular accident) ส่งผลให้เคยมีอาการอ่อนแรงด้านขวา ซึ่งปัจจุบันอาการอ่อนแรงดีขึ้นแล้ว ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวและหลานสาวอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ระยะหนึ่งก่อนมาโรงพยาบาล ครอบครัวเริ่มสังเกตว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความจำ โดยเฉพาะการถามซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม แม้จะได้รับคำตอบไปแล้วหลายครั้ง เมื่อผู้ป่วยถามบ่อยครั้ง บุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกิดความหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี และตำหนิผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ก้าวร้าว อาละวาด และเกิดการทะเลาะกันภายในครอบครัวบ่อยครั้ง ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยมักกินอาหารคำใหญ่ รีบกินอย่างรวดเร็ว จนเกิดอาการสำลักเกือบทุกครั้ง และมีภาวะหลงลืมว่าตนเองรับประทานอาหารไปแล้วหรือยัง เมื่อมีผู้อื่นถาม ผู้ป่วยมักตอบว่ายังไม่ได้กินอาหาร ทั้งที่เพิ่งรับประทานไปแล้ว แสดงถึงความบกพร่องของความจำระยะสั้นอย่างชัดเจน ในช่วงเวลากลางคืน ผู้ป่วยมีอาการตื่นขึ้นมากลางดึก เปิดไฟตรวจดูรอบบ้าน ซักถามซ้ำ ๆ ว่ามีใครอยู่ในบ้านหรือไม่ มีใครบุกรุกเข้ามาหรือไม่ และถามว่าล็อกประตูหรือไขกุญแจแล้วหรือยัง ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำ ๆ บ่อยครั้ง ร่วมกับอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว โดยไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเริ่มไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม เช่น อาบน้ำเองได้ไม่สะอาด ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ต่อมาอาการทรุดลง ผู้ป่วยไม่ค่อยพูดคุยหรือสื่อสารกับคนรอบข้าง แยกตัว เฉยเมยต่อสิ่งแวดล้อม ใช้เวลาส่วนใหญ่นอนหลับทั้งกลางวันและกลางคืน นอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ไม่ยอมลุกเดินหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ บุตรสาวต้องปลุกเรียกหลายครั้ง จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน จากเดิมที่เคยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง กลับไม่สามารถทำได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น การเดินลดลง ต้องได้รับการกระตุ้นและช่วยเหลือโดยใช้ walker อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักไม่ยอมใช้ walker อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการหกล้มบ่อยครั้ง ผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ไม่สามารถไปถึงห้องน้ำได้ทันเวลา จากประวัติพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรู้คิดหลายด้าน ได้แก่ ความจำระยะสั้น การรับรู้ การตัดสินใจ พฤติกรรม

และการทำกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับลักษณะของโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด (ความดันโลหิตสูง) ซึ่งส่งผลต่อการเสื่อมของสมองในลักษณะของ vascular dementia และแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค Alzheimer ร่วมกับ vascular dementia

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 75 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพค้าขาย ปัจจุบันเกษียณอายุ มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีบุตรทั้งหมด 5 คน โดยปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรสาวคนที่ 3 ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประมาณ 2–3 ปีที่ผ่านมา ครอบครัวเริ่มสังเกตว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เดินลำบาก ต้องมีผู้ช่วยพยุงขณะเดิน ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา ส่งผลให้เกิด early incontinence-associated dermatitis (IAD) บริเวณรอบแก้มก้นและรอบทวารหนัก มีอาการด้านการรู้คิดที่ผิดปกติ ได้แก่ สับสนเรื่องวัน เวลา และสถานที่ มีปัญหาด้านความจำระยะสั้น ลืมชื่อสิ่งของ หรือเรียกชื่อสิ่งของไม่ถูกต้อง บางครั้งนึกคำพูดไม่ออก (word-finding difficulty) อาการดังกล่าวค่อย ๆ ดำเนินไปอย่างช้า ๆ และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา ในช่วง 2–3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ครอบครัวสังเกตว่าอาการของผู้ป่วยแย่ลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าวง่ายกว่าปกติ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์บางครั้ง นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีอาการทางจิต โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน พบอาการเห็นภาพหลอน (visual hallucination) ตื่นขึ้นมากลางดึก พูดคนเดียว และบอกว่าพบเห็นภรรยาที่เสียชีวิตไปแล้วกลับมาอยู่ด้วย ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและสร้างความกังวลแก่ครอบครัวเป็นอย่างมาก การประเมินสภาพผู้ป่วยจากประวัติพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรู้คิดหลายด้าน ได้แก่ ความจำ การใช้ภาษา การรับรู้เวลาและสถานที่ รวมถึงการทำกิจวัตรประจำวัน และมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป (progressive decline) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะสมองเสื่อม โดยไม่พบประวัติการดำเนินโรคแบบเฉียบพลันหรือเป็น ๆ หาย ๆ และแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น Dementia in Alzheimer's disease

สรุปเปรียบเทียบวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และการพยาบาลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม **ข้อมูลสนับสนุน** S: การไม่ยอมใช้ Walker ทำให้ล้มซ้ำซาก S: เดินลำบากต้องพยุง O: ร่างกายซีกขวาไม่สมบูรณ์ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม **เกณฑ์การประเมินผล** ไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	1. การประเมินและวางแผนการพยาบาล ซักประวัติและตรวจร่างกายจากผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงและกำหนดแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 2. การให้สุขศึกษาเฉพาะราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ พร้อมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3. การส่งเสริมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่สื่อสารได้ สอนการบริหารกล้ามเนื้อขาและฝึกการทรงตัวเพื่อเพิ่มความแข็งแรงในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ช่วยทำกายบริหารอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงท่าทางและอารมณ์ของผู้ป่วย 4. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ปรับสภาพบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีระดับต่าง และติดตั้งราวจับในจุดจำเป็น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างเหมาะสม ประสานผู้เชี่ยวชาญในการเลือกอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าหรือ Walker ให้เหมาะกับสภาพผู้ป่วย กรณีใช้รถเข็น ควรป้องกันการลื่นไถลและใช้เข็มขัดพยุงเพื่อความปลอดภัย 6. การส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองตามศักยภาพ พร้อมให้กำลังใจ เพื่อคงสมรรถภาพร่างกาย 7. การประสานทีมสหวิชาชีพ ทำงานร่วมกับ นักกายภาพบำบัด พยาบาลเยี่ยมบ้าน และอาสาสมัครในชุมชน เพื่อการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม
2. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ **ข้อมูลสนับสนุน** O: ถามซ้ำ ลืมเหตุการณ์ปัจจุบัน ระแวงคนบุกรุก O: มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของ และชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูก **วัตถุประสงค์** 1.ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากคนรอบข้างได้ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการได้ 2. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชีวิตประจำวันได้ **เกณฑ์การประเมินผล** ครอบครัว ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจตรงกัน	1. การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (CGA) ประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลัก Comprehensive Geriatric Assessment จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลจากผู้ดูแล เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม 2. การประเมินปัญหาการสื่อสาร วิเคราะห์สาเหตุและระดับความรุนแรงของปัญหาการสื่อสาร เพื่อกำหนดแนวทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย 3. การเตรียมความพร้อมก่อนการสื่อสาร กรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยิน ควรจัดให้ใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น แว่นตา หรือเครื่องช่วยฟัง ก่อนเริ่มการสื่อสาร 4. การใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม ดังนี้ - สื่อสารโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยและสบตา - ใช้คำพูดง่าย ชัดเจน พูดช้า กระชับ ไม่สื่อสารหลายประเด็นพร้อมกัน - ใช้น้ำเสียงสุภาพ อ่อนโยน แสดงความเคารพ และมีสีหน้าท่าทางเหมาะสม - ให้เวลาในการสนทนา ไม่เร่งรีบหรือกดดันผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดและตอบสนอง อาจทวนซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ - ใช้ประโยคเชิงเชิญชวนแทนคำสั่ง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ **การประเมินผลการพยาบาล** ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีความเข้าใจตรงกัน
3. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว **ข้อมูลสนับสนุน** S: ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน S: มีประวัติหกล้มบ่อยๆ O: กล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง O: นอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานาน ๆ **วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ 2. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ 3. ผู้ป่วยไม่มีข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อฝ่อ ลีบ	1.การประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินจากการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลจากผู้ดูแล เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 2. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล อธิบายผลกระทบของการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง และกล้ามเนื้อลีบ เพื่อเพิ่มความตระหนักในการดูแล 3. การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตามศักยภาพ โดยเริ่มจากการขยับข้อ การลงน้ำหนัก และการใช้งานกล้ามเนื้อแขนและขาอย่างเหมาะสม 4. การส่งเสริมโภชนาการเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินดีสูง เพื่อช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูก และฟัน 5. การใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหว แนะนำการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือช่วยเคลื่อนที่ เช่น ไม้เท้า หรือรถเข็น ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย **การประเมินผลการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดการหกล้ม 2. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ 3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อฝ่อ
4. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมาะสม เนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อม **ข้อมูลสนับสนุน** S: ไม่นอนเลยทั้งวันทั้งคืน	1. การประเมินแบบแผนการนอนหลับ 2. ประเมินช่วงเวลาและพฤติกรรมการนอนของผู้ป่วยจากการซักถาม หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ให้เก็บข้อมูลจากครอบครัวหรือผู้ดูแล 3. การจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการนอนหลับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
O: สับสนวันเวลา **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับเหมาะสม / นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอเหมาะสม อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	4. ปรับห้องนอนให้บรรยากาศสงบ สีโทนอ่อน อากาศถ่ายเทดี และแสงสว่างไม่จ้าเกินไป 5. การจัดกิจกรรมในเวลากลางวันส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง กล้ามเนื้อ และการใช้พลังงานของร่างกาย 6. การสร้างกิจวัตรการนอนที่สม่ำเสมอ กำหนดเวลานอนให้เป็นกิจวัตร หากผู้ป่วยยังไม่ง่วง ให้เปลี่ยนบรรยากาศและทำกิจกรรมผ่อนคลาย ก่อนพากลับเข้าห้องนอน 7. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นก่อนนอน หลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบและหลับง่ายขึ้น 8. การดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ไม่ใช้การข่มขู่หรือบังคับให้นอน เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย 9. การควบคุมอาหารและเครื่องดื่มก่อนนอนหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ในช่วงบ่ายหรือก่อนนอน 10. การจัดเวลาอาหารมื้อสุดท้ายหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มปริมาณมากก่อนนอนอย่างน้อย 1–2 ชั่วโมง เพื่อลดความไม่สุขสบายและการตื่นกลางคืน 11. การปรับกิจกรรมกรณีนอนมากผิดปกติ หากผู้ป่วยนอนมากในเวลากลางวัน ควรเพิ่มกิจกรรมช่วงกลางวัน เพื่อช่วยปรับสมดุลการนอนในเวลากลางคืน **การประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย
5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง **ข้อมูลสนับสนุน** S: ไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัวด้วยตนเอง S: ไม่สามารถทำอาหารได้ **วัตถุประสงค์** 1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากที่สุด **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ไม่รับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารที่รับประทานได้ ไม่หลงทาง เป็นต้น 2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ ไม่เกิดความบกพร่อง และผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง	1. การประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลจากผู้ดูแล เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 2. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้ความรู้ผู้ดูแลในการแยกระดับกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำได้เอง ทำได้บางส่วน และกิจกรรมที่ต้องช่วยเหลือทั้งหมด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแล 3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน 4. การสอนและสาธิตกิจกรรม อธิบายอุปกรณ์ สถานที่ และขั้นตอนการทำกิจกรรมอย่างเป็นลำดับ ใช้การสาธิตร่วมกับการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ทีละขั้นตอน ช้า ชัดเจน และทวนซ้ำ ตามความจำเป็น 5. การจัดกิจวัตรเป็นแบบแผน จัดตารางกิจกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน เตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและไม่ซับซ้อน 6. การส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพ เพื่อคงสมรรถภาพและความสามารถที่มีอยู่ 7. การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ให้ความช่วยเหลือเฉพาะเมื่อจำเป็น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยังสามารถทำได้ต่อเนื่อง 8. การจัดเวลาในการทำกิจกรรม ให้เวลาผู้ป่วยทำกิจวัตรโดยไม่เร่งรัด หากผู้ป่วยรีบ ควรชะลอจังหวะเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มหรือการสำลัก 9. การจัดลำดับกิจกรรมประจำวัน จัดกิจกรรมให้เป็นลำดับและทำในเวลาเดิมทุกวัน เพื่อลดความสับสนและเสริมความคุ้นเคย 10. การส่งเสริมการออกกำลังกาย สนับสนุนให้ญาติช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การยืดเหยียดแขนขา และการเดิน 11. การประสานทีมสหวิชาชีพ ประสาน นักกายภาพบำบัด เพื่อแนะนำการทำกายภาพหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมที่บ้าน 12. การสนับสนุนเครือข่ายครอบครัว แนะนำให้ผู้ดูแลประสานญาติคนอื่นร่วมดูแล และสามารถปรึกษาแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย 13. การเสริมพลังผู้ดูแล ให้กำลังใจและสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	14. การติดตามประเมินผล ติดตามผลการดูแลโดยการโทรสอบถามอาการและประเมินความสามารถของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง **การประเมินผลการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดตามศักยภาพ และผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง
6. ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ **ข้อมูลสนับสนุน** S: ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่เข้าใจความหมายของพฤติกรรม อารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา O: ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย **วัตถุประสงค์** 1. ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 2. ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์	1. ประเมินครอบครัว/ผู้ดูแล จากการสอบถาม พูดคุย ในด้านต่างๆ ได้แก่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่มีในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายด้านครอบครัวของผู้ดูแล เป็นต้น 1.2 ข้อมูลทางด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เป็นต้น 1.3 ข้อมูลทางด้านจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะ เป็นต้น 1.4 ข้อมูลทางด้านสังคม เช่น ภาระ ความรับผิดชอบที่ต้องดูแลทุกด้าน ความรู้ ทักษะในการดูแลสถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นต้น 2. การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและการแก้ไขเบื้องต้น 3. แนะนำแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์อื่นๆเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง 4. ติดต่อกับทีมสหวิชาชีพในการเข้าไปร่วมดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และอาสาสมัครนักบริบาลท้องถิ่น เป็นต้น 5. ประเมินความรู้ย้อนกลับ หลังได้รับการอบรม เพื่อเพิ่มรายละเอียดการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลยังบกพร่อง **การประเมินผลการพยาบาล** ครอบครัว และผู้ดูแลสามารถตอบคำถามและอธิบายวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์
7. ผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ **ข้อมูลสนับสนุน** O: ไม่สามารถจัดการกับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระของตนเองได้ **วัตถุประสงค์** 1. ไม่เกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ 2. มีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง **เกณฑ์การประเมินผล** 1. มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย 2. ความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระที่วัดด้วยแบบประเมิน Zarit Caregiver Burden ลดลงมากกว่า 1 คะแนน	1. การประเมินภาระของผู้ดูแล ประเมินระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน *Zarit Caregiver Burden Screening Short Form* 2. การรับฟังและประเมินสภาพจิตใจผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสะท้อนความรู้สึกและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแนวทางการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง แนวทางการรักษาทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อเสริมความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย 4. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ดูแล แนะนำการจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพกายใจ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5. การเชื่อมโยงแหล่งสนับสนุน แนะนำการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดหรือกิจกรรมสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล รวมถึงให้ข้อมูลแหล่งบริการช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ 6. การเข้าถึงข้อมูลและช่องทางช่วยเหลือ แนะนำแหล่งความรู้และช่องทางการให้คำปรึกษา เช่น กลุ่มไลน์ คลินิกผู้สูงอายุ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อเสริมทักษะและการขอความช่วยเหลือ **การประเมินผลการพยาบาล** 1. ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2. ระดับความเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล จากแบบประเมิน *Zarit Caregiver Burden* ลดลงมากกว่า 1 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวม ร่วมกับแนวทางการดูแลสมองเสื่อมแบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดในการปฏิบัติการในชุมชนเป็นหลัก รายที่ 1 พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น BALDs จาก 7 เป็น 9/20 คะแนน IADL=0/8 คะแนน รายที่2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น BALDs จาก 6 เป็น 8 /20 คะแนน IADL=0/8 คะแนน ภายใต้การดูแลความถี่ของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมลดลง ด้านร่างกาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ มีความปลอดภัย ผู้ดูแลในครอบครัวมีความพึงพอใจ เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวต่อผู้สูงอายุได้ถูกต้องเหมาะสมตามบริบท ได้รับการช่วยเหลือด้านสังคมเศรษฐกิจ เกิดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้สูงอายุได้เข้ารับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ส่งผลให้ผู้สูงอายุและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี [4,5]

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ข้อเสนอแนะทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ และมีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เน้นการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระหว่าง ผู้ป่วย-ผู้ดูแล-สิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. การจัดการด้านพฤติกรรมและจิตสังคม (Behavioral and Psychosocial Intervention) การปรับการสื่อสาร ให้ผู้ดูแลใช้หลัก "สั้น ง่าย ชัดเจน" หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือใช้เหตุผลหักล้างความเชื่อผิดๆ ของผู้ป่วย (เช่น กรณีถามซ้ำเรื่องกินข้าว หรือเห็นภาพหลอน) แต่ให้ใช้การ "เบี่ยงเบนความสนใจ" (Distraction) ไปยังกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบแทน

2. การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประเมินความปลอดภัยในบ้าน เช่น ติดราวจับในห้องน้ำ เปลี่ยนพื้นผิวที่ไม่ลื่น และแนะนำการใช้ Walker ที่ถูกต้องสำหรับรายที่ 1 แม้ผู้ป่วยจะปฏิเสธ พยาบาลชุมชนอาจต้องใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมหรือจัดหาสิ่งช่วยเดินที่ผู้ป่วยยอมรับได้ง่ายขึ้น

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล (Caregiver Empowerment) การจัดการความเครียด พยาบาลควรประเมินภาวะซึมเศร้าและความเครียดของผู้ดูแลเป็นระยะ จัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) ในชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4. การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน (Dementia-Friendly Environment) การทำป้ายสัญลักษณ์ ติดป้ายรูปภาพ (เช่น รูปโถส้วมหน้าห้องน้ำ) เพื่อช่วยเรื่องการรับรู้สถานที่

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2567). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (Long-term care). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. (2565). คู่มือการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับครอบครัว. กรุงเทพฯ: พรินท์ทูยู.
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. ธนาเพลส.
4. กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อม (Revised Edition). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. World Health Organization. (2023). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

The Development of Care Guidelines for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

ธวัชชัย ปิยะนันท์[1]
Thawatchai Piyanan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวทางดังกล่าวต่อความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น การดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบ PAR จำนวน 2 วงรอบ ตามแนวคิด Spiral Model ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ บุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COPD จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มนำร่อง จำนวน 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพ (MMRC, BMI, 6-Minute Walk Test, VAS-D, PHQ-9) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) ร่วมกับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไม่อาศัยการแจกแจงปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยคะแนน SGRQ ลดลงในทุกมิติ และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 10 ขณะเดียวกันบุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางในระดับสูง และเกิดการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, แนวทางการดูแลผู้ป่วย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลชุมชน

ABSTRACT

This study employed a participatory action research (PAR) design to develop a nursing care guideline for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) appropriate to a community hospital context, and to evaluate its outcomes on patients' self-care ability, quality of life, and hospital readmission rates. The study was conducted at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province, Thailand. The research was implemented through two PAR cycles following the Spiral Model, consisting of planning, action, observation, and reflection. Key informants included 10 multidisciplinary healthcare professionals and 12 pilot COPD patients. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), along with focus group discussions and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive and non-parametric statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings demonstrated that the developed COPD care guideline was a systematic, multidisciplinary nursing practice guideline suitable for a community hospital setting. Patients showed marked improvements in self-care ability and quality of life, with reductions in SGRQ scores across all domains. The 28-day hospital readmission rate decreased from 20% prior to implementation to 10% after

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) โรงพยาบาลบ้านไผ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

implementation. In addition, healthcare professionals reported high satisfaction with the guideline, and enhanced nursing capacity in chronic disease management was observed.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Nursing Care Guideline, Participatory Action Research, Senior Professional Nurse, Community Hospital

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคที่เกิดจาก การอักเสบเรื้อรังของปอด ซึ่งทำให้ทางเดินหายใจแคบลงและการไหลเวียนของอากาศลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตลดลง โรคนี้มักเกิดจากการสูบบุหรี่, การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ, และการสัมผัสกับสารเคมีหรือฝุ่นละอองในที่ทำงาน เป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตทั่วโลก ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2012 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 3 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2030 โรคนี้จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรโลก โดยคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8.6 ล้านคนต่อปี เนื่องจากโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หลอดลมกลับสู่สภาพปกติได้ และยังมีการเพิ่มขึ้นของประชากรที่สูบบุหรี่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ในปี 2009 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 133,965 ราย จากการศึกษาสถิติในทวีปเอเชีย พบว่าในประเทศจีนมีประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 5.9 โดยโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในเขตชนบทและอันดับ 4 ในเขตชุมชนเมือง ในประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่จำนวน 35,560 รายต่อปี และมีผู้ป่วยสะสมรวมทั้งหมด 150,549 ราย อัตราการตายจากโรคนี้ในช่วงปี 2552-2555 เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2552 มีอัตราการตาย 1.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2553 มีอัตราการตาย 1.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2554 มีอัตราการตาย 2.5 ต่อประชากร 100,000 คน และในปี 2555 มีอัตราการตาย 7.6 ต่อประชากร 100,000 คน การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและอัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกและในประเทศไทย ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการตระหนักรู้และการป้องกันโรคนี้ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[1]

เมื่อเกิดภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะกำเริบ (Exacerbation) ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการหายใจลำบากที่รุนแรงขึ้น สมรรถภาพทางร่างกายลดลงมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Re-admit) บ่อยครั้ง

จากสถิติของโรงพยาบาลชุมชนพบว่า มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบของโรคประมาณ 22–30 รายต่อเดือน และในจำนวนนี้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย COPD ในระยะไม่รุนแรง 1 ใน 5 มีภาวะซึมเศร้า และมีอัตราเพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่าในผู้ป่วยระยะรุนแรง ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการกำเริบบ่อยครั้ง และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า อย่างไรก็ตาม ปัญหาภาวะซึมเศร้าเหล่านี้มักถูกละเลยและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมกับโรค จะสามารถลดภาวะซึมเศร้า คงไว้ซึ่งความแข็งแรงของร่างกาย และช่วยให้สมรรถภาพร่างกายดีขึ้น ลดอาการหายใจลำบาก รวมถึงช่วยจัดการภาวะกำเริบ (Exacerbation) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้นานขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[2]

จากแนวคิดการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1)

การป้องกันการดำเนินต่อไปของโรคเนื่องจากผู้ป่วย COPD จะมีค่า FEV1 ลดลงประมาณ 50-100 มิลลิลิตร ต่อปี จากการศึกษาโดยใช้ยา Ipratropium bromide ในโครงการ *Lung Health Study* หรือการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในโครงการ *EUROSCOP* พบว่าไม่สามารถยับยั้งการลดลงของค่า FEV1 ได้ อย่างไรก็ตาม การหยุดสูบบุหรี่เป็นวิธีเดียวที่สามารถชะลอการดำเนินของโรคได้ ดังนั้น การรักษาที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ 2) การลดการอุดกั้นของหลอดลม การลดการอุดกั้นของหลอดลมจะช่วยลดลมค้างในปอด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วิธีการคือการใช้ยาขยายหลอดลม ลดการอักเสบของหลอดลม และการกำจัดเสมหะ 3) การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนผู้ป่วยที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะ Polycythemia และCorpulmonale ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการให้ออกซิเจนในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่า PaO2 ต่ำกว่า 55 mmHg ขณะพัก หรือค่า PaO2 ต่ำกว่า 60 mmHg ร่วมกับภาวะ *Corpulmonale* หรือ *Polycythemia* โดยการให้ออกซิเจนในขนาด 1-3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ค่า PaO2 > 60 mmHg หรือ SaO2 > 90% อย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการให้ออกซิเจนในลักษณะนี้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ 4) การเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย โรค COPD เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการใช้ยาต่าง ๆ ไม่สามารถแก้ไขการอุดกั้นทางเดินหายใจให้กลับเป็นปกติได้ ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (*Rehabilitation*) จึงมีบทบาทสำคัญ โดยประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค เพื่อช่วยลดความกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา การทำกายภาพบำบัด เช่น การไอเพื่อกำจัดเสมหะ, การหายใจแบบห่อปาก (*Pursed-lip breathing*), การฝึกหายใจเข้า-ออกช้า ๆ และการผ่อนคลาย (*Relaxation*) ซึ่งช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การสนับสนุนด้านสังคมและจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว แพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การจัดการอย่างเหมาะสมในทุกด้านจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอบ้านไผ่และพื้นที่ใกล้เคียง พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งรายใหม่และรายเก่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี .ศ.พ)2567-2567) ชี้ให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่เฉลี่ยปีละ 150-200 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยสะสมกว่า 2,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีภาวะแทรกซ้อนร่วม เช่น หายใจลำบากเรื้อรัง ภาวะหอบเหนื่อยเฉียบพลัน และภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admission rate) ของผู้ป่วย COPD มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ร้อยละ 18–22 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่ควรไม่เกินร้อยละ 15 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจเบื้องต้นและสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านไผ่ พบว่า “ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COPD ที่ชัดเจนและเป็นระบบเดียวกัน” ทำให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละแผนกยังคงใช้แนวทางเฉพาะบุคคล ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแม้ที่ผ่านมาจะมีแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ เช่น คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์ (CPG) และแนวทาง GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ที่เน้นการวินิจฉัย

และการใช้ยาเป็นหลัก แต่ยังขาดแนวทางที่สอดคล้องกับ บริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและทรัพยากร เช่น ขาดระบบติดตามการใช้ยาสม่ำเสมอ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการดูแลแบบองค์รวมโดยครอบครัว จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาและพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงทีมสุขภาพในชุมชน และทีมสุขภาพในระดับทุติยภูมิของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการใช้บริการของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

3. เพื่อประเมินผลแนวทางการดูแลตนเองที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการใช้บริการของโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)COPD)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งมุ่งเน้นให้ ผู้ป่วย, ครอบครัว/ผู้ดูแล, ทีมสุขภาพ และกลุ่มนักวิจัย ทำงานร่วมกันและเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายหลักในการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและสถานการณ์จริงในการจัดการตนเอง ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล ประเมินรูปแบบการให้บริการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ของทีมสุขภาพร่วมกันเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ สร้างสมดุลในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ระยะเวลาในการวิจัย สิงหาคม 2568 - มกราคม 2569 (รวม 6 เดือน) กระบวนการวิจัยแบบวงจรเกลียว (Spiral Model) 2 วงรอบ

การวิจัยจะดำเนินไปตามวงจร PAR จำนวน 2 รอบ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Plan), การปฏิบัติ (Act), การสังเกต (Observation), และการสะท้อนผล (Reflection)[4] รายละเอียดมีดังนี้

วงจรที่ 1 (สิงหาคม 2568 - ตุลาคม 2568)

1. การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 1 วัตถุประสงค์ ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วย COPD เพื่อร่วมกันสร้างแนวทางฉบับร่าง

2. การปฏิบัติ (Act) ขั้นตอนที่ 2วัตถุประสงค์ นำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนำร่อง

3. การสังเกต (Observation) ขั้นตอนที่ 3 วัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปใช้

4. การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นตอนที่ 4: วัตถุประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและร่วมกันหาข้อสรุปเพื่อปรับปรุงแนวทาง

วงจรที่ 2 (พฤศจิกายน 2568 - มกราคม 2569)

1. การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 5 วัตถุประสงค์ เตรียมการสำหรับการนำแนวปฏิบัติฉบับที่ 1 ไปทดลองใช้ในวงกว้างขึ้น

2. การปฏิบัติ (Act) ขั้นตอนที่ 6 วัตถุประสงค์ นำแนวปฏิบัติฉบับที่ 1 ไปใช้กับผู้ป่วย COPD ทั้งหมดในโรงพยาบาล

3. การสังเกต (Observation) ขั้นตอนที่ 7 วัตถุประสงค์ ประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฉบับที่ 1 ในการนำไปใช้จริงในวงกว้าง

4. การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นตอนที่ 8 วัตถุประสงค์ สรุปและประเมินผลลัพธ์ของโครงการทั้งหมด เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

การเชื่อมโยง 6 ขั้นตอนกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

การวิจัยนี้มีการประยุกต์ใช้ 6 ขั้นตอนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ (เช่น Kemmis & McTaggart)[4] ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับวงจร PAR ได้ดังนี้:

ขั้นที่ 1 การกำหนดเป้าหมายและวางแผน สอดคล้องกับขั้นตอน Plan ของวงจรที่ 1 มีการระดมความคิดเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 การดำเนินการตามแผน สอดคล้องกับขั้นตอน Act ของวงจรที่ 1 มีการนำแนวทางฉบับร่างไปใช้

ขั้นที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ สอดคล้องกับขั้นตอน Observation ของวงจรที่ 1 มีการเก็บข้อมูลและสังเกตผลที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผลและปรับปรุง สอดคล้องกับขั้นตอน Reflection ของวงจรที่ 1 มีการวิเคราะห์ปัญหาและปรับปรุงแนวทาง

ขั้นที่ 5 การนำแผนที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ สอดคล้องกับขั้นตอน Plan และ Act ของวงจรที่ 2 เป็นการเริ่มต้นวงจรใหม่ด้วยแนวทางที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว

ขั้นที่ 6 การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายและสรุปผล สอดคล้องกับขั้นตอน Observation และ Reflection ของวงจรที่ 2 เป็นการประเมินผลสุดท้ายเพื่อสรุปเป็นแนวทางฉบับสมบูรณ์

โดยสรุป การดำเนินงานทั้ง 6 ขั้นตอนจะครอบคลุมกระบวนการ PAR ครบทั้ง 2 วงรอบ ทำให้มั่นใจได้ว่าการพัฒนาแนวทางนี้เป็นไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วย COPD รายใหม่โดยเฉลี่ยเดือนละ 15-20 ราย ทำให้มีผู้ป่วยสะสมจำนวนมาก

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เลือกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และเข้ารับการรักษาตัวในช่วงเดือน สิงหาคม 2568 - มกราคม 2569 ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ในการทำวิจัยแบบ PAR เราจะไม่ได้ใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด แต่จะใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับการทำงานร่วมกันมากที่สุด สำหรับงานวิจัยนี้ เราจะใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ป่วยนำร่องสำหรับการทดลองใช้แนวทาง (Pilot Group):

- จะใช้ผู้ป่วย COPD จำนวน 10-15 ราย
- เหตุผลที่ใช้จำนวนเท่านี้: เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลและติดตามผลได้อย่างใกล้ชิดในขั้นตอนแรกของการทดลองใช้แนวทาง (Act) ในวงจรที่ 1
- คุณสมบัติ: เป็นผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและสามารถสื่อสารได้ดี

2. กลุ่มผู้ป่วยสำหรับการนำแนวทางไปใช้จริง (Implementation Group):

- จะใช้ผู้ป่วย COPD จำนวน 60 ราย หรือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในช่วงระยะเวลาการศึกษา (พฤศจิกายน 2568 - มกราคม 2569)
- เหตุผล: เพื่อประเมินผลของแนวทางฉบับปรับปรุงแล้วในวงกว้างขึ้น

Key Informants (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)

กลุ่ม Key Informants คือกลุ่มบุคคลสำคัญที่ให้ข้อมูลเชิงลึกและร่วมพัฒนาแนวทางไปพร้อม ๆ กับทีมวิจัย ซึ่งประกอบด้วย:

- ผู้ป่วย COPD และครอบครัว: อย่างน้อย 3-5 ราย (หรือตามความเหมาะสม) ที่ยินดีให้ข้อมูลและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- บุคลากรทางการแพทย์: อย่างน้อย 8-10 คน จากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COPD

ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และนักโภชนาการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยแพทย์

2. มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากโรค COPD มักพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

3. มีประวัติสัมผัสหรือได้รับสารระคายเคืองทางเดินหายใจในระยะยาว เช่น ควันบุหรี่ (ทั้งสูบเองหรือสัมผัสควันบุหรี่) ควันจากการเผาในที่โล่ง (burning biomass) ฝุ่น PM 2.5 ละอองสารเคมีจากการทำงาน เช่น ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง ฝุ่นซีเมนต์ เขม่าถ่านหุงต้ม หรือผงจากงานก่อสร้าง

4. สามารถ สื่อสารและให้ข้อมูลได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดย ลงนามในหนังสือยินยอม (Informed Consent)

6. ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย COPD อย่างต่อเนื่อง

7. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย COPD อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะทางจิตเวชรุนแรง หรือภาวะสติปัญญาที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. ผู้ป่วยที่ได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ ว่ามีปัญหาทางจิตเวช ภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลเนื่องจาก ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง

3. อยู่ในระยะ โรคที่รุนแรงมากจนต้องได้รับการรักษาใน ICU

4. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

5. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้และหนี้สินของครอบครัวรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรมโดยใช้ MMRC (Modified Medical Research Council : MMRC)[5] ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับ 0 คืออาการปกติ ไม่มีเหนื่อยง่าย

ระดับ 1 คือมีอาการเหนื่อยงาย เมื่อเดินเร็ว ๆ ขึ้นทางชั้น

ระดับ 2 คือเมื่อเดินในพื้นราบไม่ทันเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะเหนื่อย หรือต้องหยุดเดินเป็นพัก ๆ

ระดับ 3 คือเดินได้น้อยกว่า 100 เมตร

ระดับ 4 คือเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ แต่งตัว กรณี MMRC < 2 ถือว่าอาการน้อย MMRC ≥ 2 ถือว่าอาการมาก

2) ดัชนีมวลกาย (BMI) ได้จากการคำนวณโดยการวัดส่วนสูงเป็นเซนติเมตรและการชั่งน้ำหนักเป็น กิโลกรัมแล้วนามาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายจากสูตรมาตรฐาน คือค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว(กก.)/ส่วนสูง2 (เมตร)

3) ความทนต่อการออกกำลังกาย (exercise tolerance) ด้วยการเดินในระยะเวลา 6 นาที (6 Minutes Walk Test : 6MWT)[3] เป็นการทดสอบการทำงานของร่างกายด้วยการเดินภายในเวลา 6 นาทีแล้ววัดระยะทางทั้งหมดที่ได้จากการเดิน มีหน่วยเป็นเมตร

4) แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ (Visual Analog Scale of Dyspnea : VAS-D)[6] โดยผู้ป่วยให้คะแนนระดับ

ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบด้วยตนเอง โดยทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร โดยมีคะแนน 0 ที่ตำแหน่งล่างสุด ตรงกับความรุนแรงของการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบน้อย ที่สุด และคะแนน 10 ที่ตำแหน่งบนสุดซึ่งตรงกับอาการหายใจเหนื่อยหอบรุนแรงที่สุด

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire : PHQ-9)[7] ที่พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV ที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า และถูกนำมาปรับใช้ในกลุ่มคนไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมมา มีลักษณะเป็นแบบลิเคิดมาตราส่วน 4 ระดับ (4-rating Likert Scale) ได้แก่ 0 คะแนนไม่มีเลย 1 คะแนน มีบางวัน/ไม่บ่อย 2 คะแนน มีค่อนข้างบ่อย 3 คะแนน มีเกือบทุกวัน แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน ซึ่งถูกนำไปให้ความหมายเป็น 2 ระดับ คือคะแนนรวม ที่น้อยกว่า 9 หมายถึงอาการปกติ คะแนนรวมที่มากกว่า 9 หมายถึงอาการซึมเศร้า ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (St George s' Respiratory Questionnaire : SGRQ)[8] แบบสอบถามมีทั้งหมด 50 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอาการ (symptoms) ประกอบด้วยความถี่และความรุนแรงเนื่องจากอาการของระบบหายใจ 2) ด้านกิจกรรม (activity) เป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการหายใจลำบาก และ3) ด้านผลกระทบ (impact) เป็นผลกระทบจากโรคและอาการหายใจลำบากต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสงคม คะแนนรวมทั้งหมดจะมีตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะสุขภาพดี (0-33 คะแนน) ภาวะสุขภาพปานกลาง (34-67 คะแนน) และภาวะสุขภาพไม่ดี (68-100 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือ	แหล่งที่มา	วิธีตรวจสอบ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้วิจัยสร้างเอง	IOC (≥0.5), Cronbach's alpha (≥0.70)
MMRC	Kervio et al., 2003[5]	ใช้ตามต้นฉบับ
6MWT	Jenkins, 2007[3]	ไม่ต้องตรวจสอบ
VAS-D	Mahler et al., 2006[6]	Cronbach's alpha > 0.80
PHQ-9 (ฉบับไทย)	มาโนช หล่อตระกูล et al.[9]	Cronbach's alpha = 0.79
SGRQ	Jones et al., 1991[8]	Cronbach's alpha = 0.72–0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมุ่งเน้นที่เนื้อหาซึ่งได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมในแต่ละรอบของ PAR โดยเน้นการสะท้อนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร ใช้วิธี การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles & Huberman[10]

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ภายหลังการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ฉบับสมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 60 ราย เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 1 เดือน ผู้วิจัยได้ประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าว โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีต่อแนวทางที่พัฒนา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลคะแนนดิบด้านความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD จำนวน 10 รายแรก ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 10 รายแรกมี คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางทุกราย โดยมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 9.3 ถึง 21.6 คะแนน แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมทักษะ ความรู้ และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม ในด้านคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าหลังการใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 2.1 ถึง 17.9 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของสภาพร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ แม้บางรายจะมีคะแนนเพิ่มขึ้นไม่มาก แต่ภาพรวมแสดงแนวโน้มเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอ

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกต่อผู้ป่วยในระดับรายบุคคล และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงสถิติในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย ซึ่งพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการใช้แนวทางฯ สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน

เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 60 รายมาวิเคราะห์เชิงสถิติ พบว่าผลลัพธ์หลังได้รับการดูแลตามแนวทางฯ ดีกว่าก่อนรับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4.2 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างชัดเจน (เพิ่มขึ้น ~14 คะแนน) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น (เพิ่มขึ้น ~11 คะแนน) การทดสอบความแตกต่างของคะแนนก่อน-หลังด้วยสถิติ *t-test แบบจับคู่* (paired t-test) ให้ผลดังนี้ คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง: เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.39$, $df = 59$, $p < 0.001$) และ คะแนนคุณภาพชีวิต: เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.86$, $df = 59$, $p < 0.001$) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กล่าวคือหลังดำเนินการตามแนวทาง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในทางสถิติ

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ภายหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นชัดเจนว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีผลในการปรับปรุงทั้ง ความสามารถในการดูแลตนเอง และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 60.1 เป็น 74.4 (เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 24) สอดคล้องกับ

การสังเกตเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการสุขภาพตนเองดีขึ้น เช่น รู้จักหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและจัดการอาการกำเริบเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ส่วนคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยรายงานคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 56.2 เป็น 67.3 (เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20) แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าตนมีสุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นหลังได้รับการดูแลตามแนวทาง ปรับตัวทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อชีวิตมากขึ้น ผลลัพธ์ทั้งสองด้านชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง และการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ สามารถยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในมิติด้านสมรรถนะการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน

4. การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่าง ก่อน และ หลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนา พบว่า อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วย COPD หลังการใช้แนวทางลดลงอย่างมาก โดยก่อนมีแนวทางฯ ผู้ป่วยร้อยละ 20 จำเป็นต้องกลับมานอนรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในขณะที่หลังดำเนินการตามแนวทางฯ อัตราดังกล่าวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 15) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ สถิตินี้สะท้อนว่าการดูแลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยป้องกันการกำเริบของโรคหลังผู้ป่วยกลับบ้านได้ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการและจัดการตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพจนไม่ต้องเข้ารักษาซ้ำบ่อยเหมือนเดิม ทั้งนี้ แม้การเปรียบเทียบเชิงสถิติแบบทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ระหว่างสัดส่วนก่อน-หลังจะไม่ได้ทำอย่างเป็นทางการเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด แต่แนวโน้มที่อัตราลดลงครึ่งหนึ่งนี้ก็มีนัยสำคัญเชิงคลินิกและเชิงการบริหารอย่างยิ่งต่อโรงพยาบาล นับเป็นผลลัพธ์ที่ตอบโจทย์วัตถุประสงค์หลักของโครงการ นั่นคือการลดการกลับเข้ารักษาซ้ำและลดภาระงานของโรงพยาบาลในระยะยาว

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนา ในการประเมินท้ายโครงการ ได้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง และความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้ทดลองใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน (คะแนนเต็ม 5 ระดับ) ประกอบกับการสัมภาษณ์เปิดในบางราย ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ที่ 4.7 จาก 5 คะแนน (SD ≈ 0.5) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามด้าน พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดในด้านการได้รับข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย (ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยให้คะแนนเต็มในข้อนี้) รองลงมาคือด้านการเอาใจใส่ดูแลของทีมสุขภาพและความต่อเนื่องในการติดตาม นอกจากนี้ ร้อยละ 93.3 ของผู้ป่วย (56 ใน 60 ราย) ระบุว่าจะแนะนำเพื่อนหรือผู้ป่วย COPD รายอื่นให้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบนี้หากมีในอนาคต ซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นในแนวทางที่พัฒนา ในส่วนของความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ปรากฏว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมทั้งหมด (ทั้ง 10 คน) มีความพึงพอใจต่อแนวทางในระดับสูงเช่นกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ที่ 4.8 จาก 5 คะแนน โดยทุกคน (100%) เห็นตรงกันว่าแนวทางนี้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานและง่ายต่อการปฏิบัติมากขึ้น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับในระดับสูงมากทั้งจากผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงโดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย การดูแลอย่างเอาใจใส่ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในเชิงระบบบริการ ผลการประเมินสะท้อนว่าแนวทางดังกล่าวช่วยยกระดับมาตรฐานการดูแลให้มีความชัดเจน เป็น

ระบบ และลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ ความพึงพอใจในระดับสูงของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความเป็นไปได้ในการนำแนวทางไปใช้จริงและขยายผลในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการจำนวน 2 วงรอบ ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวทางที่พัฒนาขึ้นต่อความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วย ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลของแนวทางการดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างทักษะ ความรู้ และความมั่นใจของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งเน้นบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมตามศักยภาพ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความเหมาะสมของกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามต่อเนื่องตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรค และส่งเสริมการควบคุมอาการได้ดียิ่งขึ้น[11]

2. ผลของแนวทางการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการใช้แนวทางการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตประจำวัน ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่แนวทางการดูแลมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ครอบคลุมทั้งการควบคุมอาการ การส่งเสริมสมรรถภาพปอด การดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางจิตสังคม ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากขึ้น[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 ควรนำแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลบ้านไผ่

1.2 ควรจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้แนวทางการดูแลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกัน

1.3 ควรจัดหาและพัฒนาสื่อการสอนและอุปกรณ์สนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อเสริมประสิทธิภาพการดูแล

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรสนับสนุนให้มีการขยายการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในเครือข่าย

2.2 ควรบูรณาการแนวทางการดูแลดังกล่าวเข้ากับระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์การดูแล

3.2 ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลและเพิ่มความทั่วไปของแนวทาง

3.3 ควรศึกษาผลของแนวทางการดูแลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้แนวทางการดูแลนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (n.d.). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Retrieved from https://goldcopd.org
2. ศิริณา รังกลิ่น. (2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น. วารสารวิชาการทางการพยาบาล, 38(4), 98-115.
3. Jenkins, S. (2007). Six-minute walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine, 101(7), 1350-1354.
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (2nd ed., pp. 567–605). Thousand Oaks, CA: Sage.
5. Kervio, G., Carre, F., & Ville, N. (2003). Reliability and intensity of the six-minute walk test in healthy elderly subjects. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, 10(2), 91-98.
6. Mahler, D. A., Fierro-Carrion, G., Mejia-Alfaro, R., Ward, J., & Baird, J. C. (2006). Visual Analog Scale to measure dyspnea: Longitudinal consistency and responsiveness to change in clinical trials. Chest, 129(3), 643-651.
7. Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry, 8, 46.
8. Jones, P. W., Quirk, F. H., & Baveystock, C. M. (1991). The St George's Respiratory Questionnaire. Respiratory Medicine, 85(Suppl B), 25-31.
9. มาโนช หล่อตระกูล, สมฤทธิ์ สุมามินทร์, & รัชดา ทองอยู่) .2551). การแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย. วารสารจิตเวชศาสตร์ทั่วไป, 2(1), 5–10.
10. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
11. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328–335.
12. พรวิภา ยาสมุทร์. (2563). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสุขภาพชุมชน, 44(3), 120-138.

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.11 NO.1 January - February 2026

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2569

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 VOL. 11 NO. 1 January – February 2026 Part2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย 219
ปฏิมาภรณ์ ภูมิกอง

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 229
พิชญาภรณ์ ประพันธ์

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โรงพยาบาลเคียนซา 241
ชฎาพร จันทบูรณ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา 252
วรรณา พรหมพูล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี 262
วรรณวิสา จันทร์ทอง

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ 272
สุวิจักขณ์ ปุญนุวงศ์

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ 286
พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์

การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด 294
ทัศนีย์ สิทธิ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม 301
จินตนา พรรณุวงษ์

ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 309
อภิชญา ดอกพอง

ประสิทธิผลของการใช้ระบบ SAFE-4P ในกระบวนการก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย 318
ศิริลักษณ์ สุยะ ,วริษา หาญใจ ,อาริตา วงศ์เปี้ย

การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง 332
ธีรินทร์ เกตุวิชิต

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 345
ยุทธนา ผือโย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 357
วิมลรัตน์ ธารเลิศ

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 372
วาริศิลป์ บัวเขียว

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 VOL. 11 NO. 1 January – February 2026 Part2

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ 382
รัฐนนท์ เนือนสกุล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา 392
อุมาภรณ์ เจริญสลุง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2
และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 400
แสงเพชร แก่นดี

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 408
เพ็ญจันทร์ จันทร์รอด

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรค
ปอดอักเสบต่อพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาล และระดับความรุนแรงของอาการเมื่อได้รับการช่วยเหลือ 418
อุไรรักษ์ ผาชา

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกัน
การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี 429
สุนทรา ทีทอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 439
วุฒิรักษ์ ลีลาเศรษฐกุล

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 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 37 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การบริการทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม แบบประเมินความเสี่ยงทอดทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อน การพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพผู้ดูแลเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ HIV การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ เสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน การมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด ความร่วมมือของนักเรียนในการส่งตรวจคัดกรองโรคหนอนพยาธิ บำบัด Start over and survive (SOS) ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม พัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซี การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง การมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง การพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care to promote self-management of people living with HIV in community A case study of 2 cases.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

ปฏิมาภรณ์ ภูมิกอง[1]
Patimaporn Phumikong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ที่มีบริบททางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาแบบเกรณีศึกษา (Case Study) ใน 2 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2567 ณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้หญิงอายุ 38 ปี มีปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการใช้ยา drug adherence ต่ำกว่าร้อยละ 50 ปัญหาการตีตราจากชุมชน และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ชายอายุ 55 ปี มีการจัดการตนเองดีกว่าแต่ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ทั้งสองรายได้รับการพัฒนาแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคลตามปัญหาสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้และทักษะ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างแรงสนับสนุน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลชุมชน กรณีศึกษา

Abstract

This case study aimed to compare the self-management of HIV-infected people in the community through a case study of two individuals with different social contexts and health behaviors. A case study of two cases was conducted from May to October 2024 at the Primary and Holistic Care Service Unit, Pueainoi Hospital, Khon Kaen Province. Data were collected through medical record review, in-depth interviews, and home visits.

Results Case 1 was a 38-year-old woman with issues of medication discontinuity, drug adherence below 50%, stigma problems from the community, and lack of family support. Case 2 was a 55-year-old man with better self-management but still had health behavior problems including alcohol consumption and inappropriate dietary habits. Both cases received individualized nursing care plans based on key problems including knowledge and skill enhancement, health behavior modification, strengthening support systems, and continuous monitoring and evaluation.

Keywords: Self-management, HIV-infected people, Community nursing, Case study

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก แม้ว่าการพัฒนานโยบายและบริการด้านเอชไอวีของประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันยังคงมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 560,000 คนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง[1] ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy ART) ได้ขยายอายุขัยของผู้ติดเชื้อให้ยืนยาวขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[2] ประเทศไทยได้บูรณาการบริการเอชไอวีเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 และจัดให้มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 อย่างไรก็ตาม ผลกระทบระยะยาวจากการรับยาต้าน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

ไวรัสต่อเนื่องและภาวะการอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases NCDs) โดยเฉพาะกลุ่มอาการเมแทบอลิก (Metabolic Syndrome)[3,4]

การจัดการตนเอง (Self-management) จึงเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญในการลดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอดส์และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ[5] การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพไม่ได้จำกัดเพียงการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (ART Adherence ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95) เพื่อให้ปริมาณไวรัสอยู่ในระดับตรวจไม่พบ (Undetectable) เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหลายมิติ โดยเฉพาะการดูแลแบบองค์รวมที่รวมถึงการติดตาม การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางจิตสังคม[6,7]

งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ[8,9] การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี (PLHIV volunteers) ในการให้คำปรึกษา การติดตามการกินยา การเยี่ยมบ้าน และการช่วยเหลือด้านจิตสังคม มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจเรื่อง U=U (Undetectable = Untransmittable) และลดการตีตรา

จากการดำเนินงานของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ในช่วงปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะเมแทบอลิกและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอำเภอเปือยน้อย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คงดูแลในระบบจำนวน 53 ราย และพบผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยา (Drug Adherence) น้อยกว่าร้อยละ 50 จำนวน 8, 6 และ 5 ราย ตามลำดับ การวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปัญหาหลักเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งขาดการใช้กระบวนการ Enhanced Adherence Counseling (EAC) อย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาอุปสรรคและสร้างแรงจูงใจในการกินยา[1,5] นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านวิถีชีวิตชุมชนมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะวัฒนธรรมการบริโภคอาหารรสจัดที่มีความหวาน มัน และเค็มสูง รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ประกอบกับการตีตรา (Stigma) ที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการสนับสนุนและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชน แม้ว่าจะมีรูปแบบการดูแลแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Service Delivery DSD ART) แต่การตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการวินิจฉัย การป้องกัน และการดูแล[10,11,12] งานวิจัยเรื่องความชอบของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อการดูแลเอชไอวีในประเทศไทยพบว่า การให้บริการแบบแยกตามความต้องการ (Differentiated Service Delivery) สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการปฏิบัติตามการรักษาและการบรรลุเป้าหมายการกดไวรัส

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case Study) จำนวน 2 ราย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีบริบททางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อมุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงลึกถึงกระบวนการจัดการตนเอง ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค รวมทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ เพื่อถอดบทเรียนและพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนเปือยน้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ที่มาคลินิกยาต้านไวรัส กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น การดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยินยอมร่วมศึกษา มีความแตกต่างเชิงบริบท และคงอยู่ในระบบรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 2 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตในชุมชน และการจัดทำแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่องการรับประทานยา ARV อย่างสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันการแพร่เชื้อ และการสร้างกำลังใจและการยอมรับตนเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

กรณีศึกษาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเปือยน้อย และอาศัยในเขตพื้นที่ตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้หญิงไทย อายุ 38 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส (สามีคนที่ 5) อาชีพว่างงาน รายได้ 5,000 บาท/เดือน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประวัติติดเชื้อเอชไอวีมา 12 ปี และเคยรักษาวัณโรคปอดมาก่อน ปัจจุบันมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ วัณโรคปอดเก่า โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะเลือดจางชนิดทาลัสซีเมีย

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ชายไทย (ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) อายุ 55 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพโสด (มีคู่นอนไม่ประจำ) อาชีพเกษตรกรรม รายได้ 10,000 บาท/เดือน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประวัติติดเชื้อเอชไอวีมา 19 ปี โรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย (ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย)
อายุ	38 ปี	55 ปี
การศึกษา	ประถมศึกษาชั้นที่ 6	ประถมศึกษาชั้นที่ 4
สถานภาพสมรส	คู่ (สามีปัจจุบันเป็นคนที่ 5)	โสด (มีคู่นอนไม่ประจำ)
อาชีพ	ว่างงาน	เกษตรกรรม
รายได้	5,000 บาท/เดือน	10,000 บาท/เดือน
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	ไม่พอใช้จ่ายในบางเดือน มีการกู้ยืมเงินจากญาติพี่น้อง	มีพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ มีการกู้ยืมหนี้จากธนาคารของรัฐ
สิทธิการรักษา	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ	12 ปี (พ.ศ. 2555)	19 ปี (พ.ศ. 2548)
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส	12 ปี (พ.ศ. 2555)	17 ปี (พ.ศ. 2550)
การวินิจฉัยโรค	1. PLHIV (ICD10 B24) 2. Old Pulmonary TB 3. Stroke 4. Thalassemia EA	1. PLHIV (ICD10 B24) 2. Hypertension
การรับประทานยาต้านไวรัส	ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการย้ายที่อยู่บ่อยและเกี่ยวเนื่องกับสิทธิ์รักษา	ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีบางครั้งเวลาอาจคลาดเคลื่อนบ้าง แต่ไม่เคยเกิน 30 นาที
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปัจจุบัน	CD4 267 cell/mm³ Viral load 903 copies/mL Hematocrit 15.3% Hemoglobin 4.0 gm/dl	CD4 507 cell/mm³ Viral load 0 copies/mL Hematocrit 51.1% Hemoglobin 16.2 gm/dl

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการจัดการสุขภาพ	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง - มีโอกาสดื้อยาวัณโรคจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	- มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง - ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
2. โภชนาการและการเผาผลาญ	- มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ - รับประทานอาหารได้น้อย	- รับประทานอาหารได้ปกติ
3. การขับถ่าย	- ขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน	- ขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	- ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ - ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยง่าย	- ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ - ออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นบางครั้ง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- บางวันนอนไม่ค่อยหลับ ต้องได้รับประทานยาจึงจะนอนหลับ	- บางวันนอนไม่เป็นเวลา เนื่องจากมีการดื่มสังสรรค์ หรือไปดูหมอลำ
6. สติปัญญาและการรับรู้	- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี - เข้าใจการสื่อสาร	- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี - เข้าใจการสื่อสาร

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	- รับรู้เรื่องโรค มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด - ขอไปติดตามการรักษาตามสิทธิ์การรักษา	- รับรู้เรื่องโรคและผลเลือดเอชไอวี - มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	- ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวสามีทำงานต่างจังหวัด แต่มีบ้านญาติอยู่ในบริเวณเดียวกัน สัมพันธภาพคือต่างคนต่างอยู่ จะมีการดูแลกันเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเท่านั้น	- สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- แสดงออกทางเพศหญิงอย่างเหมาะสม สถานะโสด	- มีการแสดงออกทางเพศแบบ LGBTQ คือชอบผู้ชาย แต่ยังไม่มีการผ่าตัดแปลงเพศ
10. การเผชิญความเครียด	- วิตกกังวลเรื่องการสิทธิ์การรักษา - วิตกกังวลเรื่องผลเลือดเอชไอวี	- สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
11. คุณค่าและความเชื่อ	- นับถือศาสนาพุทธ	- นับถือศาสนาพุทธ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[13] พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยาและสุขภาพทรุดลงเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม	- การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง - CD4 267 cell/mm³ - Hematocrit 15.3% - กลัวคนถามเมื่อต้องกินยาต่อหน้าผู้อื่น	- การรับประทานยาต้านไวรัสยังคลาดเคลื่อนไม่ตรงเวลา - ชอบอาหารรสจัด นัว - ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบทุกวัน - ALT (SGPT) 117 U/L
2. เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและไม่แจ้งคู่นอน	- ไม่ได้ใช้ถุงยาง ไม่ได้แจ้งคู่นอน - รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ - Viral Load 903 copies/mL	- ไม่ได้ใช้ถุงยาง ไม่ได้แจ้งคู่นอน
3. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าจากการถูกตีตราและการปกปิดโรค	- ปกปิดไม่บอกคนในครอบครัว - ยอมรับการติดเชื้อแต่บางครั้งรู้สึกหมดหวัง	- คนในครอบครัวให้การยอมรับและสนับสนุน - ยอมรับการติดเชื้อและสามารถอยู่ร่วมกับเชื้อได้
4. ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคและการจัดการผลข้างเคียง	- อยากมีความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับโรค - วิธีจัดการผลข้างเคียงของยา - การไม่ถูกตีตรา - อยากมียาที่รักษาให้โรคหายขาด	- อยากมีความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับโรค - วิธีจัดการผลข้างเคียงของยา - การไม่ถูกตีตรา - อยากมียาที่รักษาให้โรคหายขาด
5. พร่องกิจกรรมทางสังคมจากการตีตราของชุมชน	- ปกปิดตนเอง ไม่อยากให้คนในชุมชนรู้สถานการณ์การติดเชื้อของตนเอง กลัวการถูกรังเกียจ	- กลัวผลข้างเคียงของยา

การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองโดยมีเป้าหมายหลักคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ การรับประทานยา ARV อย่างสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันการแพร่เชื้อ และการสร้างกำลังใจและการยอมรับตนเอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของ Gordon

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยาและสุขภาพทรุดลงเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม			
	การส่งเสริมความรู้และทักษะ		
	- ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ	มีความรู้เพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาโดยการตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือ	มีความรู้เพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยลดเครื่องปรุงรสลงครึ่งหนึ่ง
	- สอนวิธีจัดการยา (Pill box, ตั้งนาฬิกาปลุก)	ใช้เทคนิคการตั้งเตือนได้สำเร็จ	ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือช่วยเตือนเนื่องจากมีวินัยดีอยู่แล้ว
	การปรับพฤติกรรมสุขภาพ		
	- ให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสม	ปรับการรับประทานอาหารเล็กน้อย แต่ยังมีข้อจำกัดจากภาวะซีด	ลดการบริโภคอาหารรสจัดและแอลกอฮอล์ได้บางส่วน
	- สนับสนุนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย	ยังไม่สามารถออกกำลังกายได้เป็นประจำเนื่องจากอ่อนเพลีย	ได้ประโยชน์จากการทำงานเกษตรเป็นการออกกำลังกาย
	การติดตามและประเมินผล		
	- นัดหมายเพื่อติดตามการรับประทานยา (Adherence)	มีนัดตรวจติดตามค่า CD4, Viral load ช่วงเดือนพฤษภาคม 2568	มีนัดตรวจติดตามภาวะสุขภาพและค่า CD4, Viral load ช่วงเดือนพฤษภาคม 2568
2. เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและไม่แจ้งคู่นอน	**การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก**		
	- ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อและการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี	มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
	- อธิบายถึงความเสี่ยงของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยและผลกระทบต่อคู่นอน	ยินดีแจ้งภาวะสุขภาพกับคู่และมองทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อวิธีอื่น	ยินดีแจ้งภาวะสุขภาพกับคู่และมองทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อวิธีอื่น
	การส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัย		
	- สอนวิธีใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง	ได้รับความรู้แต่ยังไม่นำไปปฏิบัติ	ได้รับความรู้แต่ยังไม่นำไปปฏิบัติ
	- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารกับคู่นอนเพื่อเปิดเผยสถานะ	แสดงความพร้อมที่จะแจ้งคู่สัมพันธ์	แสดงความพร้อมที่จะแจ้งคู่สัมพันธ์
3. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า จากการถูกตีตราและการปกปิดโรค	**การประเมินสภาพจิตใจ**		
	- ซักประวัติและประเมินอาการวิตกกังวล-ซึมเศร้าด้วยเครื่องมือคัดกรอง	หลังเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและสิทธิทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกถูกตีตรา มีความวิตกกังวลลดลง	หลังเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และสิทธิทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกถูกตีตรา ไม่มีความวิตกกังวล สบายใจ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของ Gordon

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	การให้การพยาบาลด้านจิตสังคม		
	- สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ	ลดความรู้สึกแยกตัวจากสังคม เริ่มมีความมั่นใจมากขึ้น	มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม
	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกโดยไม่ตัดสิน	สามารถระบายความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย	สามารถระบายความรู้สึกและรับคำแนะนำได้ดี
	การสนับสนุนทางสังคม		
	- ประสานงานส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือชมรมในชุมชน	เริ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนมากขึ้น	เป็นแกนนำในกิจกรรมชุมชนและเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
4. ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคและการจัดการผลข้างเคียงของยา	**การประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ติดเชื้อ**		
	- ประเมินว่าผู้ติดเชื้อมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การรักษา และผลข้างเคียงแค่ไหน	มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การรักษา และผลข้างเคียงมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการสุขภาพมากขึ้น	มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การรักษา และผลข้างเคียงมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการสุขภาพมากขึ้น
	การให้ความรู้ (Health education)		
	- อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและกลไกการเกิดโรคเอชไอวี	เข้าใจกลไกการเกิดโรคและความสำคัญของการป้องกัน	เข้าใจกลไกการเกิดโรคและความสำคัญของการป้องกัน
	- ความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ	เข้าใจและปรับพฤติกรรมการรับประทานยาให้ดีขึ้น	มีความรู้ความเข้าใจและรักษาระดับการปฏิบัติที่ดีต่อไป
	- ผลข้างเคียงที่พบบ่อย และวิธีจัดการเบื้องต้น	สามารถจัดการอาการข้างเคียงเบื้องต้นได้	สามารถจัดการอาการข้างเคียงและปรับตัวได้ดี
	การฝึกทักษะการดูแลตนเอง		
	- สอนผู้ป่วยสังเกตสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ทันที	สามารถประเมินอาการและตัดสินใจเรื่องการรักษาได้ถูกต้อง	สามารถประเมินอาการและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
5. พร่องกิจกรรมทางสังคม จากการตีตราของชุมชน	**การประเมินสภาพจิตสังคม**		
	- ประเมินระดับการแยกตัว ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และชุมชน	- บางวันนอนไม่ค่อยหลับ ต้องได้รับประทานยาจึงจะนอนหลับ	ผู้ติดเชื้อเป็นกรรมการหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง
	การสนับสนุนทางจิตใจ		
	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอย่างปลอดภัย	เริ่มมีความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม	มีบทบาทการเป็นผู้นำในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
	- ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น	รู้สึกภาคภูมิใจในการช่วยเหลือชุมชน
	การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม		
	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เช่น กลุ่ม	เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและงานเทศกาลต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น	ดำรงบทบาทผู้นำและเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของ Gordon

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เพื่อนช่วยเพื่อน (support group)		

ผลการติดตามและประเมินผล

หลังจากการดำเนินการพยาบาลตามแผนเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบผลการประเมิน ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจโรคและสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น โดยสามารถอธิบายความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัส วิธีการดูแลสุขภาพทั่วไป และการป้องกันการแพร่เชื้อได้ถูกต้อง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV) ต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาโดยการตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือ มีนัดตรวจติดตามค่า CD4, Viral load ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยลดเครื่องปรุงรสลง ½ ส่วนที่เคยใส่

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีทักษะการปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมประจำวันและอยู่ร่วมในชุมชนได้อย่างปกติ กรณีศึกษารายที่ 1 ในชุมชนมีกิจกรรมกลุ่มที่รวมตัวเฉพาะในเทศกาลงานวัด ซึ่งผู้ติดเชื้อได้เข้าร่วมในกิจกรรมตักบาตรในวันสำคัญทางศาสนา กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ติดเชื้อเป็นกรรมการหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง

4. ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีทัศนคติที่ดีขึ้น ลดการตีตรา และช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) หลังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และสิทธิทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกถูกตีตรา และสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเรียนรู้การใช้กลไกเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีความวิตกกังวลลดลง

สรุป

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยเฉพาะบุคคล การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับการเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสามารถส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย พบว่าการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนมีความซับซ้อนและต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการที่แตกต่างกันในแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาของกุลจิรา ยืนยงค์[14] ที่พบว่าการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 ราย สามารถพัฒนาการจัดการตนเองได้ดีขึ้นหลังจากได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เฟื่องโพธิ์ทอง[15] ที่พบว่าโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

การมีส่วนร่วมของพยาบาลชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลด

อัตราการป่วยและการตาย จากการศึกษานี้พบว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการให้ความรู้ การสร้างทักษะ และการเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

ความแตกต่างระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบริบททางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมากกว่า มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่า ได้แก่ ระดับ CD4 ที่สูงกว่าและ Viral load ที่ตรวจไม่พบ สอดคล้องกับงานวิจัยของวสันต์ กิตติวีรวงศ์ และรัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์[16]ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี การสร้างความเข้าใจและการยอมรับในชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ จากการศึกษานี้พบว่าการให้ความรู้แก่ครอบครัวและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยลดการตีตราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพ ช่วยให้การพยาบาลมีความครอบคลุมและเป็นระบบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปัญจมาพร สาตจีนพงษ์[17]ที่เน้นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงมิติทั้งทางกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านจำนวนกรณีศึกษาที่น้อย และเป็นการศึกษาในพื้นที่เฉพาะ จึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทอื่นได้โดยตรง อีกทั้งระยะเวลาในการติดตามผลยังไม่ยาวนานพอที่จะประเมินผลระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและหลากหลายมากขึ้น เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่สามารถนำไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยเฉพาะการบูรณาการกับเครือข่ายชุมชนและระบบสุขภาพท้องถิ่น

3. ควรส่งเสริมการฝึกอบรมพยาบาลชุมชนด้านการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2567. นนทบุรี กรมควบคุมโรค; 2567.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักนายกรัฐมนตรี. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์; 2560.
3. ภาณุพงศ์ จันทโรจน์, นงนุช โอบะ, รัฐภูมิ ชามพูนท, และอัมราภรณ์ ภู่ระย้า. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์. 2024;36(2)68-81.
4. วสันต์ กิตติวีรวงศ์, และรัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2025;19(1)308-319.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์ เรื่อง การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2567. นนทบุรี กรมควบคุมโรค; 2567.
6. ศศธร ศรีคำ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2024;7(1)33-49.

7. หงษ์ทอง บุตรพรม, นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และอัจฉรา คำมะทิตย์. การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล "มาเบิ่งเด้อ" สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2024;9(1)659-668.
8. ลาเดือน แก้วจินดา, และปาอิน ปาอิน. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารโรคเอดส์. 2025;37(2)68-79.
9. สิริลักษณ์ พรหมโกมุท. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์. 2025;37(1)1-12.
10. ชินดนัย วัฒนะ, อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์, และนวภัทร์ ณรงค์ศักดิ์. การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารอัล-ฮิกมะฮฺ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี. 2024;14(27)35-48.
11. วชิรินทร์ วินยากุล, และทมาภรณ์ สุขสวรรค์. การพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2025;18(1)95-109.
12. ดารินดา รอซะ, พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์, และ สิริพร มนยฤทธิ์. กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีในประเทศไทย (Crisis Response System: CRS). วารสารพยาบาลทหารบก. 2024; 25(1)29–35.
13. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis Process and Application. New York McGraw-Hill.
14. กุลจิรา ยืนยงค์. การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอสไอวี/เอดส์ ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 2024; 9(3)141–148.
15. ปัณม์ชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2025; 7(1)1 – 16.
16. วสันต์ กิตติวีรวงศ์ และรัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2025; 19(1)308–319.
17. ปัญจมาพร สาตจีนพงษ์. การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมในระยะรุนแรงต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, 2022; 12(1)13–26.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care for Women with Preterm Labor: A Comparative Case Study of Two Cases.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

พิชญาภรณ์ ประพันธ์[1]
Pitchyaporn Praphan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินและวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้คลอดอายุ 31 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 35+4 สัปดาห์ มีประวัติการทำงานโรงงานเป็นกะและทำงานล่วงเวลา พักผ่อนน้อย มาโรงพยาบาลด้วยอาการท้องปั่นถี่ 8 ชั่วโมง ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ คลอดปกติทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,330 กรัม หลังคลอดทารกมีไข้และดูดนมได้น้อย ตรวจพบภาวะติดเชื้อในระยะแรกเกิด (Early Neonatal Sepsis) ได้รับยาปฏิชีวนะ 7 วัน จำหน่ายกลับบ้านเมื่ออาการดีขึ้น กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้คลอดอายุ 26 ปี ครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 35+6 สัปดาห์ มีประวัติการใช้สารเสพติดและฝากครรภ์ล่าช้า มาโรงพยาบาลด้วยอาการท้องปั่นแข็ง 4 ชั่วโมง ทารกศีรษะโผล่ถึงโรงพยาบาล ทำคลอดทันที คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,720 กรัม สมบูรณ์แข็งแรงดี จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารดาเพื่อไปทำหมันที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบในทั้งสองรายมีความคล้ายคลึงกันในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด แต่แตกต่างกันในด้านปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล, กรณีศึกษา

Abstract

This study employed a comparative descriptive case study approach to examine and compare nursing care for two parturient women with preterm labor who received treatment at the labor and delivery unit of Pueinoi Hospital, Khon Kaen Province, between June 2024 and March 2025. Gordon's 11 Functional Health Patterns framework was applied for health assessment and nursing care planning.

The findings revealed that Case Study 1 involved a 31-year-old primigravida at 35+4 weeks of gestation with a history of shift work in a factory, overtime hours, and insufficient rest. She presented to the hospital with uterine contractions occurring over an 8-hour period. Labor inhibition was unsuccessful, and she delivered vaginally a male infant weighing 2,330 grams. Following delivery, the neonate developed fever and poor feeding, and was subsequently diagnosed with early neonatal sepsis. The infant received antibiotic therapy for seven days and was discharged home after clinical improvement. Case Study 2 involved a 26-year-old woman in her third pregnancy at 35+6 weeks of gestation with a history of substance abuse and late antenatal care. She arrived at the hospital with uterine contractions lasting four hours, with the fetal head already crowning upon arrival. Immediate delivery was performed, resulting in the birth of a female infant weighing 2,720 grams who was healthy and vigorous. Both mother and infant were discharged home together to proceed to the network hospital for tubal ligation. The nursing diagnoses identified in both cases demonstrated similarities across the antepartum, intrapartum, and postpartum periods, while differing in terms of individual risk factors, complications, and continuity of care requirements.

Keywords: Preterm labor, Nursing care, Case study

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญและพบได้บ่อย หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวลงและการขยายตัวของปากมดลูก ในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน[1] โดยมีลักษณะการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้เกิดการบางตัวและหรือการขยายตัวของปากมดลูก[2] ภาวะนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้ทารกเจ็บป่วยและอาจเสียชีวิตได้ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา[3]

จากข้อมูลสถิติพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 อยู่ที่ร้อยละ 12.38, 12.47 และ 11.61 ตามลำดับ ในจังหวัดขอนแก่นพบอุบัติการณ์จำนวน 903, 873 และ 769 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.56, 9.41 และ 9.77 ตามลำดับ[2] ส่วนข้อมูลจากโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบผู้คลอดที่มารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 2, 2 และ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.76, 7.14 และ 3.45 ตามลำดับ มีการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 1.72, 2.27 และ 2.56 ตามลำดับ พบอัตราตายปริกำเนิดปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 22.72 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และมีการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 0, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ[2]

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีหลากหลาย ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุมารดา อาชีพ เศรษฐานะ ส่วนสูง ภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ ลำดับการคลอด คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ คอมดลูกสั้น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง โรคประจำตัว ภาวะซีด การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ทารกพิการ ทารกโตช้า รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และภาวะครรภ์เป็นพิษ[4] ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50.80 ซึ่งทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจ ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาระบบทางเดินอาหาร รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม[5] ส่งผลให้เกิดการตายและทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว

แม้ว่าปัจจุบันจะมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สอดคล้องกับคู่มือการดูแลรักษาสตรีที่มีความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ 7 และมีการประเมินผลตามแนวปฏิบัติอย่างชัดเจน แต่ยังคงมีผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการศึกษากรณีศึกษานี้จึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ให้การพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลที่วิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุมตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดผลกระทบและให้มารดาและทารกปลอดภัยตั้งแต่การฝากครรภ์จนถึงการคลอด ลดอัตราการตายปริกำเนิด ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและโรงพยาบาล และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัวดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการติดตามเยี่ยมหลังคลอด

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย และการสังเกตอาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาทางการพยาบาล การดำเนินการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาลในทั้งสองราย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รักษาความลับของข้อมูล และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนดำเนินการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดกรณีศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดกรณีศึกษาทั้งสองรายมีข้อมูลทั่วไปที่แตกต่างกันในหลายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1 กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้คลอดอายุ 31 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทำงานโรงงาน สิทธิการรักษาประกันสังคม ภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเปือยน้อย เข้ารับการรักษาวันที่ 15 มกราคม 2568 และจำหน่ายวันที่ 22 มกราคม 2568 รวมระยะเวลานอนพยาบาล 7 วัน (มารดา) และ 8 วัน (บุตร)

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้คลอดอายุ 26 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพทำนาและแม่บ้าน สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเปือยน้อย เข้ารับการรักษาวันที่ 10 มิถุนายน 2567 และจำหน่ายวันที่ 11 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลานอนพยาบาล 1 วัน (มารดาและบุตร) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้คลอดทั้งสองรายมีความแตกต่างที่สำคัญคืออายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ และสิทธิการรักษา โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาชีพรับจ้างทำงานโรงงานซึ่งมีลักษณะงานที่ต้องทำงานเป็นกะ ทำงานล่วงเวลาและพักผ่อนน้อย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ทำงานบ้านและดูแลบุตรคนเล็ก มีประวัติการใช้สารเสพติด นอนดึกประจำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในอีกรูปแบบหนึ่ง

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้คลอดกรณีศึกษา

เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้คลอดทั้งสองราย ดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าทั้งสองรายมีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคล้ายคลึงกัน คือมีอาการท้องปั่นแข็ง โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการท้องปั่นแข็งมาก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการท้องปั่นแข็งมาก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง อาการท้องปั่นแข็งเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[6]

สำหรับประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด กรณีศึกษาที่ 1 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (G1P0) อายุครรภ์ 35+4 สัปดาห์ โดยกำหนด LMP วันที่ 4 พฤษภาคม 2567 EDC 15 กุมภาพันธ์ 2568 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่คลินิกแพทย์จังหวัดนนทบุรีเมื่ออายุครรภ์ 6+1 สัปดาห์ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (Tetanus toxoid) ครบ 2 เข็ม มาตรวจตามนัดทุกครั้ง จำนวน 7 ครั้ง ในระหว่างตั้งครรภ์มีการทำงานโรงงานเป็นกะและทำงานล่วงเวลา พักผ่อนน้อย รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เมื่ออายุครรภ์ 35+4 สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนถึงกำหนดคลอด และคลอดปกติวันที่ 20 มกราคม 2568 ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,330 กรัม APGAR Score 9, 10 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจพบ DTX 123 mg/dL และ Hct 55% วันที่ 21 มกราคม 2568 เวลา 14.21 น. ทารกมีไข้ ร้องกวนบ่อย ไม่ซึม ดูดนมได้น้อย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม แพทย์วินิจฉัย Early Neonatal Sepsis ให้ยาปฏิชีวนะ Gentamicin และ Ampicillin เป็นเวลา 7 วัน อาการดีขึ้นจึงอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 (G3P0202) อายุครรภ์ 35+6 สัปดาห์ โดยกำหนด LMP วันที่ 30 กันยายน 2566 EDC 17 สิงหาคม 2567 มาโรงพยาบาลเปือยน้อยด้วยรถกู้ชีพอบต. ทารกศีรษะโผล่ถึงโรงพยาบาล ทำคลอดบนเตียงรอคลอด คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,720 กรัม APGAR Score 9, 10 ทารกสมบูรณ์แข็งแรงดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 11 มิถุนายน 2567 เพื่อไปทำหมันหญิงที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากสถานที่และอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งานที่โรงพยาบาลเปือยน้อย ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเปือยน้อยครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 31 สัปดาห์ ฝากครรภ์เพียง 1 ครั้ง (Late ANC) หญิงตั้งครรภ์มีประวัติการใช้สารเสพติด ผลตรวจสารเสพติด Amphetamine เป็นบวก ในระหว่างตั้งครรภ์ทำงานบ้าน ดูแลบุตรคนเล็กอายุ 4 ปี นอนดึกประจำ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้คลอดทั้งสองราย พบความเหมือนคือทั้งสองรายมีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคือท้องปั่นแข็งและเจ็บครรภ์ถี่และแรงขึ้น ซึ่งเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[7] ความแตกต่างที่สำคัญคือกรณีศึกษาที่ 1 มีท้องปั่นห่าง ๆ ได้พยายามยับยั้งการคลอดแต่ไม่สำเร็จ เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นและแรงขึ้น และดำเนินการคลอดก่อนกำหนด พบว่าทารกมีภาวะ Neonatal Sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะ 7 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ทารกมีอาการปกติหลังคลอด ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพร้อมมารดา เพื่อส่งต่อไปทำหมันหญิงที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้คลอดทั้งสองรายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามลำดับความสำคัญในแต่ละระยะของการคลอด

การพยาบาลและการประเมินผล

การให้การพยาบาลผู้คลอดทั้งสองรายดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบครบทุกขั้นตอน โดยวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่วิเคราะห์ได้ในแต่ละระยะ ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลแต่ละระยะ โดยการรวบรวมข้อมูลที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective Data, S) ร่วมกับข้อมูลปรนัย (Objective Data, O)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด ข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกว่า "เจ็บท้องหลาย เริ่มเจ็บหลังหนังละครสี่ทุ่มคืนนี้ เจ็บขึ้นบ่อยๆ" O : ผู้คลอดหน้านิ่ว คิ้วขมวด แรกรับ PV Cx. 2 cm. ความบาง 50% station +1 MI มดลูกหดรัดตัว Interval 5 นาที Duration 40 วินาที วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายและสามารถเผชิญกับความเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง 2.แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3.ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐานการคลอดและบันทึกลงในใบบันทึก WHO Partograph ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4.จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสมเพื่อให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด 5.ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป 6.ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเช่น การหายใจ ดูแลให้ทำอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว 7.กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด 8.กล่าวคำชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมเพื่อเป็นการเสริมแรงจูงใจให้ผู้คลอดปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง 9.ประเมินPain Score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ การประเมินผล : ผู้คลอดให้ความร่วมมือ ไม่ร้อง Pain score = 2 คะแนน	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด** ข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกว่า "เจ็บท้องหลาย เริ่มเจ็บหลังหนังละครสี่ทุ่มคืนนี้ เจ็บขึ้นบ่อยๆ" O : ผู้คลอดหน้านิ่ว คิ้วขมวด แรกรับ PV Cx. Fully dilate ความบาง 100% station +3 SMR มดลูกหดรัดตัว Interval 3 นาที Duration 40 วินาที วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายและสามารถเผชิญกับความเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง 2.แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3.ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐานการคลอดและบันทึกลงในใบบันทึก WHO Partograph ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4.จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสมเพื่อให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด 5.ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป 6.ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเช่น การหายใจ ดูแลให้ทำอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว 7.กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด 8.กล่าวคำชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมเพื่อเป็นการเสริมแรงจูงใจให้ผู้คลอดปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง 9.ประเมิน Pain Score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ การประเมินผล : ผู้คลอด อดทน ไม่ร้อง ไม่ดิ้นไปมา Pain score = 3 คะแนน
ข้อที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกว่า "ฉันจะคลอดได้บ่คุณหมอ ลูกฉันจะเป็นอันตรายบ่" O : ผู้คลอดหน้านิ่ว คิ้วขมวด สีหน้าวิตกกังวล แรกรับ PV Cx.2cm วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลและแสดงสีหน้าที่ผ่อนคลายลง มีความมั่นใจในการเผชิญกับกระบวนการคลอด และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เกณฑ์การประเมินผล : ผู้คลอดสีหน้าสดชื่น ซักถามลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายถึงกระบวนการคลอด แผนการรักษา และการดูแลต่างๆ อย่างละเอียด ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	ข้อที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกว่า "ฉันจะคลอดได้บ่คุณหมอ ลูกฉันจะเป็นอันตรายบ่" O : ผู้คลอดหน้านิ่ว คิ้วขมวด สีหน้าวิตกกังวล แรกรับ PV Cx. Fully dilate 10 cm. วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลและแสดงสีหน้าที่ผ่อนคลายลงมีความมั่นใจในการเผชิญกับกระบวนการคลอด และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เกณฑ์การประเมินผล : ผู้คลอดสีหน้าสดชื่น ซักถามลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายถึงกระบวนการคลอด แผนการรักษา และการดูแลต่างๆ

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2.สร้างสัมพันธภาพที่ดี มีท่าทีเป็นมิตร แสดงความเห็นใจ และพร้อมรับฟังความรู้สึกของผู้คลอด 3.ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้คลอด	อย่างละเอียด ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 2.สร้างสัมพันธภาพที่ดี มีท่าทีเป็นมิตร แสดงความเห็นใจ และพร้อมรับฟังความรู้สึกของผู้คลอด 3.ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้คลอด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด ข้อที่ 2 ส่งเสริมความก้าวหน้าในการคลอดในระยะที่ 2 ให้ดำเนินไปตามปกติ ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกว่า "ปวด อยากเบ่ง" O : G1P0 GA 35+4 Cx. Fully 11.20น. I = 2'45", D 50" แสดงสีหน้าเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัว วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ระยะที่ 2 ของการคลอดมีความก้าวหน้าและดำเนินไปอย่างปกติ เกณฑ์การประเมินผล : สามารถเบ่งคลอดถูกวิธี มีประสิทธิภาพ เบ่งแล้วหน้าไม่แดง ขณะเบ่งส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมา กระเพาะปัสสาวะไม่มี Bladder full กิจกรรมพยาบาล 1.ประเมิน FHS ทุก 10-15min /UC ทุก 5 min 2.สอนการเบ่งให้ถูกวิธีเมื่อมดลูกมีการหดรัดตัว 3.ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด 4.ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง 5.สังเกตอาการผิดปกติของการคลอด 6.อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ เมื่อมดลูกหดรัดตัวผู้คลอดเบ่งได้ถูกต้องควรกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ ถ้าเบ่งคลอดไม่ถูกวิธีควรให้คำแนะนำ 7.ดูแลความสุขสบายของผู้คลอด 8.หลังจากทารกคลอด ให้ Oxytocin 10 unit IM การประเมินผล : ผู้คลอดสามารถเบ่งได้ถูกวิธี เช่นเบ่งแล้วไม่ขึ้นหน้า หน้าไม่แดง ไม่ร้อง ไม่ดิ้นไปมา ส่วนนำมีการเคลื่อนต่ำไม่มี Bladder full ระยะที่2ของการคลอดใช้เวลา 37 นาที ดำเนินการคลอดเป็นไปตามกลไกของการคลอด	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด** ข้อที่ 2 ส่งเสริมความก้าวหน้าในการคลอดในระยะที่ 2 ให้ดำเนินไปตามปกติ ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกว่า "ปวด อยากเบ่ง" O : G1P0 GA 35+6 Cx. Fully I =3', D 50" แสดงสีหน้าเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัว วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ระยะที่ 2 ของการคลอดมีความก้าวหน้าและดำเนินไปอย่างปกติ เกณฑ์การประเมินผล : สามารถเบ่งคลอดถูกวิธี มีประสิทธิภาพ เบ่งแล้วหน้าไม่แดง ขณะเบ่งส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมา กระเพาะปัสสาวะไม่มี Bladder full กิจกรรมพยาบาล 1.ประเมิน FHS ทุก 10-15min / UC ทุก 5 min 2.สอนการเบ่งให้ถูกวิธีเมื่อมดลูกมีการหดรัดตัว 3.ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด 4.ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง 5.สังเกตอาการผิดปกติของการคลอด 6.อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ เมื่อมดลูกหดรัดตัวผู้คลอดเบ่งได้ถูกต้องควรกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ ถ้าเบ่งคลอดไม่ถูกวิธีควรให้คำแนะนำ 7.ดูแลความสุขสบายของผู้คลอด 8.หลังจากทารกคลอด ให้ Oxytocin 10 unit IM การประเมินผล : ผู้คลอดสามารถเบ่งได้ถูกวิธี เช่นเบ่งแล้วไม่ขึ้นหน้า หน้าไม่แดง ไม่ร้อง ไม่ดิ้นไปมา เบ่งแล้วส่วนนำมีการเคลื่อนต่ำ ไม่มี Bladder full ระยะที่2ของการคลอดใช้เวลา 6 นาที ดำเนินการคลอดเป็นไปตามกลไกของการคลอด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด ข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน O : G1P0 GA 35+4 wk. ทารกคลอดวันที่ 20 มกราคม 2568 เวลา 02.06 น. Perinium Lt.ML วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เกณฑ์การประเมินผล : ระดับยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือมดลูกหดรัดตัวลักษณะเป็นก้อนกลมแข็ง V/S ปกติ ไม่มีอาการเสียเลือดมาก 2 ชั่วโมงหลังคลอดน้ำคาวปลาออกไม่เกิน 100 ml กระเพาะปัสสาวะไม่มีน้ำปัสสาวะคั่ง กิจกรรมการพยาบาล 1.ตรวจสอบความสูงของระดับยอดมดลูกและการหดรัดตัวของมดลูก	**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด** ข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน O : G3P0202 GA 35+6 wk. ทารกคลอดวันที่ 10 มิถุนายน 2567 เวลา 06.28 น. Perinium Rt.ML วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เกณฑ์การประเมินผล : ระดับยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือมดลูกหดรัดตัวลักษณะเป็นก้อนกลมแข็ง V/S ปกติ ไม่มีอาการเสียเลือดมาก 2 ชั่วโมงหลังคลอดน้ำคาวปลาออกไม่เกิน 100 ml กระเพาะปัสสาวะไม่มีน้ำปัสสาวะคั่ง กิจกรรมการพยาบาล 1.ตรวจสอบความสูงของระดับยอดมดลูกและการหดรัดตัวของมดลูก

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ทุก 30 นาที 2.คลึงมดลูกตรวจแผลฝีเย็บและซ่อมแซมให้ดี ตรวจสอบรกรายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 3.สอนมารดาให้คลึงมดลูกตนเองบ่อยๆและให้ข้อมูลอาการของการตกเลือดเพื่อให้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อพบความผิดปกติ 4.ดูแลให้ได้ใส่ผ้าอนามัยไว้เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 5.ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูกแผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุกเวร รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ การประเมินผล : วันที่ 20 มกราคม 2568 หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดีมีเลือดออก 50 ml. ไม่มีรกค้าง 20-22 มกราคม 2568 มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ	ทุก 30 นาที 2.คลึงมดลูกตรวจแผลฝีเย็บและซ่อมแซมให้ดี ตรวจสอบรกรายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ 3.สอนมารดาให้คลึงมดลูกตนเองบ่อยๆและให้ข้อมูลอาการของการตกเลือดเพื่อให้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อพบความผิดปกติ 4.ดูแลให้ได้ใส่ผ้าอนามัยไว้เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 5.ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูกแผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุกเวร รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ การประเมินผล : วันที่ 10 มิถุนายน 2567 หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวดีมีเลือดออก 50 ml. ไม่มีรกค้าง 10-11 มิถุนายน 2567 มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ
ข้อที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก ข้อมูลสนับสนุน S : "บ่นปวดแผลปวดมดลูกไม่กล้าขยับร่างกาย" O : มารดาหลังคลอด มีแผลตัดฝีเย็บตึงแผลไม่บวม RML with suture all catgut 2/0 วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูก เกณฑ์การประเมินผล : คะแนนความปวดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3-5 คะแนน ไม่บ่นปวด/ปวดทนได้ นอนพักผ่อนได้เพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4ชั่วโมง 2.แนะนำมารดารักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บ และแนะนำให้มารดาใส่ผ้าอนามัยไว้ให้เปลี่ยนเมื่อชุ่ม 3.แนะนำมารดาให้นอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ 4.สอนนวดคลึงมดลูกเพื่อลดอาการปวดมดลูก 5.พูดคุยปลอบโยนจิตใจ 6.สังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บ ถ้ามีการอักเสบให้รายงานแพทย์ 7.ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500 mg) ตามแผนการรักษา การประเมินผล : วันที่ 20-22 มกราคม 2568 มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่บ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บมดลูกและปวดมดลูกพอทน คะแนนปวด 3 คะแนน สามารถเคลื่อนไหว ขยับร่างกายได้ตามปกติ เจ็บปวดน้อยลงและพักผ่อนได้ แผลฝีเย็บไม่บวมตึง	ข้อที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก ข้อมูลสนับสนุน S : "บ่นปวดแผลปวดมดลูกไม่กล้าขยับร่างกาย" O : มารดาหลังคลอด มีแผลตัดฝีเย็บตึงแผลไม่บวม RML suture all catgut 2/0 วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูก เกณฑ์การประเมินผล : คะแนนความปวดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3-5คะแนน ไม่บ่นปวด/ปวดทนได้ นอนพักผ่อนได้เพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล 1.วัดสัญญาณชีพทุก 4ชั่วโมง 2.แนะนำมารดารักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บ และแนะนำให้มารดาใส่ผ้าอนามัยไว้ให้เปลี่ยนเมื่อชุ่ม 3.แนะนำมารดาให้นอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ 4.สอนนวดคลึงมดลูกเพื่อลดอาการปวดมดลูก 5.พูดคุยปลอบโยนจิตใจ 6.สังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บ ถ้ามีการอักเสบให้รายงานแพทย์ 7.ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500 mg) ตามแผนการรักษา การประเมินผล : วันที่ 10-11 มิถุนายน 2567 มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสไม่บ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บมดลูกและปวดมดลูกพอทน คะแนนปวด 3 คะแนน สามารถเคลื่อนไหว ขยับร่างกายได้ตามปกติ เจ็บปวดน้อยลงและพักผ่อนได้ แผลฝีเย็บไม่บวมตึง
ข้อที่ 5 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก ข้อมูลสนับสนุน S : "ลูกคือได้ ให้ยาฆ่าเชื้อ จะหายบ่" O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวลถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกบ่อยๆวันที่ 21 มกราคม 2568 Lab WBC=8500 Cell/mm3 Neutrophil =6 % Lymphocyte = 87 % Monocyte = 7 % ส่ง	ข้อที่ 5 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการไม่ดูแลตนเองและบุตรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีประวัติการใช้สารเสพติด ข้อมูลสนับสนุน S : เคยมีประวัติผลตรวจปัสสาวะ Methamphetamine positive มารดาหลังคลอดทราบว่าตั้งครรภ์ แต่ไม่ฝากครรภ์

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
CXR PA Uplight No. infiltation แพทย์เวร Consult PED-Banphai Treatment Early Neonatal Sepsis ให้ Antibiotic Gentamicin injection 80 amphule (2 ml) IV 9 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง Ampicillin inj. IV 240 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง (เริ่มให้ 21-27 มกราคม 2568) วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก เกณฑ์การประเมินผล : สีหน้าสดชื่นแจ่มใส ใส่ใจให้ความร่วมมือในการดูแลบุตร กิจกรรมการพยาบาล 1.ช่วยเหลือตามความต้องการมารดาหลังคลอด 2.เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยซักถามและให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3.แจ้งให้มารดาก่อนให้การพยาบาลทารกทุกครั้งเพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความวิตกกังวล การประเมินผล : วันที่ 21-27มกราคม 2568 มารดามีสีหน้าสดชื่นไม่ถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารกอีกจนวันที่ 28 มกราคม 2568 ทารกอาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน	O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนให้เลิกใช้สารเสพติด และไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เกณฑ์การประเมิน : มารดาและทารกหลังคลอดได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการพยาบาล 1.ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลมารดาหลังคลอดทั้งกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดเพื่อติดตามสนับสนุนการบำบัดรักษา หรือประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด ในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ลดโอกาสการกลับไปพึ่งพายาเสพติดซ้ำ 2.ประสานกับญาติหรือครอบครัว เพื่อรับทราบข้อมูลของมารดาหลังคลอด และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอด 3.ประสานการส่งต่อการรักษาทารกแรกเกิด เพื่อให้ข้อมูลมารดาและทารกหลังคลอดที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่องของทีมแพทย์และทีมพยาบาลโรงพยาบาลสิงห์บุรีและติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด 4.สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พูดคุยให้กำลังใจ รับฟังเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก การประเมินผล 1.พยาบาลวิชาชีพของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ได้รับการส่งต่อข้อมูล และประสานการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดเป็นทีมสหวิชาชีพร่วมกัน ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายมารดาและทารกหลังคลอดออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้าน มารดาหลังคลอดอาการทั่วไปปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 2.วันที่ 12 มิถุนายน 2567 ติดตามเยี่ยมทารกแรกเกิดที่บ้านทารกแรกเกิด ดูดนมผสมได้ไม่มีภาวะ Amphetamine intoxication และ Withdrawal จึงได้ประสานผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลร่วมกับทีมเครือข่าย รพ.สต.เพื่อร่วมลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีม และวางแผนการดูแลมารดาและทารก
ข้อที่ 6 ขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากเป็นมารดาครรภ์แรก ข้อมูลสนับสนุน S : "คุณหมอฉันจะทำยังไงถ้าน้ำนมบ่มา" O : ไม่รู้จะทำอย่างไรเมื่อลูกร้องไห้ ไม่รู้จะให้นมลูกอย่างไร ไม่รู้จะอาบน้ำลูกอย่างไร สีหน้าวิตกกังวลหรือไม่มั่นใจในการดูแลทารก วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร เกณฑ์การประเมินผล : มารดามีความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูบุตรได้ถูกต้อง	ข้อที่ 6 มารดาหลังคลอดขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาหลังคลอดเคยมีประวัติใช้สารเสพติด ผลตรวจปัสสาวะ Methamphetamine positive ไม่ฝากครรภ์ วางแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาลเพื่อติดตามบุตร Neonatal sepsis O : มารดาหลังคลอดถามว่า "จะต้องทำอย่างไรบ้าง เมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน"

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมทางการพยาบาล 1.ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด 2.สอนทักษะที่จำเป็น เช่น การให้นม การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การดูแลสะดือ 3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแสดงความกังวล 4.ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย 5.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลทารก 6.ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น	วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอด สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ เมื่อกลับบ้านและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เกณฑ์การประเมิน : ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด สามารถตอบคำถามได้ กิจกรรมการพยาบาล 1.แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และดูแลแผลฝีเย็บ 2.แนะนำการรับประทานอาหาร ยา การพักผ่อน และการเริ่มทำงานให้งดทำงานหนัก ทำงานบ้านได้ตามปกติหลังการคลอด 6 สัปดาห์แล้วจึงจะทำงานได้ตามปกติ 3.การดูแลเต้านม งดให้นมบุตร ถ้าใช้สารเสพติด พร้อมทั้งเน้นย้ำการเลิกใช้สารเสพติดโดยอธิบายโทษและพิษภัยของสารเสพติดต่อตนเองและบุตร 4.การมีประจำเดือนจะมีในสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอด 5.การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด
ข้อที่ 7 มารดาหลังคลอดขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน O : มารดาหลังคลอดถามว่า "จะต้องทำอย่างไรบ้าง เมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน" วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอด สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ เมื่อกลับบ้านและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เกณฑ์การประเมิน : ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด สามารถตอบคำถามได้ กิจกรรมการพยาบาล 1.แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และดูแลแผลฝีเย็บ 2.แนะนำการรับประทานอาหาร ยา การพักผ่อน และการเริ่มทำงานให้งดทำงานหนัก ทำงานบ้านได้ตามปกติหลังการคลอด 6 สัปดาห์แล้วจึงจะทำงานได้ตามปกติ 3.การดูแลเต้านม งดให้นมบุตร ถ้าใช้สารเสพติด พร้อมทั้งเน้นย้ำการเลิกใช้สารเสพติดโดยอธิบายโทษและพิษภัยของสารเสพติดต่อตนเองและบุตร 4.การมีประจำเดือนจะมีในสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอด 5.การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์	
ข้อที่ 8 ทารกมีภาวะเสี่ยงจากอันตรายจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน O : ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนัก 2,330 กรัม Lab WBC=8500 Cell/mm3 Neutrophil =6 % Lymphocyte = 87 % Monocyte = 7 % ส่ง CXR PA Uplight No. infiltation วัตถุประสงค์ : ทารกปลอดภัยจากอันตรายจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย	

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล 1.ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสทารก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2.ใช้อุปกรณ์และเทคนิคปลอดเชื้อในการทำหัตถการต่างๆ เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือการดูดเสมหะ 3.ทำความสะอาดร่างกายสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบริเวณที่อาจเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค เช่น รอบสายสะดือ หรือบริเวณที่สัมผัสกับอุจจาระและปัสสาวะ 4.จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม และแนะนำให้ผู้เยี่ยมล้างมือก่อนเข้าเยี่ยม เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ 5.ทำความสะอาดบริเวณที่ทารกอยู่ เพื่อลดจำนวนเชื้อโรค	

จากตารางที่ 1 จากการวิเคราะห์พบว่า กิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดของทั้งสองกรณีศึกษามีความเหมือนกันในข้อวินิจฉัยหลัก โดยกรณีศึกษารายที่ 1 บรรลุผลทั้ง 6 ข้อวินิจฉัย ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 บรรลุผล 5 ข้อจาก 6 ข้อ เนื่องจากมารดายังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำตามการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ความแตกต่างหลักอยู่ที่ข้อวินิจฉัยเฉพาะเจาะจงตามปัจจัยเสี่ยงของแต่ละราย ได้แก่ การติดเชื้อในทารก (กรณีที่ 1) มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก เนื่องจากทารกมี Early Neonatal Sepsis ได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยซักถามและให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร แจ้งให้มารดาทราบก่อนให้การพยาบาลทารกทุกครั้ง ผลการประเมินพบว่ามารดามีสีหน้าสดชื่น ไม่ถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารกอีกจนทารกอาการดีขึ้น และการใช้สารเสพติดของมารดา (กรณีที่ 2) มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการไม่ดูแลสุขภาพตนเองและบุตรอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการใช้สารเสพติด ได้รับการประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อสนับสนุนการบำบัดรักษาหรือประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติและลดโอกาสการกลับไปพึ่งพายาเสพติดซ้ำ[8] ทั้งสองรายได้รับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ครอบคลุมการรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และดูแลแผลฝีเย็บ การรับประทานอาหาร ยา การพักผ่อน การเริ่มทำงาน การดูแลเต้านม การมีประจำเดือน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด[9]

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางและประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินและวางแผนการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าแม้ผู้คลอดทั้งสองรายมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างในหลายด้าน ทั้งปัจจัยเสี่ยง ลักษณะทางคลินิก ผลลัพธ์ของมารดาและทารก และความต้องการการดูแลต่อเนื่อง

จากข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดทั้งสองราย พบว่าเป็นผู้คลอดวัยทำงาน ความแตกต่างที่สำคัญคือลักษณะอาชีพและกิจวัตรประจำวัน กรณีศึกษาที่ 1 มีอาชีพรับจ้างทำงานโรงงาน กิจวัตรประจำวัน

ทำงานหนัก เป็นกะ ทำงานล่วงเวลา พักผ่อนน้อย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 อยู่บ้าน ทำงานบ้าน เลี้ยงดูบุตรคนเล็ก มีประวัติการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ นอนดึก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของนุชาณี กอเซ็ม และคณะ [10] ที่พบว่าลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง เช่น การทำงานเป็นกะ พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สำหรับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล พบว่าผู้คลอดทั้งสองรายมีอาการเหมือนกัน คือท้องปั่นแข็งและเจ็บครรภ์ถี่และแรงขึ้น ซึ่งเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก จิตจง[11] ที่พบว่าอาการท้องปั่นแข็งเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความแตกต่างที่พบคือกรณีศึกษาที่ 1 มีท้องปั่นห่าง ๆ และได้พยายามยับยั้งการคลอดแต่ไม่สำเร็จ เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นและแรงขึ้น และดำเนินการคลอดก่อนกำหนด พบว่าทารกมีภาวะ Neonatal Sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะ 7 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ทารกมีอาการปกติหลังคลอด ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพร้อมมารดา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้คลอดทั้งสองรายมีความคล้ายคลึงกันในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้แก่ ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์ มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและปวดมดลูก และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา สมวงษา[12] ที่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ความแตกต่างที่สำคัญในข้อวินิจฉัยการพยาบาลคือกรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดาต่อการเจ็บป่วยของทารกและทารกมีภาวะเสี่ยงจากอันตรายจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากทารกมีภาวะ Early Neonatal Sepsis ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับมารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการไม่ดูแลสุขภาพตนเองและบุตรอย่างต่อเนื่องเนื่องจากมีประวัติการใช้สารเสพติด ข้อวินิจฉัยเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการประเมินปัจจัยเสี่ยงเฉพาะรายและการวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงบริบทและความต้องการเฉพาะของแต่ละราย

การให้การพยาบาลผู้คลอดทั้งสองรายดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่วิเคราะห์ได้ในแต่ละระยะ ผลการประเมินพบว่าผู้คลอดทั้งสองรายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลทุกข้อในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ผู้คลอดมีความปลอดภัยจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อในร่างกายหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของอรกัญญา ฟังสูงเนิน และคณะ[13] ที่พบว่าการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความปลอดภัยของมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลที่แตกต่างกันในระยะหลังคลอดสะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินปัจจัยเสี่ยงเฉพาะรายและการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 1 ซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรก ได้รับการให้ความรู้และสอนทักษะในการเลี้ยงดูทารกอย่างครอบคลุม เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งมีประวัติการใช้สารเสพติด ได้รับการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลต่อเนื่องและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ บุตรหิน และคณะ[14] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการประสานงานเครือข่ายสหวิชาชีพมีความสำคัญต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือเป็นการศึกษากรณีศึกษาเพียง 2 ราย ไม่สามารถสรุปเป็นภาพรวมได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย การให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปือยน้อยที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ขอบคุณผู้คลอดทั้งสองรายและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้คลอดอย่างดีเยี่ยม

เอกสารอ้างอิง

1. เฟื่องลดา ทองประเสริฐ.(2557). ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเปือยน้อย. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลเปือยน้อย ประจำปี 2563-2567. โรงพยาบาลเปือยน้อย; 2563-2567.
3. Sangin P.(2014). Preterm labor: risk factors and outcomes. J Nurs Sci. 2014;32(3):45-56.
4. นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์.(2562). ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2562;10(1):1-10.
5. ศิริวรรณ แสงอินทร์.(2557). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557;22(1):27-38.
6. ทิพวรรณ ชมบุญ.(2023). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสโควิด-19: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2023;8(4):253-263.
7. พัชรี รัตนขจรจิตต์.(2023). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2023;8(4):851-859.
8. พนิดา เชียงทอง, สุวรรณ พงษ์ปรสุวรรณ์, สุดาวรรณ เมืองพิล, ศรีประไพ ปัญญาแก้ว, ลำดวน ไชยนอก.(2023). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2023;9(2):205-226.
9. Orem DE.(2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby.
10. นุชาณี กอเซ็ม, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา.(2025). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. NU Journal of Nursing and Health Sciences. 2025;19(3):202-216.
11. ธัญชนก จิตจง.(2024). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2024;9(5):153-161.
12. สุจิตรา สมวงษา.(2024). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2024;9(3):31-40.
13. อรกัญญา ฟังสูงเนิน, ระวีวัฒน์ นุมานิต, ศิริพร ชมงาม, อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, โสภา บุตรดา.(2023). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2023;38(3):627-638.
14. ศิริวรรณ บุตรหิน, วราภรณ์ พันธศรี.(2024). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2024;4(3):17-31.

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โรงพยาบาลเคียนซา

The Effect of a Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Behaviors for Preventing Perineal Wound Infection in Postpartum Mothers Within 48 Hours After Delivery at Khian Sa Hospital.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 8,2026)

ชฎาพร จันทบูรณ์[1]
Chadaporn Junthaboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ณ โรงพยาบาลเคียนซา กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรทางช่องคลอด ณ โรงพยาบาลเคียนซา จำนวน 24 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ เป็นระยะเวลา 4 ครั้ง (ตั้งครรภ์ 36 สัปดาห์ จนถึง 7 วันหลังคลอด) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบแบบไม่อิงพารามิเตอร์ (Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้, การดูแลตนเอง, การติดเชื้อแผลฝีเย็บ, มารดาหลังคลอด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a Supportive-Educative Nursing System on knowledge and self-care behaviors for preventing perineal wound infection in postpartum mothers within 48 hours after delivery at Khian Sa Hospital. The sample consisted of 24 primiparous mothers who received antenatal care and gave birth vaginally at Khian Sa Hospital, selected by purposive sampling and divided into an experimental group and a control group, with 12 participants in each. The experimental group participated in a Supportive-Educative Nursing System program, developed by integrating Orem's self-care theory and House's social support concept, for four sessions (from 36 weeks gestation up to 7 days postpartum). The control group received routine nursing care. Data collection instruments included a knowledge test and a self-care behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and non-parametric tests (Wilcoxon Signed Ranks Test and Mann-Whitney U Test).

The results revealed that 1) After the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge and self-care behaviors regarding perineal wound infection prevention compared to pre-intervention levels ($p < .05$). and 2) After the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge and self-care behaviors regarding perineal wound infection prevention compared to the control group ($p < .05$).

Keywords: Supportive-Educative Nursing System, Self-Care, Perineal Wound Infection, Postpartum Mothers

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเคียนซา

บทนำ

การคลอดบุตรทางช่องคลอดเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในระยะที่สองของการคลอด ซึ่งเป็นระยะที่ศีรษะทารกเคลื่อนผ่านช่องคลอดออกมา โดยกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ (Perineum) ซึ่งอยู่ระหว่างปากช่องคลอดกับทวารหนักต้องยืดขยายออกอย่างมากเพื่อให้ทารกสามารถผ่านออกมาได้อย่างปลอดภัย แม้ว่าบริเวณฝีเย็บจะมีความยืดหยุ่นตามธรรมชาติ แต่ก็มีโอกาสเกิดการฉีกขาดจากแรงเบ่งและแรงกดจากศีรษะทารก โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก หรือมารดาที่ทารกมีขนาดตัวใหญ่ ทั้งนี้ ในหลายกรณี แพทย์หรือพยาบาลผดุงครรภ์จะทำหัตถการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) เพื่อป้องกันการฉีกขาดของเนื้อเยื่ออย่างรุนแรงและควบคุมทิศทางของการฉีกขาดได้ดีขึ้น[1]

การฉีกขาดของฝีเย็บแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามความลึกของบาดแผล ตั้งแต่ระดับที่ 1 ซึ่งเป็นการฉีกขาดเฉพาะเยื่อบุช่องคลอด ไปจนถึงระดับที่ 4 ซึ่งเป็นการฉีกขาดลึกถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและผนังของลำไส้ตรง (Rectum) โดยทั่วไปแผลที่เกิดขึ้นจะได้รับการเย็บซ่อมแซมด้วยไหมละลาย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตัดไหมในภายหลัง[2] โดยการตัดฝีเย็บจะช่วยให้กระบวนการคลอดดำเนินไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่บริเวณฝีเย็บยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อของแผลฝีเย็บ (Perineal Wound Infection) สาเหตุของการติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียจากบริเวณช่องคลอดหรือทวารหนัก เช่น *Staphylococcus aureus* หรือเกิดจากการดูแลรักษาความสะอาดของแผลไม่เหมาะสม ทำให้เกิดอาการบวม แดง ร้อน เจ็บ มีหนอง หรือแผลแยก ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพของหญิงหลังคลอด[3]

รายงานการศึกษาของ McGuinness, et al.[4] พบว่า อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บพบได้ประมาณร้อยละ 0.3–2.07 ของหญิงที่คลอดทางช่องคลอด โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ การคลอดที่ใช้เวลานาน การมีน้ำเดินนานก่อนคลอด การตรวจภายในหลายครั้ง การทำหัตถการฝีเย็บแบบ mediolateral episiotomy และการเกิดแผลฉีกขาดระดับที่ 3–4 ซึ่งสัมพันธ์กับการหายของแผลที่ล่าช้า และเพิ่มโอกาสของแผลติดเชื้อซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลฝีเย็บไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของหญิงหลังคลอด เช่น การมีอาการปวดเรื้อรัง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการเกิดพังผืดบริเวณฝีเย็บเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะพักฟื้น 48 ชั่วโมงแรกภายหลังคลอด ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสมานของแผลฝีเย็บที่ได้รับการยอมรับในทางคลินิกคือ เกณฑ์ REEDA ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ Redness (ความแดง), Edema (การบวม), Ecchymosis (การช้ำ), Discharge (ของเหลวหรือหนอง), และ Approximation (การชิดติดกันของขอบแผล) หากแผลมีลักษณะที่ผิดปกติตามเกณฑ์ดังกล่าว จะเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้[2,5]

รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ระบุว่า ร้อยละ 68 ของหญิงหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดได้รับการตัดฝีเย็บ และในกลุ่มนี้ ร้อยละ 12–20 พบว่ามีอาการแผลติดเชื้อหรือการหายของแผลล่าช้า ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่เปลี่ยนผ้าอนามัยตามเวลา การไม่ล้างแผลฝีเย็บอย่างถูกต้อง การละเลยการตรวจแผล หรือไม่เข้ารับคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพหลังคลอด ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตั้งแต่ช่วงหลังคลอดทันที[6]

จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 30 ของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บมีพฤติกรรมการดูแลแผลฝีเย็บที่ไม่เหมาะสม และมีอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางสูงกว่าค่ามาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการ

ให้บริการทางการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บของหญิงหลังคลอดในระยะ 48 ชั่วโมงแรก[7]

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นมาตรฐานหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ใช้บริการ[8] โรงพยาบาลเคียนซา จึงตระหนักถึงคุณภาพของการให้บริการ จึงมีการให้ความรู้มารดาหลังคลอดในการดูแลแผลฝีเย็บเป็นรายบุคคล และให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอด แต่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โรงพยาบาลเคียนซา โดนประยุกต์ใช้ คือ ทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโดโรเธีย โอ เร็ม[9] ซึ่งอธิบายว่า มนุษย์มีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในสภาวะปกติ แต่ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจ เช่น หญิงหลังคลอดจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในระบบ “การสนับสนุน–ให้ความรู้” (Supportive–educative system) ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล คำแนะนำ และเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองแก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพยังควรเชื่อมโยงกับ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[10] ซึ่งอธิบายว่าการดูแลสุขภาพของบุคคลสามารถส่งเสริมได้ผ่านการสนับสนุนจากสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support) เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างแผล การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม, (2) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้กำลังใจ ความเข้าใจจากครอบครัวหรือพยาบาล, (3) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และ (4) การสนับสนุนเชิงปฏิบัติ (Instrumental Support) เช่น การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองในระยะเริ่มต้น จากแนวคิดดังกล่าว สามารถกล่าวได้ว่า การจัดระบบการพยาบาลที่ให้ทั้งการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้ จะสามารถเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม[10]

ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการพยาบาลที่ใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งออกแบบตามแนวคิดของ Orem[9] และ House[10] เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของหญิงหลังคลอดในระยะ 48 ชั่วโมงแรก ณ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมุ่งหวังให้ผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โรงพยาบาลเคียนซา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (ภายในกลุ่มทดลอง)

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บสูงกว่าก่อน ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2. ภายหลังการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 ครั้ง โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 75 คน[11]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 24 คน สามารถเข้าใจและสื่อภาษาไทยได้ดี ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม[8] ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ (House)[10] เพื่อใช้ในกิจกรรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โรงพยาบาลเคียนซา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ แบบประเมินที่มารดาตอบด้วยตนเอง และแบบประเมินที่ผู้วิจัยบันทึก

1) แบบประเมินโดยมารดา แบ่งออกเป็น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและแบบประเมินตนเองของมารดาหลังคลอดวันที่ 3-7 วันหลังคลอด

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบประเมินตนเองของมารดาหลังคลอดวันที่ 3 - 7 วันหลังคลอด ได้แก่

1. แบบบันทึกการวัดอุณหภูมิร่างกายหลังคลอดบุตรวันที่ 3 -7 วันหลังคลอด

2. แบบบันทึกอาการและอาการแสดงการติดเชื่อแผลฝีเย็บด้วยตนเอง(โดยใช้กระจกส่องแผลฝีเย็บ)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบให้ เลือกตอบ คือ ถูก (ใช่) หรือ ผิด (ไม่ใช่) ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก

ตอบ ถูก (ใช่) ให้ 1 คะแนน

ตอบ ผิด (ไม่ใช่) ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่องความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บโดยรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนรวม[12] ดังนี้

12.00 – 15.00 คะแนนร้อยละ 80 – 100 คือ มีความรู้ระดับสูง

9.00 – 11.00 คะแนนร้อยละ 60 - 79 คือ มีความรู้ระดับปานกลาง

0.00 – 8.00 คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 คือ มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนรายข้อขึ้นอยู่กับระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ[13] ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ จำนวน 22 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับการปฏิบัติดังนี้

3 หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ

2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง

1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้[11]

การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์เบสท์[14] โดยการคิดคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติดูแลป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติดูแลป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติดูแลป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บอยู่ในระดับต่ำ

2) แบบประเมินโดยผู้วิจัย แบ่งออกเป็น

1. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ (สัปดาห์) เวลาเจ็บครรภ์จริง การเปิดของปากมดลูกระยะแรกรับ เวลาที่ได้รับยาเร่งคลอด เวลาที่ได้รับยาบรรเทาปวด รวมระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด การฉีกขาดของฝีเย็บ

2. ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ เพศ น้ำหนัก (กรัม) APGAR's score

3. แบบประเมินการติดเชื้อมารดาหลังคลอดในวันที่ 1-3 หลังคลอดซึ่งประเมินโดยผู้วิจัยวันละ 1 ครั้ง โดยครั้งแรกภายใน 6 -24 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 หลังจาก 48 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ซึ่งแบบประเมินการติดเชื้อแผลฝีเย็บผู้วิจัยได้ดัดแปลง มาจากแบบประเมินการหายของฝีเย็บภายหลังคลอดของ ศิริฉัตร รองศักดิ์[15] ซึ่งแปลมาจากรีดาสเกล สำหรับประเมินลักษณะการหายของแผลฝีเย็บภายหลังคลอด (REEDA: Evaluating Postpartum Healing) ของเดวิสัน[16] มีรายละเอียดดังนี้

1. อาการแดงของแผล (Redness)

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการแดง

คะแนน 1 หมายถึง แผลแดงวัดได้ไม่เกิน 0.25 เซนติเมตร ทั้งสองข้างของรอยผ่าตัด

คะแนน 2 หมายถึง แผลแดง วัดได้ไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร ทั้งสองข้างของรอยผ่าตัด

คะแนน 3 หมายถึง แผลแดง วัดได้มากกว่า 0.5 เซนติเมตร ทั้งสองข้างของรอยผ่าตัด

2. อาการบวมของแผล (Edema)

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการบวม

คะแนน 1 หมายถึง บวมบริเวณฝีเย็บวัดได้ไม่เกิน 1 เซนติเมตร

คะแนน 2 หมายถึง ฝีเย็บและ/วัลวา (Vulva) บวมวัดได้ขนาด 1 ถึง 2 เซนติเมตรจากขอบแผล

คะแนน 3 หมายถึง ฝีเย็บและ/วัลวา (Vulva) บวมวัดได้มากกว่า 2 เซนติเมตรจากขอบแผล

3. อาการห้อเลือด (Ecchymosis)

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการห้อเลือด

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการห้อเลือด วัดได้ไม่เกิน 0.25 เซนติเมตร ทั้งสองข้างของรอยผ่าตัด

หรือไม่เกิน 0.5 เซนติเมตร จากด้านใดด้านหนึ่งของรอยผ่าตัด

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการห้อเลือด วัดได้ไม่เกิน 0.25 เซนติเมตร ถึง 1 เซนติเมตร ถึงทั้งสองข้างของรอยผ่าตัด หรือระหว่าง 0.5 เซนติเมตร ถึง 2 เซนติเมตร จากด้านใดด้านหนึ่งของรอยผ่าตัด

คะแนน 3 หมายถึง มีอาการห้อเลือด วัดได้มากกว่า 1 เซนติเมตร ทั้งสองข้างของรอยผ่าตัดหรือมากกว่า 2 เซนติเมตรจากด้านใดด้านหนึ่งของรอยผ่าตัด

4. สิ่งที่ไหลออกจากแผล (Discharge)

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีสิ่งใดไหลออกจากแผล

คะแนน 1 หมายถึง มีน้ำเหลืองไหลออกจากแผล

คะแนน 2 หมายถึง มีน้ำเหลืองปนเลือดไหลออกจากแผล

คะแนน 3 หมายถึง มีน้ำหนองปนเลือดไหลออกจากแผล

5. ลักษณะการติดของแผล (Approximation)

คะแนน 0 หมายถึง ขอบแผลชิดกันดี

คะแนน 1 หมายถึง ขอบแผลแยกห่างจากกัน 3 มิลลิเมตรหรือน้อยกว่า

คะแนน 2 หมายถึง ผิวหนังและชั้นไขมันใต้ผิวหนังแยกออกจากกัน

คะแนน 3 หมายถึง ผิวหนังและชั้นไขมันใต้ผิวหนังและชั้นพังผืดแยก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือและประเมินคุณภาพของเครื่องมืออย่างเป็นลำดับขั้นตอน เริ่มจากการศึกษาทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) และแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 และมีค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.92 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามก่อนนำไปทดลองใช้ เมื่อได้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 ราย ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงอยู่ในระดับดี เหมาะสำหรับนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์ผู้ตอบแบบสอบถามโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) และ 2) วิเคราะห์ระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้สถิติ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ nonparametric (Wilcoxon Signed Ranks Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ 2)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ nonparametric (Mann-Whitney Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ STPHO2025-190 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง พบว่า มารดาส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20–25 ปี (ร้อยละ 41.70) อายุเฉลี่ย 27.16 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.70) มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 83.30) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 58.30) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.00) และมีรายได้เฉลี่ย 10,000–15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 41.70)

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26–30 ปี (ร้อยละ 50.00) อายุเฉลี่ย 25.91 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 41.70) ลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย (ร้อยละ 58.30) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 41.70) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.00) และมีรายได้เฉลี่ย 10,000–15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 50.00)

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

1) ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด กลุ่มทดลอง อายุครรภ์เฉลี่ย 38.72 สัปดาห์ ระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 799 นาที (13 ชม. 31 นาที) ระยะที่ 2 เฉลี่ย 19.56 นาที และระยะที่ 3 เฉลี่ย 10.04 นาที กลุ่มควบคุม อายุครรภ์เฉลี่ย 38.64 สัปดาห์ ระยะที่ 1 เฉลี่ย 848.60 นาที (14 ชม. 14 นาที) ระยะที่ 2 เฉลี่ย 20.36 นาที และระยะที่ 3 เฉลี่ย 11.64 นาที

2) การฉีกขาดของฝีเย็บ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 41.70) รองลงมาคือระดับ 1 (ร้อยละ 33.30) กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ 41.70) รองลงมาคือระดับ 2 (ร้อยละ 33.30)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

1) คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง (M = 16.91, S.D. = 2.27) ส่วนใหญ่เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.00) ส่วนหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 22.41, S.D. = 2.81) แต่เมื่อจำแนกเป็นระดับ พบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 17.41, S.D. = 2.74) และหลังการทดลองยังคงอยู่ในระดับเดิม (M = 17.66, S.D. = 2.60)

2) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test กลุ่มควบคุม คะแนนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิเคราะห์ด้วย Mann-Whitney U Test ผลนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มทดลองช่วยเพิ่มระดับความรู้ได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ

4. ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.95, S.D. = 0.25) หลังการทดลองเพิ่มเป็นระดับสูง (M = 2.41, S.D. = 0.28) โดย

ส่วนใหญ่เพิ่มเป็นระดับสูง (ร้อยละ 75.00) กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง (M = 2.04, S.D. = 0.14) และหลังการทดลองยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.95, S.D. = 0.36)

2) การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มควบคุม คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผล Mann-Whitney U Test ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง โรงพยาบาลเคียนซา มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ด้านความรู้ (Knowledge) มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า การจัดการความรู้และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มพูนความรู้ของมารดาหลังคลอดได้จริง แม้ผลลัพธ์ระดับคะแนนจำแนกบางส่วนยังคงอยู่ที่ระดับปานกลาง แต่ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด การเพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากระบบ "การสอน" (Teaching) และ "การจัดสิ่งแวดล้อม" (Providing a developmental environment) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ Informational Support ของ House สอดคล้องกับงานวิจัย กีรตา ร้อยพิลา และคณะ[17] งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD (ซึ่งมีองค์ประกอบ E-Education และใช้สื่อสังคมออนไลน์) พบว่ามารดาวัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอด สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ความเชื่อมโยง: ผลนี้ยืนยันว่า การให้ความรู้แบบมีรูปแบบ (Formalized Education) และการใช้ สื่อที่เข้าถึงง่าย (เช่น วิดีทัศน์และคู่มือในงานวิจัยนี้) มีประสิทธิภาพสูงในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนไปสู่กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับงานวิจัย พรทิพย์ หอมเพชร และคณะ[18] งานวิจัยที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ความเชื่อมโยงแสดงให้เห็นว่าการมี รูปแบบการสอนที่เป็นระบบ ในช่วงหลังคลอด มีประสิทธิผลเหนือกว่าการให้คำแนะนำตามปกติ แม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงด้านสุขภาพจิตและสังคม สอดคล้องกับงานวิจัย วราภรณ์ รินทชัย และคณะ[19] งานวิจัยที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดโดยรวม เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 32.26 ความเชื่อมโยง: ตอกย้ำว่าเมื่อมีการกำหนด แนวทางปฏิบัติ (Protocol) ที่เน้นการดูแลฝีเย็บและสุขวิทยาอย่างชัดเจน จะส่งผลให้ความรู้เฉพาะด้านของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

2. ประสิทธิผลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงหลังการทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่โปรแกรมการพยาบาลได้ใช้กระบวนการสอน การตั้งคำถาม การเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติจริง รวมทั้งการติดตามหลังคลอด ซึ่งช่วยกระตุ้นให้มารดามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแผลฝีเย็บอย่างถูกต้อง แนวโน้มผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (Self-care Deficit Theory) ที่ยืนยันว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน-ให้ความรู้สามารถเสริมสร้าง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการได้ สอดคล้องกับงานวิจัย วรัญญา ชลธารกัมปนาท และคณะ[20] งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) พบว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ความเชื่อมโยง โปรแกรมของผู้วิจัยมีการ "สนับสนุน" (Supporting) โดยให้กำลังใจและการติดตามผล ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้าง สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ตามทฤษฎีของ Bandura และเป็นหัวใจของ Emotional Support ในโมเดลของ House เมื่อมารดารู้สึกมั่นใจ (Self-Efficacy สูง) พวกเขาย่อมมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนตามคำแนะนำ (Self-Care Behavior) มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย กุลญาดา โคตรวรมมา[21] งานวิจัยที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสาน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ความเชื่อมโยง: รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสาน (ซึ่งรวมถึงการจัดหาเครื่องมือและการสอนทักษะ) มีความคล้ายคลึงกับการให้ Instrumental Support และ Guiding ของผู้วิจัย ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าการให้เครื่องมือ ที่จำเป็น (เช่น กระจกและปรอท) ช่วยลดความพร่องในการดูแลตนเอง เชิงปฏิบัติและทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัย สุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ และคณะ[22] โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความพร้อมก่อนการจำหน่าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .002$) ความเชื่อมโยง: ความพร้อมก่อนจำหน่ายเป็นตัวชี้วัดความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งเป็นผลผลิตของการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติ (Self-Care Behavior) ตอกย้ำว่าการมี กิจกรรมเสริมสร้างทักษะที่มีโครงสร้างในช่วงพักฟื้นหลังคลอด สามารถสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัย ลักษณา ญาตินิยม, อนัญญา สารีพร[23] รูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ความเชื่อมโยง การดูแลทารกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ซับซ้อน การที่รูปแบบที่เป็นระบบประสบความสำเร็จในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนดแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และสนับสนุนในลักษณะ Supportive-Educative มีพลังในการจัดการพฤติกรรมที่ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบสูงได้

3. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมใกล้เคียงกัน แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่า โปรแกรมนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมและความรู้ มากกว่าการดูแลตามปกติ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมแนวทางการให้ความรู้แบบมีระบบสำหรับมารดาหลังคลอดในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งความแตกต่างของระบบ การดูแลตามปกติในกลุ่มควบคุมให้ผลลัพธ์ความรู้และพฤติกรรมที่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ยืนยันว่าการให้ข้อมูลแบบเดิมขาดกลไกการเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ Guiding, Emotional Support และ Appraisal Support ซึ่งเป็นหัวใจของโปรแกรมผู้วิจัย สอดคล้องกับการวางแผนจำหน่ายที่ยั่งยืน ของ แอน นา บุญอิ่ม[24] กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการ วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Smart COC) นอกเหนือจากการดูแลในโรงพยาบาล ความเชื่อมโยงของ การที่กลุ่มทดลองของผู้วิจัยมีการนัดหมายติดตามผลในวันที่ 7 หลังคลอด และมีการสนับสนุนทางโทรศัพท์/Line เป็นกลไกของการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าช่วยยืดระยะเวลาที่มารดารักษาระดับพฤติกรรมที่ดีไว้ได้หลังกลับบ้านได้ดีกว่าการดูแลที่สิ้นสุดลงเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

โดยสรุป ผลการวิจัยทั้งหมดชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า การพยาบาลที่ เน้นการมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางอารมณ์/เครื่องมือ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตามหลัก Orem's Supportive–educative system เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการเสริมสร้างศักยภาพให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแล

ตนเองและลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรนำ โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ไปบรรจุเป็น แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน (Standard Nursing Protocol) สำหรับมารดาหลังคลอดทุกคน โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก

2. ควรเริ่มต้นกิจกรรม การให้ความรู้ (Teaching) ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ (อายุครรภ์ 36 สัปดาห์) และต่อเนื่องตลอดช่วงหลังคลอดจนถึงการติดตามผลหลังจำหน่าย เพื่อให้เกิดการซึมซับความรู้และสร้างความพร้อม

3. ส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยเครื่องมือ (Instrumental Support) ควรจัดทำ "ชุดอุปกรณ์ส่งเสริมการดูแลตนเอง" สำหรับมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการดูแลแผลฝีเย็บฉบับปรับปรุงตามโปรแกรม, กระจกขนาดเล็ก สำหรับการประเมินแผลด้วยตนเอง, และ ปรอทวัดอุณหภูมิ เพื่อให้มารดาสามารถสังเกตและประเมินสัญญาณผิดปกติ (เช่น ไข้และอาการ REEDA) ได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. ใช้ระบบการติดตามต่อเนื่อง (Continuity of Care) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (เช่น โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน) เพื่อเป็นกลไกในการ "สนับสนุน" (Supporting) และ "ชี้แนะ" (Guiding) หลังจำหน่าย โดยกำหนดตารางการติดตามที่ชัดเจน (เช่น วันที่ 3 และ 7 หลังคลอด) เพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) และการประเมินผล (Appraisal Support) เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยต่อไปเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อตัวชี้วัดทางคลินิกโดยตรง เช่น อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บจริง และ/หรือ คะแนนการหายของแผลฝีเย็บด้วยเครื่องมือ REEDA Scale ในระยะติดตามผลที่ยาวนานขึ้น (เช่น 6 สัปดาห์หลังคลอด) เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมกับผลลัพธ์สุขภาพที่ชัดเจน

2. ควรมีการศึกษาถึงอิทธิพลของตัวแปรทางจิตวิทยาควบคู่ไปกับโปรแกรม เช่น ระดับความเครียดหลังคลอด, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, หรือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของมารดาอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เข้าใจกลไกการเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงลึก

3. ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปยังกลุ่มมารดาที่มี ปัจจัยเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บ (เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้มีภาวะโลหิตจาง, หรือผู้ที่ต้องเย็บซ่อมแซมแผลฉีกขาดระดับสูง) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเสี่ยง

4. ควรมีการศึกษาแบบ เปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม (Cross-Cultural Study) ในบริบทโรงพยาบาลอื่นที่มีความแตกต่างด้านขนาดของโรงพยาบาลหรือลักษณะประชากร เพื่อยืนยันความสามารถในการประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาวรรณ สายฝน.(2562). การตัดฝีเย็บ: แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลและผลกระทบ. วารสารการพยาบาลแม่และเด็ก. 2562;37(2):45–52.
2. กนกกร ทองสุข.(2567). การดูแลแผลฝีเย็บในหญิงหลังคลอด: แนวทางการปฏิบัติทางคลินิก. วารสารพยาบาลและการผดุงครรภ์. 2567;42(1):55–62.
3. ศุภากร ล้อชัยเวช.(2562). ภาวะแทรกซ้อนจากแผลฝีเย็บในหญิงหลังคลอด. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(2):25–32.
4. McGuinness S, Johnson G, Kendall S.(2019). Perineal wound infection following vaginal birth: An integrative review. Midwifery. 2019; 74:101–10. doi: 10.1016/j.midw.2019.03.003.
5. Davidson MR.(1980). REEDA scale for assessment of perineal healing. Nurs Res. 1980;29(2):102-4.
6. กรมอนามัย.(2565). รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ปี 2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
7. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเคียนซา.(2566). สถิติผู้มารับบริการผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2566 [เอกสารอัดสำเนา]. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา.
8. กฤษดา แสวงดี.(2542). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาล. 2542;48(4):10–8.
9. Orem DE.(1991). Nursing: Concepts of practices. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
10. House JS.(1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.
11. คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา.(2568). หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2568. โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
12. บุญชม ศรีสะอาด.(2558). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
13. Likert R.(1967). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill.
14. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
15. ศิริฉัตร รองศักดิ์.(2554). การดูแลแผลฝีเย็บในหญิงหลังคลอดตามแนวปฏิบัติทางคลินิก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
16. Davison DE.(1974). The Periodicals Collection: its Purpose and Use in Liberies. London: Andre Deutsch; 1974.
17. กีรตา ร้อยพิลา, ณัฐสินี นิ่มมุกดา, สุกัญญา กินนะรีแซ.(2568). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD มารดาวัยรุ่นที่คลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2568 ม.ค.-มิ.ย.;3(1):3909.
18. พรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์, น้องนุช แสนบรรดิษฐ์.(2566). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด การกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566 ม.ค.-เม.ย.;26(1):12-25.
19. วราภรณ์ รินทชัย, กรองแก้ว อัคเนตร, ณพัชญา สืบมา.(2567). ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความรู้และการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567 ม.ค.-เม.ย.;5(1):456-69.
20. วรัญญา ชลธารกัมปนาท, จันทิมา ขนบดี, ปรานี ป้องเรือ.(2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2561 ม.ค.-มิ.ย.;29(1):29-41.
21. กุลญาดา โคตรวรมมา.(2566). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยพิเศษวีไอพี โรงพยาบาลบึงกาฬ. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
22. สุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์, นฤมล สินสุพรรณ, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567 ม.ค.-มี.ค.;9(1):353-63.
23. ลักษณา ญาตินิยม, อนัญญา สารีพร.(2562). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2562;6(2):84-93.
24. แอนนา บุญอิ่ม.(2567). การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก: กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(3):55-68.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา

The Effectiveness of a Health Education Program in Stroke Patients Admitted to Khian Sa Hospital.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 8,2026)

วรรณา พรหมพูล[1]
Wanna Prompun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ต่อการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลเคียนซา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 6 ครั้ง และกลุ่มควบคุม 30 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสุขศึกษา 6 กิจกรรม และแบบสอบถาม 4 ส่วน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตัวแปรตามทั้งหมดสูงกว่า 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า: 1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง (M=12.13) และการรับรู้ประโยชน์ (M=11.76) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=9.96 และ M=9.06 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$), 2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงขึ้น (M=33.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=28.00) ($p < .05$) และ 3) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ สำหรับทุกตัวแปร)

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษา, โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมการป้องกัน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of a Health Education Program, applied using the Health Belief Model (HBM), on perceived risk factors, perceived benefits, and recurrent stroke prevention behaviors among inpatients at Khiansa Hospital. The study sample consisted of 60 first-time stroke patients purposefully selected and divided into two groups: 30 in the experimental group who received the 6-session Health Education Program, and 30 in the control group who received standard nursing care. The research instruments included the 6-activity Health Education Program and a 4-part questionnaire, with the reliability of the dependent variables exceeding 0.80. Data analysis employed descriptive statistics, Paired t-test, and In dependent t-test.

The results revealed that: 1) After participating in the program, the experimental group had significantly higher mean scores for perceived risk factors (M=12.13) and perceived benefits (M=11.76) compared to baseline (M=9.96 and M=9.06, respectively) ($p<.05$). 2) The experimental group demonstrated a significant increase in mean scores for recurrent stroke prevention behaviors (M=33.03) after the intervention, compared to baseline (M=28.00) ($p < .05$). and 3) Post-test analysis showed that the experimental group achieved significantly higher mean scores for perceived risk factors, perceived benefits, and recurrent stroke prevention behaviors than the control group ($p < .05$ for all variables).

Keywords: Health Education Program, Recurrent Stroke Prevention, Health Belief Model, Perceived Risk Factors, Prevention Behavior

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเคียนซา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ โดยองค์การอนามัยโลก[1] ได้ให้คำจำกัดความว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อันได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) หรือภาวะหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)[1,2] ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ทั้งด้านอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต และการก่อให้เกิดความพิการถาวร ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสุขภาพโดยรวม ข้อมูลจากองค์การอัมพาตโลก[3] ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่กว่า 12.2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 6.5 ล้านคน โดยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ WSO ยังคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า หากไม่มีมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และที่สำคัญ โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก และเป็นสาเหตุหลักของความพิการถาวรในผู้ใหญ่[3]

ในประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกรมควบคุมโรค[4] รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเพศหญิง และเป็นอันดับสามในเพศชาย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 250,000 คนต่อปี และเสียชีวิตมากกว่า 30,000 คนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของความพิการในผู้ใหญ่ไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ[5] รายงานว่าผู้พิการจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กว่าร้อยละ 30 เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง[2,6] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การรับประทานยาคุมกำเนิด รวมถึงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ของทอด ของมัน และการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันก็ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม งานวิจัยของ Feigin[6] ใน *Lancet Neurology* พบว่า กว่า 90% ของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ (modifiable risk factors) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคอ้วน และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระดับบุคคลและประชากร อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การเกิดโรคซ้ำ (recurrent stroke) ซึ่งมีอัตราสูง โดย Campbell[7] รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดซ้ำร้อยละ 15–30 ภายใน 5 ปี หลังการรักษาครั้งแรก และการเกิดซ้ำนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะพิการรุนแรงมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระต่อครอบครัวและระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ควรมุ่งเพียงการรักษาเฉียบพลัน แต่ต้องให้ความสำคัญกับ การป้องกันการเกิดซ้ำ (secondary prevention) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย[7]

โรงพยาบาลเคียนซาเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซ้ำ โรงพยาบาลมีระบบการดูแลผู้ป่วยครบวงจรตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษาเฉียบพลัน จนถึงการฟื้นฟูและการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้เป็นสถานที่ที่

เหมาะสมสำหรับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เนื่องจากสามารถเข้าถึงผู้ป่วยในระหว่างการนอนรักษา และสามารถติดตามผลการปรับพฤติกรรมหลังการได้รับโปรแกรมได้อย่างเป็นระบบ การให้สุขศึกษา (health education) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker และ Maiman[8] เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวอธิบายได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับการรับรู้ความไวต่อโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง หากผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและเห็นคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองและลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนและปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้นอกจากจะทำให้ทราบถึง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ในด้าน 1) การเพิ่มพูนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค 2) การสร้างแรงจูงใจและทัศนคติที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งประโยชน์เหล่านี้จะช่วยยืนยันถึงความสำคัญของการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระดับชุมชน ช่วยลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพโดยรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

4) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การ

รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

4) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าโครงการตามที่ผู้วิจัยกำหนด

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาครั้งแรกในแผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลเคียนซาและไม่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 72 คน[9]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน สามารถเข้าใจและสื่อภาษาไทยได้ดี ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขศึกษา จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับโปรแกรมสุขศึกษาตามกรอบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Mode) ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระดับความดันโลหิตในวันที่รับการตรวจรักษา ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นข้อความที่ไม่ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (การคิดคะแนน ใช่ = 1 คะแนน, ไม่ใช่ = 0 คะแนน)

การแปลผลพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์[10]

คะแนนเฉลี่ย 12.00-15.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูง

คะแนนเฉลี่ย 6.00-11.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-5.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ น้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าพฤติกรรมนี้เป็นประโยชน์เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าพฤติกรรมนี้ไม่เป็นประโยชน์เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (การคิดคะแนน ใช่ = 1 คะแนน, ไม่ใช่ = 0 คะแนน)

การแปลผลพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์[10]

คะแนนเฉลี่ย 12.00-15.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมาก

คะแนนเฉลี่ย 6.00-11.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-5.00 คะแนน คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเป็นลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ให้ประเมินตามระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม 4 ระดับ มีเกณฑ์ ดังนี้

3 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมประจำ ในข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือ ทุกวัน

2 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง ในข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-4 วัน

1 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมบางครั้ง ในข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-2 วัน

0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

การแปลผลพิจารณาคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายข้อจำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตาม เกณฑ์ของเบสท์[10]

คะแนนเฉลี่ย 31.00-45.00 คะแนน คือ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มาก

คะแนนเฉลี่ย 16.00-30.00 คะแนน คือ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-15.00 คะแนน คือ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินคุณภาพของเครื่องมือทั้งด้านความตรง ความเชื่อมั่น และความเหมาะสมในการใช้งานอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พิจารณาความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า 0.70 ตามแนวทางของรัตน์ศิริ ทาโต[11] เพื่อยืนยันว่าแบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ต่อจากนั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ จำนวน 20 คน ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้ววิเคราะห์หาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อประเมินความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม ซึ่งผลที่ได้มีค่าเท่ากับ 0.92 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 0.80 แสดงถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับสูง สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) วิเคราะห์ระดับคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และ 2) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ STPHO2025-206 ลงวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยใน กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51–60 ปี และมีสถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ขณะเดียวกันผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มควบคุม พบลักษณะทั่วไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 51–60 ปี มีสถานภาพสมรส คู่สมรส ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และประกอบอาชีพเกษตรกรเช่นกัน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมสามโรคเหมือนกลุ่มทดลอง และไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัดส่วนสูง

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปเชิงบรรยายได้ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (M = 9.96, S.D. = 2.44) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย (M = 10.13, S.D. = 1.86) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงในระดับที่ไม่แตกต่างกันก่อนการแทรกแซง หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางไปสู่ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น (M = 12.13, S.D. = 2.38) และเมื่อทดสอบความแตกต่างก่อน–หลังการทดลองด้วยสถิติที พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสัดส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.30 เป็นร้อยละ 66.70 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่นำไปใช้สามารถส่งเสริมการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิผล

สำหรับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองยังคงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงเดิม โดยมีคะแนนเฉลี่ย (M = 10.03, S.D. = 3.21) และไม่มี

ความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลาเดียวกัน ความรู้หรือการรับรู้ของกลุ่มควบคุมไม่ได้เปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (M = 12.13, S.D. = 2.38) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย (M = 10.03, S.D. = 3.21) ซึ่งผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบทีพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปเชิงบรรยายได้ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (M = 9.06, S.D. = 2.58) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย (M = 9.86, S.D. = 3.51) ซึ่งผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในระดับใกล้เคียงกันก่อนการแทรกแซง

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับปานกลางสู่ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น (M = 11.76, S.D. = 2.81) พร้อมกับสัดส่วนของผู้ที่มีระดับการรับรู้ประโยชน์สูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.70 ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมาก ผลการทดสอบทีพบว่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนว่าโปรแกรมการแทรกแซงมีประสิทธิผลในการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคซ้ำในผู้ป่วย

ในขณะที่กลุ่มควบคุมหลังการทดลองยังคงมีระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ (M = 9.76, S.D. = 3.81) ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกถึงประโยชน์ของพฤติกรรมในกลุ่มควบคุมไม่ได้เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (M = 11.76, S.D. = 2.81) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย (M = 9.76, S.D. = 3.81) สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมที่นำไปใช้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถสรุปเชิงบรรยายภาพรวมได้ดังนี้

1) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (M = 28.00, S.D. = 4.79) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย (M = 29.66, S.D. = 6.19) สะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคซ้ำใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูง (M = 33.03, S.D. = 5.16) ผลการทดสอบทีพบว่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากิจกรรมหรือโปรแกรมที่ใช้ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมยังคงมีพฤติกรรมป้องกันโรคซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (M = 28.90, S.D. = 4.42) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจนในกลุ่มควบคุมตลอดช่วงการศึกษา

2) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง ระดับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของกลุ่มทดลอง (M = 28.00, S.D. = 4.79) และกลุ่มควบคุม (M = 29.66, S.D. = 6.19) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพฤติกรรมพื้นฐานใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมของกลุ่มทดลองปรับตัวดีขึ้นจนอยู่ในระดับสูง (M = 33.03, S.D. = 5.16) ในขณะที่กลุ่มควบคงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 28.90, S.D. = 4.42) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมี 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้น และ 2) มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำดีขึ้นอย่างชัดเจนทั้งเมื่อเทียบก่อน–หลังทดลอง และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องและสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ดังนี้

1. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ที่ระบุว่า การเพิ่มการรับรู้ความรุนแรง ความไวต่อโรค และประโยชน์ของพฤติกรรมจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ ถาวรกฤษ[12] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถเพิ่ม ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ด้านความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง เช่นเดียวกับผลจากการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยของปรีดี ยศดา[13] ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับการป้องกันโรคดีขึ้นหลังการทดลอง ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยงและความจำเป็นของการดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้ใช้ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม โปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เห็นประโยชน์ และนำความรู้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปรีดี ยศดา[13] ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมี พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นทุกด้าน ทั้งก่อน–หลัง และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ที่พบว่าพฤติกรรมของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างเด่นชัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ ถาวรกฤษ[12] ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดย

ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้สามารถปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ดีขึ้น

3. การเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางปฏิบัติตนมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผลลัพธ์นี้สอดคล้องทางอ้อมกับงานวิจัยที่มุ่งเน้นด้านผู้ดูแล งานวิจัยของ ดวงมาลย์ คำหม่อม[14] โปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า “การเรียนรู้ที่มีโครงสร้างและเน้นการมีส่วนร่วม” สามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ แม้เน้นผู้ดูแล แต่กลไกการเรียนรู้สอดคล้องกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับในงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ หนึ่งนุช บุตรวัง[15] และนิตยา กระจ่างแก้ว[16] ทั้งสองงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะและการโค้ชผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยมีพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสะท้อนหลักการเดียวกับโปรแกรมสุขศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ คือ การเพิ่มความรู้–ความเข้าใจ–ทักษะ จะทำให้การปฏิบัติตัวดีขึ้นและส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Practice Guideline) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเคียนซา หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2. ควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการจัดทำแผนสุขภาพรายบุคคล เนื่องจากกิจกรรมที่ 6 ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและอัตราการกลับมานอนรักษาซ้ำ (Readmission) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). WHO definition of stroke. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int
2. สถาบันประสาทวิทยา.(2550). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. World Stroke Organization.(2022). Global stroke fact sheet 2022. Geneva: WSO; 2022. Available from: https://www.world-stroke.org

4. กรมควบคุมโรค.(2566). รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2565). รายงานผู้พิการจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
6. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al.(2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 2021;20(10):795–820.
7. Campbell BCV, Khatri P, Group SI.(2019). Stroke recurrence: Current concepts, evidence, and research priorities. Stroke. 2019;50(7):1903–12. doi:10.1161/STROKEAHA.119.025421
8. Becker MH, Maiman LA.(1988). Health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1988. p. 153–72.
9. โรงพยาบาลเคียนซา.(2568). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2568. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา; 2568.
10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
11. รัตน์ศิริ ทาโต.(2561). การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.
12. เสาวลักษณ์ ถาวรกฤษ.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. ตราด: โรงพยาบาลตราด; 2566. Available from: https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_4225.pdf
13. ปรีดี ยศดา.(2561). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
14. ดวงมาลย์ คำหม่อม.(2563). ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563;28(1):92-106.
15. หนึ่งนุช บุตรวัง.(2566). การศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะผู้ดูแลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20240223155156_842274824.pdf
16. นิตยา กระจ่างแก้ว.(2567). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะพึ่งพิงขณะอยู่ในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่; 2567. Available from: https://www.cmneuro.go.th/TH/

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Dietary Behaviors of Stroke Patients in the Inpatient Ward, Khian Sa Hospital, Surat Thani Province.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 8,2026)

วรรณวิสา จันทร์ทอง[1]
Wanvisa Junthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มด้วยรหัสผู้ป่วย โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) โดยประกอบด้วยกิจกรรม 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การชักจูงด้วยวาจา และการจัดการสภาวะทางกายและอารมณ์ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง (5 ครั้งในโรงพยาบาล และ 1 ครั้งเยี่ยมบ้าน) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test ชนิดไม่อิสระและอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($M = 3.41$) เป็นระดับสูง ($M = 4.11$), 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกหมวดอาหาร

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, สมรรถนะแห่งตน, ผู้ป่วยใน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the Self-Efficacy Program on the dietary behaviors of stroke patients admitted to the in-patient ward at Khian Sa Hospital, Suratthani Province. The sample consisted of 60 stroke patients, purposefully selected and randomly assigned into an experimental group and a control group, with 30 patients in each group. The Self-Efficacy Program was developed based on Bandura's theory, encompassing four core components: mastery experience, vicarious experience (observational learning), verbal persuasion, and management of physiological and emotional states. The experimental group participated in the program six times (five hospital sessions and one home visit), while the control group received standard care. The data collection instrument was a dietary behavior questionnaire. Data were analyzed using dependent and independent t-tests.

The results indicated that: 1) Post–intervention, the experimental group's mean score for dietary behaviors was significantly higher than their pre-intervention score ($p < 0.05$). The mean score increased from a moderate level ($M = 3.41$) to a high level ($M = 4.11$). 2) Post-intervention, the experimental group's mean score for dietary behaviors was significantly higher than the control group's score ($p < 0.05$) across all food categories.

คำสำคัญ: Stroke, Self-Efficacy Program Dietary Behaviors, Self-Efficacy, In-patient

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเคียนซา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ โดยมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านอัตราป่วย อัตราตาย และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2023–2024 โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรโลก โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 11–12 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นกว่า 12 ล้านรายต่อปี ขณะเดียวกัน ผู้ที่รอดชีวิตจำนวนมากมักเผชิญกับภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง ทำให้โรคหลอดเลือดสมองกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความพิการ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ทั่วโลก[1,2] ในระดับโลก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย ได้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพยังเป็นอุปสรรคสำคัญ ทำให้หลายประเทศโดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีภาระโรคสูงกว่าภูมิภาคอื่น[1]

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ โดยข้อมูลจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข[3] พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี ได้แก่ ปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 31,172 ,30,837 และเพิ่มขึ้นเป็น 34,728 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเกิดโรคที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวยังรายงานว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.82 ในปี 2566 เป็น ร้อยละ 8.38 ในปี 2567 แสดงถึงความท้าทายในการจัดการระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย[3]

จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตบริการสุขภาพที่ 11 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 มีผู้ป่วย 2,514 ราย อัตราป่วยประมาณ 145.2 ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2566 จำนวน 2,478 ราย ในปี 2567 เพิ่มเป็น 2,729 ราย อำเภอเคียนซา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดสูงขึ้น ในปี 2565 มี 138 ราย ปี 2566 จำนวน 184 ราย และปี 2567 จำนวน 158 ราย จากข้อมูลผู้ป่วยใน (Inpatient) โรงพยาบาลเคียนซา พบว่าในช่วงปี 2565–2567 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าพักรักษาตัวเพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2565 จำนวน 92 ราย ปี 2566 จำนวน 132 ราย และปี 2567 จำนวน 128 ราย การเพิ่มขึ้นนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการรักษาเฉพาะโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนผู้ดูแลที่ต้องรับภาระหนักทั้งด้านเวลาและค่าใช้จ่าย[4]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่รอดชีวิตยังคงอยู่ในภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องลงทุนทั้งเวลาและแรงงานอย่างมาก การศึกษาของจันทร์ศิริ กานดา[4] พบว่ามีผู้ดูแลถึงร้อยละ 53.3 ที่ต้องลาออกหรือทำงานได้น้อยลง และกว่า ร้อยละ 31.1 ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ภาระนี้ไม่เพียงส่งผลต่อครอบครัว แต่ยังสร้างภาระต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม นอกจากภาระด้านการดูแลแล้ว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามตรวจสุขภาพเป็นประจำ ล้วนมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตัวเองได้ เป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มความมั่นใจและ

แรงจูงใจในการปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[4]

แบนดูรา[5] กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคคลต้องมี การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ของพฤติกรรมนั้นๆ แนวคิดนี้สามารถประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ 4 วิธีหลัก[5] ได้แก่ 1) การส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Enactive mastery experience) คือ การให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การควบคุมอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค 2) การสังเกตตัวแบบ (Vicarious experience) ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้จากตัวอย่างของผู้ป่วยรายอื่นหรือผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติตนได้สำเร็จ เช่น การเห็นเพื่อนผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน 3) การพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) การให้คำแนะนำ ชี้แนวทาง และให้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแล จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การสนับสนุนทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักประสบความเครียด วิตกกังวล หรืออารมณ์เชิงลบ ซึ่งอาจลดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง การเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ การมีกิจกรรมผ่อนคลาย การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการติดตามกำลังใจอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพราะการนำแนวคิดสมรรถนะของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 ครั้ง โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัด สุราษฎร์ธานี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทั้งชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) และชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) จำนวน 96 คน[6]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดจากขนาดอิทธิพล 0.5 ตามงานของนภาพรรณ ธงสันเทียะ[7] และตารางของ Burn & Grove[8] ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ได้จำนวนขั้นต่ำกลุ่มละ 28 ราย รวม 56 ราย ผู้วิจัยจึงเผื่อการสูญหายร้อยละ 10 ทำให้กลุ่มตัวอย่างรวมเป็น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย การคัดเลือกใช้ Purposive Sampling ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มโดยอิงรหัสผู้ป่วย คือ รหัสเลข (กลุ่มทดลอง) รหัสเลขคี่ (กลุ่มควบคุม) รวมผู้เข้าร่วมวิจัยที่สิ้นสุดการศึกษา 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา[5] มาบูรณาการกิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ

2. ลักษณะข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิตระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) จำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนรายข้อขึ้นอยู่กับระดับการปฏิบัติการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ[9] ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับการปฏิบัติดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อย
3 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง
2 หมายถึง ปฏิบัติน้อย
1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น[10] การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์เบสท์[11] โดยการคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้าง แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นเอง โดยอาศัยการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากนั้นจึงจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) และแบบเลือกตอบ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงตามมาตรฐานทางสถิติ โดยเริ่มจากการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลชัยบุรี เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.90 ค่าที่ได้นี้แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงมาก จึงมีความเหมาะสมและน่าเชื่อถือในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05, 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ STPHO2025-208 ลงวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้แบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.30) มีอายุมากที่สุดในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 46.70) โดยมีอายุเฉลี่ย 54.40 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สมรสคู่ (ร้อยละ 48.30) และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 30.00) ประกอบอาชีพหลักเป็นรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.70) กลุ่มควบคุม มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มีอายุมากที่สุดในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 36.70) และมีอายุเฉลี่ย 57.30 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือสมรสคู่ (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 26.70) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 36.70) และประกอบอาชีพหลักเป็นรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 30.00)

ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน โดยพบว่า: ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 26.70) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 30.00) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ร่วมกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ด้านค่าทางสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 21.75 และ 21.43 กก./ม.^{2} ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิกครั้งล่าสุดของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 150.10 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 148.10 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 79.16 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 78.23 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ NIHSS ของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 4.26 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 3.56 คะแนน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่ม กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.41, S.D.= .31) แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 4.11, S.D. = .37) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นภายหลังได้รับการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแยกตามหมวดอาหาร ได้แก่ หมวดข้าว–แป้ง–น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักและผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม และหมวดเครื่องปรุงรส พบว่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกหมวดเช่นเดียวกัน กลุ่มควบคุม สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.57, S.D. = .38) และหลังการทดลองก็ยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม (M = 3.67, S.D. = .53) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.41, S.D. = .31) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.57, S.D.= .38) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (M = 4.11, S.D.= .37) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม (M = 3.67, S.D. = .53) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเป็นรายหมวดอาหาร พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกหมวดอาหารที่ทำการศึกษา ได้แก่ หมวดข้าว–แป้ง–น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักและ

ผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม และหมวดเครื่องปรุงรส

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง (ก่อนและหลังการทดลอง) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 3.41) เป็นระดับสูง (M = 4.11) และดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวดอาหาร จะเห็นได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนนี้เป็นผลมาจากประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยรากฐานจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา[5] ซึ่งเน้นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง กลไกสำคัญของโปรแกรมคือการสร้างแหล่งที่มาของสมรรถนะแห่งตน 4 ประการ ได้แก่ 1) การประสบผลสำเร็จจริง (Mastery Experience) คือ การที่ผู้ป่วยได้ลงมือฝึกปฏิบัติการเลือกอาหาร การวางแผนเมนู และกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ เช่น การลดความเค็มหรือความหวาน เป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้จริง 2) การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Vicarious Experience) คือ การได้เห็นตัวอย่างความสำเร็จจากเพื่อนผู้ป่วยผ่านวิดีทัศน์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวังว่าตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน 3) การชักจูงด้วยวาจา (Verbal Persuasion) คือ การได้รับคำชม การให้กำลังใจ และการติดตามเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรและครอบครัว เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยยังคงพยายามปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 4) สภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional States) คือ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด (เช่น การหายใจ 4-7-8) ช่วยลดอุปสรรคทางอารมณ์ที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับสมมติฐานและงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองหลายฉบับที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น งานวิจัยของ ณฐา เชียงปิ๋ว และคณะ[12] ซึ่งพบว่าโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยานุช ลาหล้าเลิศ และคณะ[13] ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพของแนวคิดนี้ในการสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรธิรา บุญฉวี และ ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล[14] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเป็นแนวคิดที่เกื้อหนุนกันในการนำไปสู่การปฏิบัติ

2. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (หลังการทดลอง) ผลการวิจัยยืนยันว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ จะเห็นได้ว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นหลังการทดลองเป็นข้อพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก (คงที่ในระดับปานกลาง

(M = 3.67) ในขณะที่กลุ่มทดลองสามารถยกระดับพฤติกรรมไปสู่ระดับสูง (M = 4.11) ได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และตอกย้ำว่า การให้ความรู้และคำแนะนำด้านโภชนาการตามปกติในหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว การแทรกแซงที่เน้นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และทักษะการปฏิบัติจริงมีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา เดชบุญ และคณะ[15] พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมที่มีกลไกในการเสริมแรงจูงใจและการปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของปัทมาพร ชนะมาร[16] รายงานว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.01$, $p < .05$) ซึ่งรวมถึงการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรธิรา บุญฉวี และ ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล[14] ยืนยันว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.314$, $p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของพิราลักษณ์ ลาภหลาย และคณะ[14] ถึงแม้จะศึกษาเรื่องความปลอดภัยในการรับประทานอาหาร แต่ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก แสดงให้เห็นว่าการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการอาหารส่งผลดีต่อผลลัพธ์สุขภาพโดยตรง

การที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นในทุกหมวดอาหาร (รวมถึงการลดไขมัน น้ำตาล และเครื่องปรุงรส) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ไม่ได้เพียงแค่เพิ่มปริมาณอาหารที่มีประโยชน์ แต่ยังส่งผลต่อการควบคุมและหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยยืนยันว่าโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิผลในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ดังนี้

1. โรงพยาบาลเคียนซาและหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ ควรพิจารณาบรรจุโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในและคลินิกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ

2. เน้นองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน บุคลากรทางการแพทย์ (พยาบาล นักโภชนาการ) ควรเน้นการใช้กลไกหลัก 4 ด้านของทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่

1) การฝึกปฏิบัติจริง (Mastery Experience): จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ฝึกเลือกเมนูอาหารสุขภาพจากภาพจริง หรือการวางแผนมื้ออาหารประจำวัน

2) การใช้ตัวแบบ (Vicarious Experience): ใช้สื่อวีดิทัศน์หรือเชิญผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหารมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ

3) การเสริมแรงด้วยวาจา (Verbal Persuasion): ให้คำชมและกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยสามารถทำพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จแม้เป็นเรื่องเล็กน้อย

4) การจัดการอารมณ์: ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย (เช่น การหายใจ) เพื่อจัดการความเครียดหรือความอยากอาหารที่ไม่เหมาะสม

3. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในขั้นตอนการวางแผนเมนู การจัดซื้ออาหาร และการให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน

4. ควรนำรูปแบบการติดตามและเสริมแรงผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือช่องทางดิจิทัลอื่นๆ มาใช้ในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะยาว (เช่น 3 เดือน , 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่นๆ เช่น การควบคุมน้ำหนัก ค่าความดันโลหิต และอัตราการเกิดโรคซ้ำ

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรทางคลินิกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย (BMI), ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย, ระดับน้ำตาลในเลือด/ไขมันในเลือด, การลดลงของภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร

3. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งมอบโปรแกรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การใช้ Mobile Application เพียงอย่างเดียวกับการผสมผสานระหว่างกิจกรรมกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน (Blended Approach) เพื่อค้นหารูปแบบที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. ควรมีการนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นๆ หรือในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เพื่อประเมินความสามารถในการปรับใช้ (Generalizability) ของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Global health estimates 2024: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2023. Geneva: World Health Organization.
2. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al.(2024). Heart-disease and stroke statistics—2024 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2024;149(8): e1–e180.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถิติอัตราป่วยและอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2565–2567. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
4. จันทร์ศิริ กานดา.(2567). รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและภาระผู้ดูแลในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2565–2567. รายงานที่ไม่ตีพิมพ์. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา.
5. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman.
6. โรงพยาบาลเคียนซา.(2568). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ข้อมูลปีงบประมาณ 2568 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568 [เอกสารภายใน].
7. นภาพรรณ ธงสันเทียะ.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

8. Burn N, Grove SK.(2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
9. Likert R.(1967). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. บุญชม ศรีสะอาด.(2556). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
11. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
12. ณฐา เชียงปิ๋ว, วราภรณ์ บุญเชียง, ศิวพร อึ้งวัฒน.(2561). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร. 2561;45(1):87-99.
13. ปียานุช ลาหล้าเลิศ, อรุณี ป้อมหลักทอง, บังอร ยิ้มกล้า, สุกัญญา มูซอ, รัตนาภรณ์ จันทร์สิริ.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(2):14-26.
14. พรธิรา บุญฉวี, ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล.(2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารพยาบาล. 2567;73(2):51-60.
15. สุนันทา เดชบุญ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2566). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(1):97-111.
16. ปัทมาพร ชนะมาร.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(3):33-46.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Development of a Participatory Care Guideline for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Nuea Khlong Hospital, Krabi Province.

(Received: February 4,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 13,2026)

สุวิจักขณ์ ปุญนุวงศ์[1]
Suwijak Poonnuwong[1]

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยทบทวนคุณภาพ ทั้งการรักษา และกระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญและมีอิทธิพลต่อทั้งภาวะสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Pair sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ การมีคณะกรรมการขับเคลื่อนร่วมที่เป็นทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพชุมชน การมีเครื่องมือและหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน และการมีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ระยะหลัก คือ ระยะที่ 1 ก่อนเข้ารับบริการ ด้วยการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงในชุมชน ระยะที่ 2 ระยะเข้าสู่การรักษา เป็นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ และระยะที่ 3 การส่งต่อ และติดตามต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้าน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ ผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและกระบวนการผ่านสมรรถนะการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของระบบบริการ โดยผลการประเมินโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการพัฒนาแนวทาง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการดำเนินการ 2.47 (95% CI: 0.91- 4.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวทางการดูแล การมีส่วนร่วม โรงพยาบาล

Abstract

The development of car guidelines for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a vital approach for quality improvement, encompassing both clinical treatment and participatory processes between patients and the community. These elements play a significant role in influencing overall health status and quality of life. This action research aimed to investigate the current situation and challenges in COPD care, develop participatory care guidelines, and evaluate their effectiveness at Nuea Khlong Hospital, Krabi Province. The study was conducted in four stages: 1) Planning, 2) Action, 3) Observation, and 4) Reflection. Key informants included 30 COPD patients and 30 nursing operation staff. Data analysis was performed using descriptive statistics, content analysis, and inferential statistics (Paired Samples t-test).

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

The results revealed that the COPD care guidelines comprise three main components: 1) Structural Components, consisting of a multidisciplinary and community health steering committee, clearly defined tools and responsible units, and an integrated information system linking community hospitals with sub-district health promoting hospitals; 2) Care Process Components, divided into three phases: pre-service phase, involving screening of at-risk individuals in the community; treatment phase, multidisciplinary treatment and pulmonary rehabilitation involving patients and families; and referral and continuous follow-up phase through home visits; and 3) Outcome Components, focuses on three areas: clinical outcomes to reduce hospital readmissions, quality of life and process outcomes measured by self-care competency (CAT Score), and service system efficiency outcomes. Regarding the evaluation of COPD symptoms after the development of the guidelines, it was found that the average scores of COPD patients significantly decreased by 2.47 (95% CI: 0.91–4.02) compared to the pre-intervention period, demonstrating statistical significance.
Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Care Guidelines, Participation, Hospital-based care

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่ผิดปกติของปอดต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย เช่น ฝุ่นละออง หรือก๊าซต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรัง การอุดกั้นนี้มักจะไม่สามารถฟื้นกลับมาเป็นปกติได้เต็มที่ และมีแนวโน้มที่จะเป็นมากขึ้น ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่ระบบทางเดินหายใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลเสียต่อระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้อีกด้วย[1,2] World Health Organization[3] ได้รายงานในปี ค.ศ. 2021 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตนี้ถือเป็นอันดับสี่ของโลก และกว่าร้อยละ 90 ของผู้เสียชีวิตของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปีอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอันดับที่ 5 ของประชากรทั้งหมด (1) โดยมีผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 18,925 คน และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 18,169 คน มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ (อายุ 40 ปีขึ้นไป ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 14,243 ราย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 11,349 ราย มีอัตราการกำเริบ (exacerbation) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 134 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 124.8 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยในต่างประเทศ 85-130 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[2,4]

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความไวต่อสิ่งกระตุ้นของเพศหญิง และเนื้อเยื่อปอดถูกทำลายได้ง่ายกว่า การเจริญเติบโตของปอดตั้งแต่เป็นเด็ก ปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ การขาดเอนไซม์ alpha-1 antitrypsin และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ควันจากการสูบบุหรี่ทุกรูปแบบ ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้ โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุจากบุหรี่ และมลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน นอกบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ รวมถึงการเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรกลรวมถึงยานยนต์ต่าง ๆ [5,6,7,8,9]

แม้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เป้าหมายหลักของการรักษาและการจัดการโรคนี้ คือ การมุ่งเน้นที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแม้จะอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังก็ตาม ซึ่งรวมถึงการลดผลกระทบจากอาการของโรคและการป้องกันภาวะ

กำเริบ (exacerbation) การบรรลุเป้าหมายในการลดผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นพันธุกรรม หรือพฤติกรรมการปฏิบัติตน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลดภาวะซึมเศร้า เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมทางกายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม[1]

ด้วยเหตุนี้ แนวทางที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ จึงควรสอดคล้องกับการพัฒนาตาม 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)[10] ตั้งแต่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ การส่งเสริมความเข้มแข็งของบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข และการสนับสนุนจากนโยบายระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง[11] ร่วมกับแรงสนับสนุนทั้งทางครอบครัวและสังคม[12] กระบวนการ ซึ่งจะต้องถูกออกแบบการปฏิบัติงานและกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทำเพื่อวินิจฉัย รักษา และจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การประเมินกระบวนการมักพิจารณาว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือแนวปฏิบัติที่เหมาะสมหรือไม่ การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมควรเชื่อมโยงกับการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่ครบวงจร แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน และการติดตามผลที่ครอบคลุม โดยบูรณาการความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย รวมถึงองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้ป่วยจากการดูแลทางการแพทย์ที่ได้รับ[13,14]

โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนรัฐขนาด 30 เตียง มีการจัดบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ และจำเป็นต้องพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพ[16] จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ณ วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2568 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเหนือคลอง ปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 28 ราย 0 ราย และ 12 รายตามลำดับ และ อัตรา 43.05 0 และ 18.43 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูงที่สุดในจังหวัดกระบี่[15] โรงพยาบาลเหนือคลอง ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยลักษณะที่คล้ายคลึงกับระบบบริการที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป ที่เน้นการให้บริการภายในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) พยาบาลคัดกรองและประเมินอาการ 2) พยาบาลซักประวัติและประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง 3) แพทย์ให้บริการตรวจรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐาน และ 4) พยาบาลให้บริการหลังพบแพทย์ โดยเน้นการให้คำแนะนำเบื้องต้น การสอนสุขศึกษารายเดี่ยว/รายกลุ่ม และการนัดหมายติดตาม การดำเนินงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก อย่างไรก็ดี แม้จะมีการดำเนินงานตามขั้นตอนพื้นฐาน แต่การดูแลตามแนวทางเดิมยังประสบปัญหาและข้อจำกัดสำคัญต่อคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางเดิมเน้นที่กระบวนการ (Process) เป็นหลัก แต่ขาดการเชื่อมโยงและประเมินความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบระหว่าง โครงสร้าง (Structure) เช่น ทรัพยากร บุคลากร กับผลลัพธ์ (Outcome) เช่น คุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง ทำให้ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยเชิงโครงสร้างใดที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำไปสู่กระบวนการและผลลัพธ์ที่ดีที่สุด อีกทั้งด้านทักษะและการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ

ของการรักษาโรค การขาดทักษะนี้ทำให้การรักษาไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ควรจะเป็น

จากการศึกษาของ วิมลัก ธารางกูร[17] พบว่า การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) และ แบบ Accuhaler ในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่า การปฏิบัติการดูแลตนเองยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ที่พบกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ และข้อจำกัดในการได้รับยาสูดพ่นขยายหลอดลม ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องตรวจร่างกายและประเมินสภาพสรีระของผู้สูงอายุ รวมถึงจำเป็นต้องให้ความรู้ร่วมกันทั้งญาติ ผู้ดูแล ซึ่งการดูแลส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำและการสั่งการ (Provider-centered) ทำให้ขาดการมีส่วนร่วม (Participation) จากผู้ป่วยและชุมชน การที่ผู้ป่วยไม่ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผิดชอบต่อแผนการดูแลของตนเอง ทำให้ขาดแรงจูงใจและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ถูกต้องและยั่งยืน

จากข้อจำกัดข้างต้น การพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งมิติโครงสร้าง (Structure) ซึ่งจำเป็นต้องทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรพื้นฐาน มิติกระบวนการ (Process) ต้องนำรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น และมิติผลลัพธ์ (Outcome) มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อประเมินประสิทธิผลของการปรับปรุงโครงสร้างและกระบวนการ[10] ร่วมกับการส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมด้วยแนวคิดการมีส่วนร่วม ทั้งการมีส่วนร่วมระดับปัจเจกบุคคล ด้วยการสื่อสารแบบสองทาง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถให้ข้อเสนอแนะและเข้าร่วม การตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการดูแลส่วนบุคคล และการขยายบทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปยังผู้นำชุมชนและ อสม. เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและการติดตามผู้ป่วยในบริบทชีวิตประจำวัน รวมถึงการสร้างกลุ่มสนับสนุนออนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งจะสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง[18] ด้วยเหตุนี้การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยทบทวนคุณภาพทั้งการรักษา และกระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญและอิทธิพลต่อทั้งภาวะสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[1,19]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[20,21] ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ดำเนินการศึกษาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอน

การปฏิบัติ 3) ขั้นตอนการสังเกต และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์จากสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมาในโรงพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้าน/ชุมชนในพื้นที่ศึกษา และแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดกุดกั้นเรื้อรัง ของสมาคมอายุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์[2] มายกร่างประเด็นเนื้อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเหนือคลอง ถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะ เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเหนือคลองทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล หรือการดูแลในชุมชน และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ แนวคำถามในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมระดมความคิด (Brainstorming) ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 16 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากอุบัติการณ์ และข้อจำกัดของการจัดบริการทั้งแรกรับ การจัดบริการภายในหน่วยบริการ และการส่งต่อ

2. การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อนำเสนออุบัติการณ์ และร่วมวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ที่ผ่านมา และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกัน

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการดำเนินการตามกรอบแนวคิดการพัฒนาของ Donabedian, A (10) 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ครอบคลุมทั้ง ระยะก่อน ระยะเข้าสู่การเข้ารับบริการภายในโรงพยาบาล และระยะส่งต่อระหว่างสถานบริการ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล และผู้รับบริการที่มารับบริการและเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะ (Criteria Purposive Sampling) ดังนี้

1. เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2569 และเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ และพยาบาล มีความสามารถในการสื่อสาร และโต้ตอบได้

2. เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล ซึ่งดูแลตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอด

อุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติการในพื้นที่ดำเนินการ

2. แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัย และการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) ของ วิลัยวรรณ มากมี[22] แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินแนวปฏิบัติรายหมวด จำนวน 6 หมวด จำนวน 23 ข้อ 2) การประเมินแนวปฏิบัติในภาพรวม จำนวน 2 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 30 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 คน ใช้เวลาในการประชุม 3-5 ชั่วโมงเพื่อพิจารณา และดำเนินการตามแนวทางการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. การดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้รับบริการที่มารับบริการและเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คนเป็นระยะเวลา 3 เดือน

3. ขั้นตอนการสังเกต เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกต นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน เพื่อประเมินผลตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลในการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลโดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2569 และเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งได้รับการดูแล และติดตามต่อเนื่อง มีความสามารถในการสื่อสาร และโต้ตอบได้

2. เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งดูแล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง

ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. CAT (COPD Assessment Test)

2. แบบประเมินระดับความรู้สึกเหนื่อย (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; mMRC))

3. แนวคำถามในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับ

2. การรวบรวมและบันทึกผลการดำเนินงานตลอดจนประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จำนวน 30 คน ที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี งบประมาณ 2569 ตามระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design) โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึก และความมั่นใจของตนเองทั้งหมด ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล จำนวน 5-7 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 นาที ต่อคน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน โดยส่วนที่ดำเนินการได้ดีนำไปขยายผล และปรับรูปแบบและปฏิบัติซ้ำในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล โดยมีคุณลักษณะ คือ เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ แนวคำถามในการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 30 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 คนใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1.แนวคำถามรูปแบบในการปฏิบัติทางการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาล พร้อมรับฟังข้อคิดเห็น ที่พัฒนาขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบและมีความเชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดและการกระจายของข้อมูล และสถิติเชิงอ้างอิง paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และการบันทึกมาทบทวน ตามความสอดคล้องของข้อมูล และประเด็นที่สำคัญ

2. นำข้อมูลมาทบทวนอีกครั้งโดยละเอียดและตีความ พร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญ

3. นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความ แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างหัวข้อสรุป และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล โดยดำเนินการจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ จากการอ่านทบทวนข้อมูลปฐมภูมิที่อยู่ในรูปข้อความทางภาษาซึ่งเก็บรวบรวมได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ศึกษา เสร็จแล้วจึงแบ่งแยกข้อมูลดังกล่าว ออกเป็นส่วนย่อย (Breaking Down) ตามหน่วยความหมาย (Meaning Unit) หรือหน่วยวิเคราะห์ (Analysis Unit) ในระดับเบื้องต้น จากนั้นดำเนินการกำหนดข้อความสั้น ๆ เพื่อใช้เป็นหัวข้อสรุปแนวคิดที่สะท้อนความหมายสำคัญ แล้วจึงนำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึง หรือแตกต่างกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิด (Conceptual Categories) ต่าง ๆ

4. ดำเนินการเขียนอธิบายสิ่งที่ค้นพบ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้ เพื่อแสดงความชัดเจนของรูปแบบการดูแลระยะยาว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่ KBO-IRB 2025/16.3010 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ สามารถอธิบายผลการศึกษาได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม และ 3) ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย COPD assessment test ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน ทั้งหมด เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 30 2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 41.17

ส่วนที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ดังนี้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม คือ การดูแลและติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกันระหว่างบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน

ทั้งนี้สามารถอธิบายองค์ประกอบที่สำคัญของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วย 3 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนเข้ารับบริการ (Pre-service) ระยะเข้าสู่การรักษาใน รพช. (In-hospital Care) และระยะส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง (Referral & Continuity) และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ภาพประกอบ 1)

1. องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง ~~ซึ่ง~~เป็นโครงสร้างพื้นฐานของการดูแลที่นำไปสู่คุณภาพในการดูแล ทั้งการเตรียมความพร้อม และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนแนวทาง COPD ร่วมประกอบด้วยบุคลากรซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ หลัก คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และทีมสุขภาพซึ่งดำเนินการในระดับปฐมภูมิ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนร่วมในคณะทำงาน

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การมีเครื่องมือ และการจัดตั้งหน่วยรับผิดชอบและให้การดูแลที่ชัดเจน ทั้งในโรงพยาบาลซึ่งจำเป็นต้องมีคลินิกที่กำหนดวันเวลาที่ชัดเจนเพื่อประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งการจัดให้มีชุดฝึกการพ่นยาวิดีโอ/แผ่นพับภาพขนาดใหญ่สำหรับผู้สูงอายุ และชุมชนจำเป็นต้องมีพื้นที่ออกกำลังกายของชุมชนหรือการมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และมีแบบคัดกรองความเสี่ยง และแบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านซึ่งให้ความสำคัญไปที่ควันบุหรี่ และควันเผาขยะ

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การมีระบบสารสนเทศ ในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาล

จะต้องมีระบบแจ้งเตือนการผิดนัด และส่งข้อมูลผู้ป่วยถึง รพ.สต. ทันทีหลังจำหน่าย ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนมีการเยี่ยมบ้าน COPD และถูกบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งมีการประเมินการใช้ยาที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วย 3 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนเข้ารับบริการ (Pre-service) ระยะเข้าสู่การรักษาใน รพช. (In-hospital Care) และระยะส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง (Referral & Continuity) ดังนี้

ระยะก่อนเข้ารับบริการ (Pre-service) คือ ระยะก่อนเข้ารับบริการโดยให้ความสำคัญต่อการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงจากชุมชน ซึ่งอาจมาจากการพฤติกรรมของผู้ป่วยเดิม เช่น การสูบบุหรี่ และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทั้งจากการประกอบอาชีพ หรือจากการเผาขยะที่โล่งในชุมชน

ระยะเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital Care) ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะทำหน้าที่ในการนัดหมายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีอาการกำเริบ จนไปถึง ระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลโดยแพทย์ ซึ่งแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพจะร่วมกันกันจัดทำแผนการรักษา ขณะเดียวกันนักกายภาพบำบัดจะเริ่มดำเนินการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถนะของปอดด้วยแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสม และส่งต่อแผนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อช่วยในการดูแล โดยผู้ป่วย และญาติจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งในระยะนี้ที่ยังสูบบุหรี่จะถูกส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ด้วย

ระยะส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง (Referral & Continuity) คือ ระยะหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หรือได้รับการวินิจฉัยให้กลับบ้านได้ และต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ทำให้อาจมีความเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงกลับมาซ้ำได้อีก เช่น ได้รับควันจากการเผาในที่โล่งซึ่งชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงผู้นำชุมชนจำเป็นต้องมีการรณรงค์ให้ชุมชนปลอดควัน ในด้านการใช้ยา ญาติจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะการพ่นยา เพื่อป้องกันปัญหาการลืมวิธีพ่นยาของผู้ป่วย และการติดตามต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้านซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขจะดำเนินการเยี่ยมบ้านซึ่งภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย เพื่อประเมินการใช้ยา ทั้งความถูกต้องและสม่ำเสมอ การเลิกบุหรี่ และสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นอาการ สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้ จะมีการประชุมรายกรณีร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนเพื่อค้นหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

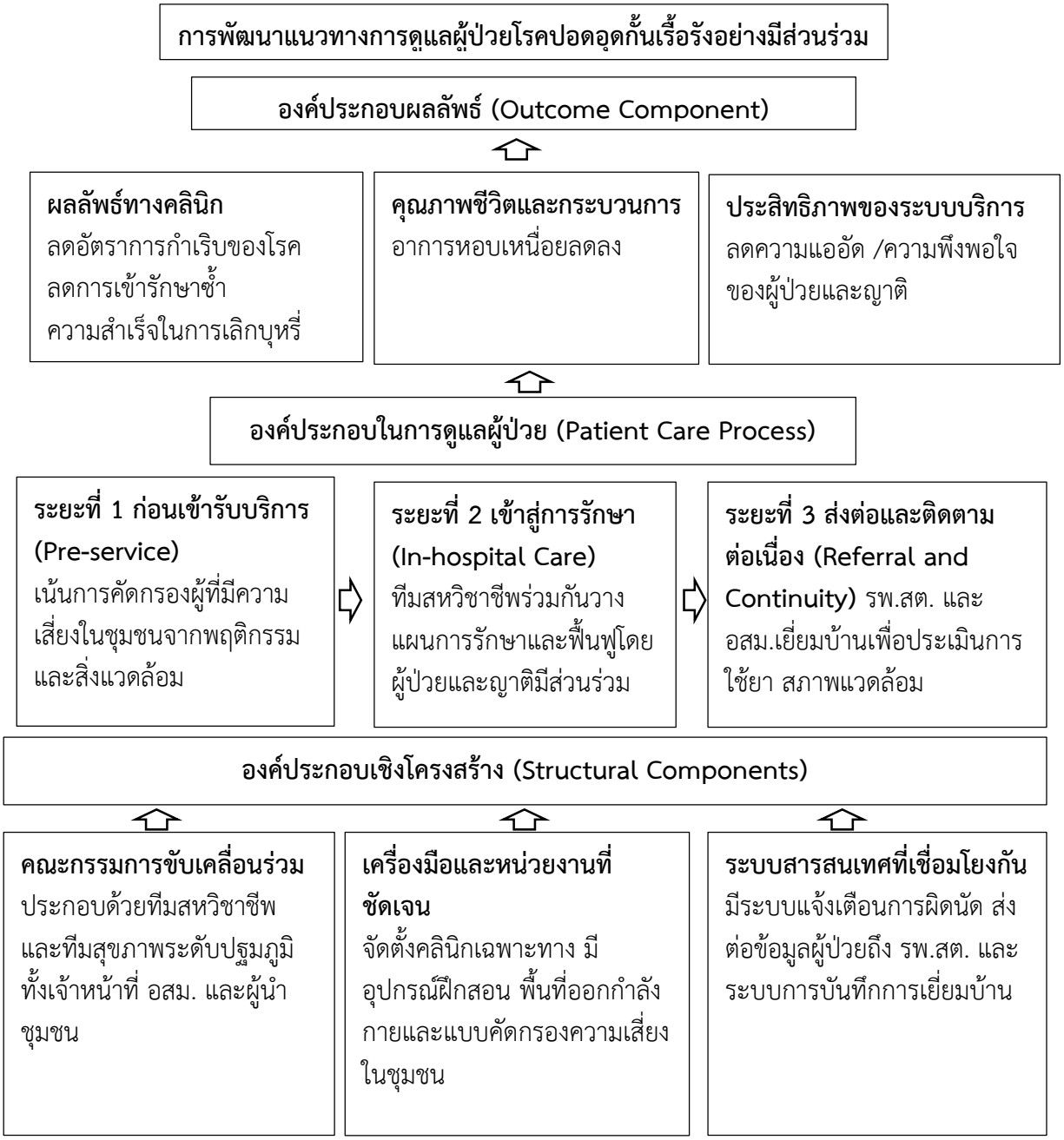
3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพร่วมกันของสหวิชาชีพครอบคลุมผลลัพธ์ทางคลินิก ผลของการพัฒนากระบวนการ ประสิทธิภาพของระบบบริการและองค์กร ดังนี้

องค์ประกอบย่อยที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิก เน้นไปที่การลดอัตราการกำเริบของโรค ซึ่งเป็นผลจากการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และการลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน ตามแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการพิจารณาถึงอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ และทักษะการใช้ยาพ่น

องค์ประกอบย่อยที่ 2 **ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและคุณภาพชีวิต** คือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากสมรรถนะของปอดที่ได้รับการฟื้นฟู และสามารถลดอาการหอบเหนื่อยในชีวิตประจำวันได้จริง โดยวัดจากแบบประเมินสมรรถนะการดูแลตนเอง หรือ CAT Score

องค์ประกอบย่อยที่ 3 **ผลของการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการและองค์กร** ครอบคลุมทั้งความแออัดในโรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอก จากอาการกำเริบเฉียบพลัน และ

ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติ ในการตอบสนองความต้องการและความเชื่อมั่นในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลได้



ภาพประกอบ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย COPD assessment test พบว่าหลังการพัฒนาแนวทาง กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M=5.83,SD=5.08; M=3.37,SD=2.87; p –value <0.05) แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้สภาวะสุขภาพหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคดีขึ้น ขณะที่ผลการประเมินความเหนื่อย (mMRC dyspnea score) พบว่า หลังการพัฒนาแนวทางค่าเฉลี่ยของความเหนื่อยลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M=0.93,SD=0.91; M0.67,SD=0.48; p –value >0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD assessment test) และขั้นความรุนแรงของอาการเหนื่อย (mMRC score) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Variable	ก่อน		หลัง		Mean difference	95%CI	t	df	*p-value**
	Mean	SD	Mean	SD					
CAT score	5.83	5.08	3.37	2.87	2.47	0.91- 4.02	3.24	29	0.003*
mMRC dyspnea score	0.93	0.91	0.67	0.48	0.27	-0.01-0.54	1.97	29	0.058

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ การมีคณะกรรมการขับเคลื่อนร่วม การมีเครื่องมือและหน่วยงานที่ชัดเจน และมีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกัน 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วย 3 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนเข้ารับบริการ ระยะเข้าสู่การรักษา และระยะการส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของระบบบริการนั้น

หากพิจารณาถึงองค์ประกอบหลักเชิงโครงสร้างจะพบว่าทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายองค์กรรัฐและเอกชน หรือร้านยาในชุมชน และแกนนำชุมชน[23,24] มีบทบาทสำคัญไม่เฉพาะเพียงผู้ป่วย ซึ่ง ศิริณา รักกลิ่น[14] พบว่า การบูรณาการความร่วมมือร่วมกันจะทำให้การดูแลประสบความสำเร็จได้ ทั้งนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง อาทิ ปัญหาควันจากการเผาในที่โล่ง ไม่สามารถจัดการได้เพียงตัวของผู้ป่วยเท่านั้น[1] อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะ เช่น การฝึกทักษะการพ่นยา เพื่อป้องกันปัญหาการลืมวิธีของผู้ป่วย ร่วมกันทั้งกับญาติและสหวิชาชีพ[17] ขณะที่ การศึกษาของ นริศรา เสามั่น และคณะ[23] ยังพบการส่งเสริมโปรแกรมการสร้างความผูกพันของชุมชน ด้วยกระบวนการใช้เครื่องมือที่ชัดเจนในการดำเนินงาน เช่น แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD easy screening) เครื่อง Peak Flow Meter เพื่อประเมินสมรรถภาพปอด และแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม โดยดำเนินงานผ่านหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พร้อมทั้งมีการจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการใช้ระบบดิจิทัลเพื่อช่วยให้แกนนำและผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลและมีส่วนร่วมในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่เพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลได้อย่างถูกต้อง

ขณะที่การดูแลทั้งก่อนการรักษา การเข้าสู่การรักษา และการส่งต่อ ที่เน้นบทบาทของสหสาชาวิชาชีพร่วมกับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ de Zwart et al[25] ซึ่งได้พัฒนารูปแบบ I-TEAM model (Interprofessional Teamwork for COPD in Primary Care) ซึ่งเป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดอาการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยไม่เน้นเพียงการใช้ยา แต่ครอบคลุมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น รูปแบบการใช้ชีวิต สภาพร่างกาย เช่น มวลกล้ามเนื้อลดลง และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า และสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration - IPC) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและไม่แยกส่วน ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ ระยะ 1 การส่งต่อไปยังสถานพยาบาล

ระดับทุติยภูมิ (Referral to secondary care) ซึ่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือพยาบาลจะจัดทำจดหมายส่งตัวที่มีข้อมูลพื้นฐานที่ละเอียดและครบถ้วนมากขึ้น ระยะ 2 การวินิจฉัยและคัดกรองผู้ป่วย (Diagnostics inclusion) คัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมเข้าระบบ โดยต้องเป็นผู้ป่วย COPD ที่มีปัญหาซับซ้อน (Treatable Traits) และได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป ระยะ 3 การส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลในระดับปฐมภูมิ (Referral back to primary care) แพทย์เฉพาะทางจะส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อมแผนการรักษาที่ชัดเจน โดยระบุปัญหาที่ต้องจัดการแยกตามสาขาวิชาชีพ ระยะ 4 การเริ่มต้นทีมสหวิชาชีพ (Initiation of the IPC team) มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานทีม เชิญบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาร่วมประชุมวางแผน และสร้างข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลร่วมกันต่อเนื่อง (IPC in primary care) โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้อย่างน้อย 3 เดือน และสิ้นสุดด้วยระยะ 5 การประชุมประเมินผลการดูแล ซึ่งทั้ง I-TEAM model และแนวทางที่พัฒนาขึ้นจำเป็นต้องเน้นการรับฟังเสียงจากผู้ป่วย และถูกพัฒนาจากบุคลากรหน้างานเช่นกัน

หลังการพัฒนาแนวทาง กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้สภาวะสุขภาพหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคดีขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และการติดตามอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการไอ หรือการมีเสมหะ และเพิ่มความมั่นใจในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ขณะที่ผลการประเมินความเหนื่อย (mMRC dyspnea score) พบว่า หลังการพัฒนาแนวทาง ค่าเฉลี่ยของความเหนื่อยลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยที่รักษายากหลายอย่างร่วมกัน เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง (Emphysema) การขาดออกซิเจน (O_2 desaturation) และความไม่ทนทานต่อการออกกำลังกาย (Exercise intolerance) ซึ่ง Meng at el[26] ได้อธิบายเพิ่มเติมอีกว่าการจัดการแบบเฉพาะบุคคล (Personalised management) มีความสำคัญมากในการลดความเสี่ยงการกลับมานอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ดีการพัฒนาแนวทางครั้งนี้จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น และติดตามผลรายกรณีให้เกิดความชัดเจนเชิงพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ ทับทิมกลาง, วารุณี พลิกบัว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Nurs Sci J Thail. 2567 Dec 27;42(4):53–67.
2. สมาคมอายุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ: สมาคมอายุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
3. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 26]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
4. Wang Z, Lin J, Liang L, Huang F, Yao X, Peng K, et al. Global, regional, and national burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors from 1990 to 2021: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Respir Res. 2025 Dec;26(1):1–11.
5. C P, N P, A D, T T, C B, C L, et al. Clinical characteristics, management in real world practice and long-term survival among COPD patients of Northern Thailand COPD club members. J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet [Internet]. 2007 Apr [cited 2025 Jul 26];90(4). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17487118/

6. D D, K de H, N PH, I F, Y C, S DM, et al. Air pollution, lung function and COPD: results from the population-based UK Biobank study. Eur Respir J [Internet]. 2019 Jul 25 [cited 2025 Jul 26];54(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31285306/
7. Da L, S E, G DS. Association of birth weight with adult lung function: findings from the British Women's Heart and Health Study and a meta-analysis. Thorax [Internet]. 2005 Oct [cited 2025 Jul 26];60(10). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16055617/
8. Ek S, St W, Jm D, Ha C, V C, Ej C, et al. Gender-related differences in severe, early-onset chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2000 Dec [cited 2025 Jul 26];162(6). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11112130/
9. Jk S, Ls A. Alpha1-antitrypsin deficiency. Lancet Lond Engl [Internet]. 2005 [cited 2025 Jul 26];365(9478). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15978931/
10. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Q. 2005;83(4):691–729.
11. Tuangratananon T, Julchoo S, Phaiyarom M, Panichkriangkrai W, Pudpong N, Patcharanarumol W, et al. Healthcare providers' perspectives on integrating NCDs into primary healthcare in Thailand: a mixed method study. Health Res Policy Syst. 2021 Nov 27;19(1):139.
12. ศศิธร แสงสุข, ไสว โสมาบุตร, มนัสนันท์ สุพรรณโมก. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดชุม. ยโสธรเวชสาร. 2567 May 13;26(1):113–26.
13. ประภา โพธิหัง, วิสาร์กร มดทอง. ประสิทธิผลของระบบบริการที่พัฒนาขึ้นต่อการควบคุมอาการหอบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(5):866–76.
14. ศิริณา รังกลิ่น. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(4):764–9.
15. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. HDC Service [Internet]. 2568 [cited 2568 Aug 14]. Available from: https://hdc.moph.go.th/kbi/public/standard-report-detail/33b1c30a4652927ac32fee24e8906170
16. อัจฉราพร กิ่งเล็ก, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. J POLICE NURSES Health Sci. 2560;9(2):54–63.
17. วิมลัก ธารางกูร. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุคลินิกหอบหืด และปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2567;2(2):29–40.
18. Mannarini T, Fedi A, Trippetti S. Public involvement: How to encourage citizen participation. J Community Appl Soc Psychol. 2010;20(4):262–74.
19. Fusi-Schmidhauser T, Froggatt K, Preston N. Palliative care integration for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Identifying essential components using participatory action research. Palliat Med. 2021 Dec 1;35(10):1933–40.
20. Nata Tubtimcharoon. PARTICIPATORY ACTION RESEARCH: A POSSIBLE RESEARCH METHOD FOR DEVELOPING SUSTAINABLE TOURISM IN THAILAND. Panyapiwat J. 2021;13(2):293–309.
21. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558;2(1):29–49.
22. วิลัยวรรณ มากมี. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
23. นริศรา เสามั่น, สุทธีพร มูลศาสตร, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเราขา. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุรินทร์. J Thail Nurs Midwifery Counc. 2568 Jul 8;40(03):488–505.
24. De Miguel-Díez J, Fernández-Villar A, Doña Díaz E, Padilla Bernáldez M, Trillo-Calvo E, Molina París J, et al. Chronic Obstructive Lung Disease: Treatment Guidelines and Recommendations for Referral and Multidisciplinary Continuity of Care. J Clin Med. 2024 Jan;13(2):303.

25. de Zwart F, van den Bemt L, van den Borst B, de Man M, van den Heuvel M, Spruit M, et al. Developing an interprofessional collaboration for COPD patients in primary care: a participatory action research approach. NPJ Prim Care Respir Med. 2025 Oct 14;35:43.
26. Meng W, Ma Y, Wu J, Wang J, Zhao R, Liu S, et al. Prevalence of treatable traits among patients with very severe COPD across STAR and GOLD classification: A multicenter cohort study. Pulmonology. 2026 Jan 14;32(1):2613525.

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

Effect of Food Sanitation Knowledge and Behavior Program on Against E-coli Bacterial Presence in Eatery and Food Stands in Phakdeechumphol District, Chaiyaphum Province.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 17,2026 ; Accepted: February 19,2026)

พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์[1]
phongsamut Jenborirak[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลจากแบบทดสอบ แบบสอบถามและแบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

จากการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ หลังการอบรมคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังการดำเนินโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีจำนวนสถานประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรม, สุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design with a one-group pretest–posttest approach. The objective was to examine the effects of a program for developing knowledge and behaviors related to food sanitation among food establishment operators and food handlers in restaurants and street food stalls in Phakdi Chumphon District, Chaiyaphum Province. Data were collected using a knowledge test, a questionnaire, and standardized assessment forms for restaurant and street food stall sanitation. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using the dependent t-test.

The results revealed that after the implementation of the food sanitation knowledge and behavior development program, the mean scores of knowledge and food sanitation behaviors among restaurant and street food stall operators were significantly higher than those before the intervention at the 0.05 level. In addition, following the implementation of the program, the number of restaurants and street food stalls that met the standard food sanitation criteria increased. These findings indicate that the program was effective in improving food sanitation knowledge, promoting appropriate sanitation behaviors, and enhancing compliance with food sanitation standards among food establishments in the study area.

Keywords: Knowledge and Behavior Program, Food sanitation in restaurants and street food stalls

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภักดีชุมพล

บทนำ

สุขาภิบาลอาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญของการคุ้มครองสุขภาพประชาชนและเป็นกลไกหลักในการป้องกันโรคที่มีอาหารเป็นสื่อ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าประชากรโลกประมาณ 1 ใน 10 มีความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากอาหารในแต่ละปี และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 420,000 คนต่อปี โดยโรคอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุสำคัญ ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ[1,2]

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการกำหนดนโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างต่อเนื่อง แต่โรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อยังคงพบได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนและแหล่งจำหน่ายอาหารสาธารณะ ข้อมูลระบบเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค ระบุว่ายังคงพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วงจากการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนในทุกปี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารที่ไม่ถูกต้องของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร[3]

การปนเปื้อนของอาหารสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร การจัดการวัตถุดิบอาหาร การใช้ภาชนะและอุปกรณ์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงสภาพแวดล้อมของสถานที่จำหน่ายอาหารที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อ ดังนั้น การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารจึงเป็นหัวใจสำคัญในการลดความเสี่ยงและยกระดับความปลอดภัยอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางและมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยเฉพาะมาตรฐานสุขาภิบาลสถานที่จำหน่ายอาหาร (SAN) ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับ และประเมินคุณภาพสถานที่จำหน่ายอาหาร ทั้งร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยและข้อมูลเชิงพื้นที่ยังพบว่าสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวนมากไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบการอาหาร[4]

อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ มีสถานที่จำหน่ายอาหาร 35 แห่ง ผ่านมาตรฐาน SAN 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.9 พบว่าผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารยังมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารที่ไม่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคจากอาหารในชุมชน[5] ดังนั้น การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในพื้นที่ดังกล่าว จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในการยกระดับความรู้ พฤติกรรม และการปฏิบัติตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร อันจะนำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพของผู้บริโภคและการพัฒนาระบบความปลอดภัยอาหารในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.1 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร

2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลร้านอาหาร (SAN) ของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ร้านอาหาร จำนวน 10 ร้าน และแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 25 แห่ง รวมทั้งสิ้น 35 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ประกอบกิจการหรือผู้สัมผัสอาหาร ร้านละ 1 คน รวม 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยต้องมีประสบการณ์ในการประกอบกิจการหรือสัมผัสอาหารไม่น้อยกว่า 1 ปี สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร อ้างอิงตามแนวทางการอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[6] ดังนี้

1.1 หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการ มีระยะเวลาการอบรม จำนวน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย

ชั่วโมงที่ 1 หลักการสุขาภิบาลอาหารและอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย

ชั่วโมงที่ 2 มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร

ชั่วโมงที่ 3 สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร

ชั่วโมงที่ 4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบกิจการด้านอาหาร

ชั่วโมงที่ 5 การบริหารจัดการสถานประกอบกิจการด้านอาหาร

ชั่วโมงที่ 6 การสาธิตและฝึกปฏิบัติ

1.2 หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหาร มีระยะเวลาการอบรม จำนวน 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย

ชั่วโมงที่ 1 หลักการและมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบกิจการด้านอาหาร

ชั่วโมงที่ 2 สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหารและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร

ชั่วโมงที่ 3 การสาธิตและฝึกปฏิบัติ

2. แบบทดสอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

3. แบบประเมินพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร

4. แบบประเมินสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน SAN สำหรับร้านอาหาร และแบบตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 107/2568 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการหรือผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 ส่วนใหญ่มีอายุ 50 –

59 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.88 ปี (S.D.=8.19 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น จำนวน 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.6 ส่วนใหญ่ประเภทร้านอาหารเป็นประเภทแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60

2. ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

2.1 ระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการอบรม พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารอยู่ในระดับสูง (คะแนน ≥ 40 คะแนน) จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 30 - 39 คะแนน) จำนวน 14คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 38.94 คะแนน (S.D.=4.64) โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด 24คะแนนและค่าคะแนนสูงสุด 46 คะแนน และหลังการอบรม พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารอยู่ในระดับสูง (คะแนน ≥ 40 คะแนน) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 46.77 คะแนน (S.D.=2.00) โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด 42 คะแนนและค่าคะแนนสูงสุด 49 คะแนน

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการอบรมของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า หลังการอบรมคะแนนความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังการอบรมกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารเพิ่มมากขึ้น

3. พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

3.1 ระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (คะแนน ≥ 80 คะแนน) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 95.03 คะแนน (S.D.=3.13) โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด 85 คะแนนและค่าคะแนนสูงสุด 100 คะแนน และหลังการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (คะแนน ≥ 80 คะแนน) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 98.25 คะแนน (S.D.=2.18) โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด 89 คะแนนและค่าคะแนนสูงสุด 100 คะแนน

3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า หลังการอบรมคะแนนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังการอบรมกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารเพิ่มมากขึ้น

4. การประเมินสุขาภิบาลอาหาร SAN “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 สำหรับประเมินร้านอาหาร ของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้านอาหารที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้ง จำนวน 14 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 40 โดยพบว่าก่อนการอบรมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จากการลงพื้นที่ประเมิน สุขาภิบาลอาหาร SAN “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 สำหรับประเมินร้านอาหารของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN จำนวน 4 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และหลังการอบรมได้ลงพื้นที่ประเมิน พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN จำนวน 12 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 85.71

5. การประเมินสุขาภิบาลอาหาร แบบตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหาร ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหารของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างแผงลอยจำหน่ายอาหาร ที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้ง จำนวน 21 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 60 โดยพบว่าก่อนการอบรมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จากการลงพื้นที่ประเมิน สุขาภิบาลอาหาร แบบตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหาร ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหารของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 47.61 และหลังการอบรมได้ลงพื้นที่ประเมิน พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 19 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 90.47

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสามารถเพิ่มพูนระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ดำเนินการมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อนุสรณ์ สุกสีเหลือง[7] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ของผู้สัมผัสอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ สุมัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประชุม[8] ซึ่งรายงานว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธจักร ช่วยราย[9] ซึ่งพบว่าการพัฒนาองค์ความรู้ผ่านโปรแกรมเฉพาะทางช่วยยกระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการแผงลอยได้อย่างชัดเจน ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารที่อ้างอิงหลักวิชาการ มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และบริบทของผู้ประกอบการใน

พื้นที่ มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งความรู้ดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารที่ถูกต้องและยั่งยืน

พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ประกอบกิจการหรือผู้สัมผัสอาหารภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แม้ว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมากแล้ว แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมมีความสม่ำเสมอและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างและตอกย้ำพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้ถูกต้องตามหลักวิชาการได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุสรณ์ สุกสีเหลือง[7] และกรรณิการ์ ลดาสุวรรณ สุมัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประชุม[8] ซึ่งพบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา พุทธจักร ช่วยราย[9] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมเชิงระบบสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคที่มีอาหารเป็นสื่อ และส่งเสริมความปลอดภัยอาหารเพื่อการคุ้มครองสุขภาพของผู้บริโภคในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

การประเมินสุขาภิบาลอาหาร SAN “สถานที่จำหน่ายอาหาร” สำหรับร้านอาหาร จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร สัดส่วนร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์ SAN เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 28.57 เป็นร้อยละ 85.71 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถยกระดับคุณภาพสถานที่จำหน่ายอาหารให้เป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านสถานที่ อาหาร กรรมวิธีการปรุง ภาชนะอุปกรณ์ และสุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย ที่กำหนดให้การประเมิน SAN เป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมความเสี่ยงด้านสุขาภิบาลอาหาร และสอดคล้องกับงานวิจัยของพุทธจักร ช่วยราย[9] ที่พบว่าการพัฒนาองค์ความรู้และพฤติกรรมของผู้ประกอบการส่งผลโดยตรงต่อการผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า การประเมินสุขาภิบาลอาหาร SAN เป็นกลไกสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาองค์ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร และยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการยกระดับร้านอาหารให้ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารอย่างยั่งยืน

การประเมินสุขาภิบาลอาหารแบบตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหาร จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร สัดส่วนแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.61 เป็นร้อยละ 90.47 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถยกระดับคุณภาพสุขาภิบาลของแผงลอยจำหน่ายอาหารได้อย่างชัดเจน ทั้งด้านอาหาร กรรมวิธีการปรุง ภาชนะอุปกรณ์ สุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร

และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการปนเปื้อน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย ที่มองว่าแผงลอยเป็นสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีความเสี่ยงสูง และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณฐมน สืบซุย[10] และ ธาริษา อร่ามเรือง และคณะ[11] ที่ชี้ให้เห็นว่าการขาดความรู้และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แผงลอยไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า การประเมินสุขาภิบาลอาหารแบบตรวจแผงลอยเป็นเครื่องมือที่สะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาองค์ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการแผงลอยได้อย่างชัดเจน และผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสามารถลดความเสี่ยงด้านสุขาภิบาลอาหารและเสริมสร้างความปลอดภัยอาหารในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสามารถเพิ่มระดับความรู้พฤติกรรม และการผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่อื่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและความปลอดภัยของผู้บริโภคในระดับชุมชน

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามผลหลังการอบรม เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การนิเทศติดตามในพื้นที่ หรือการใช้เครือข่ายผู้ประกอบการเป็นกลไกในการถ่ายทอดความรู้และแบบอย่างที่ดี เพื่อเสริมสร้างการคงอยู่ของพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารที่ถูกต้องในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Foodborne diseases. Retrieved August 1, 2025, from https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases
2. World Health Organization. (2019). Framework for action on food safety in the WHO South-East Asia Region. WHO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/indonesia/framework-for-action-on-food-safety.pdf
3. กรมควบคุมโรค. (2567). ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2567 สัปดาห์ที่ 28 (14–20 กรกฎาคม 2567). วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 55(1), 1–5.
4. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารสถานที่จำหน่ายอาหาร (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง ประเทศไทย.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภักดีชุมพล. (2567). รายงานการประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ประจำปี 2567. เอกสารประกอบการรายงาน
6. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. http://foodsan.anamai.moph.go.th

7. อนุสรณ์ สุกสีเหลือง. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร จังหวัดอ่างทอง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 10(4), 197–205. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech
8. กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ, สุมัทนา กลางคาร, & กษมา วงษ์ประชุม. (2568). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8(1). https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/issue/view/18572
9. พุทธจักร ช่วยราย. (2558). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านแผงลอยจำหน่ายอาหาร เขตอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(3), 41–57. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/34783
10. ณฐมน สืบซุย. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 783–791. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech
11. ธาริษา อร่ามเรือง, วิทยา อินวันนา, & ชญาภัทร พันธ์งาม. (2565). การศึกษาสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร พื้นที่ตลาดตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 9(1), 1–15. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ckj

การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม Development of clinical competence of professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction, Nursing Division, NaWa Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 18,2026 ; Accepted: February 20,2026)

ทัศนีย์ สิทธิ[1]
Tassanee Sitthi[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและผลของการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 37 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าจำนวน ร้อยละ แบบประเมินสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผลของการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้าน ก่อน-หลังการพัฒนาพบว่า ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.20 (SD=.83) เพิ่มขึ้นเป็น 3.89 (SD=.80) ด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อนค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 (SD=.80) เพิ่มขึ้นเป็น 4.02 (SD=.80), ด้านการนิเทศ/ให้คำแนะนำค่าเฉลี่ย 3.35 (SD=.71) เพิ่มขึ้นเป็น 4.00 (SD .75) และด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.06 (SD=1.29) เพิ่มขึ้นเป็น 3.71 (SD=.90) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ สมรรถนะ, พยาบาลวิชาชีพ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Abstract

This action research aimed to study the development process and outcomes of clinical competency development for professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction at Nawa Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 37 professional nurses working in the nursing group, selected using purposive sampling, who met the specified criteria. Data collection was conducted using a clinical competency assessment form for professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction. Conducted from July to December 2025. General data were analyzed using percentages and metrics. The clinical competency assessment form for professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction was analyzed using means and standard deviations, with paired t-tests used for pre- and post-activity data analysis.

The study results are as follows: The results of developing clinical competencies of professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction at Nawa Hospital, Nakhon Phanom Province, showed that the average scores of clinical competencies of professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction increased significantly before and after development. Specifically, the scores

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

for: nursing care for patients with acute myocardial infarction increased from 3.20 (SD=.83) to 3.89 (SD=.80); managing complications increased from 3.48 (SD=.80) to 4.02 (SD=.80); supervision/guidance increased from 3.35 (SD=.71) to 4.00 (SD=.75); and improving the quality of care using evidence increased from 3.06 (SD=1.29) to 3.71 (SD=.90). These differences were statistically significant at the .05 level.
Keywords: Competency, Professional Nurse, Acute Myocardial Infarction

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญของทั้งประเทศไทยและประเทศที่พัฒนาแล้วทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปีพ.ศ. 2573 ประชากรทั่วโลกจะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน ในปีพ.ศ. 2566 พบมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 แสนราย เสียชีวิต 3 หมื่นราย ในปีพ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 707,709 รายเสียชีวิต 41,689 รายคิดเป็น 5.89 ต่อแสนประชากร เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือ การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุดภายใน 6 ชั่วโมง ด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง และหากรอดชีวิตอาจจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้[2] เขตบริการสุขภาพที่ 8 พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ในปีพ.ศ. 2565-2567 จำนวน 2,077, 1,953 และ 1,910 คน ตามลำดับ จังหวัดนครพนมมีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) จำนวน 204, 186 และ 181 คน ตามลำดับ และโรงพยาบาลนาหว้า มีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด จำนวน 20, 21 และ 12 ราย ตามลำดับ[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังเช่น ลักคณา บุญมี[4] ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: บทบาทของพยาบาลระดับทุติยภูมิ พบว่าบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีความสำคัญในส่วนของการประเมิน คัดแยก ตรวจวินิจฉัย ถูกต้องรวดเร็ว สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดส่งต่อให้ในกรณีเกินศักยภาพ พยาบาลในระดับทุติยภูมิจึงมีความสำคัญในการดูแลรักษารักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรมีสมรรถนะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคสำคัญหากเกิดขึ้นมีความรุนแรงส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้ทันที โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยทุกระยะใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่แรกรับในขณะเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือระยะวิกฤต การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การดูแลระยะส่งต่อการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงความสามารถในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

โรงพยาบาลนาหว้า ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างเป็นรูปธรรม และยังไม่มีการประเมินสมรรถนะที่ชัดเจน จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลตามการประเมินตนเอง เพื่อที่จะได้ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะทางที่เหมาะสมตามมาตรฐานหรือไม่อย่างไร และต้องการการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านใดบ้าง และนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

2) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาร์เรลลี และคณะ (Marrelli et al., 2005) ประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ขั้นการวางแผน (Planning), ขั้นการลงมือปฏิบัติ (action), ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และขั้นสะท้อนกลับ (reflection) ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหว้า ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้คลอด และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ปฏิบัติงานในช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 37 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาหว้า
2. ปฏิบัติงานในช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2568
3. สมัครใจและยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างที่ย้ายออกจากกลุ่มงานการพยาบาลในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างที่ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยก่อนครบกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ การพัฒนากรอบสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยวิธีการของ มาร์เรลลี และคณะ (Marrelli et al., 2005) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การแสวงหาผู้ให้การสนับสนุน 3) การสื่อสารแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) การรวบรวมข้อมูล 5) การระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ 6) นำกรอบสมรรถนะที่ได้มาทดลองใช้ 7) ประเมินผล และปรับปรุงสมรรถนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบประเมินสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) ด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อน (3) ด้านการนิเทศ/ให้คำแนะนำ (4) ด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง สมรรถนะมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง สมรรถนะมาก

3 คะแนน หมายถึง สมรรถนะปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง สมรรถนะน้อย

1 คะแนน หมายถึง สมรรถนะน้อยที่สุด

นำคะแนนไปอธิบายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีสมรรถนะมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีสมรรถนะมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีสมรรถนะปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีสมรรถนะน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีสมรรถนะน้อยที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: แบบประเมินสมรรถนะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยนำไปสอบถามพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวน 10 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach, s alfa Coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ขั้นการวางแผน (Planning): (เดือนที่ 1)

วิเคราะห์ปัญหาด้านสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประชุมระดมสมองหัวหน้างานทุกแผนก เพื่อชี้แจงประเด็นปัญหาที่พบทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร่วมกันกำหนดกรอบสมรรถนะในการประเมินพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯ ที่ได้จากการประชุมลงสู่การปฏิบัติต่อไป

ขั้นการลงมือปฏิบัติ (action) (เดือนที่ 2) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติพัฒนาสมรรถนะทางด้านคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลนาหว้า โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินสมรรถนะทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) ด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อน (3) ด้านการนิเทศ/ให้คำแนะนำ (4) ด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ร่วมกัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยแพทย์ และสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาลโดยหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้างาน

กิจกรรมที่ 3 ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง: กรณีพบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นในหน่วยงาน

ขั้นสังเกตการณ์ (observation) (เดือนที่ 3-5)

เก็บรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการอบรมตามช่วงเวลาที่กำหนด

ขั้นสะท้อนกลับ (reflection) (เดือนที่ 5-6)

1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Conference Case ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่น่าสนใจ จำนวน 2-3 ราย

2. ระบุประเด็นปัญหาที่ยังพบและวางแผนพัฒนาต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 059/68 ได้รับการอนุมัติวันที่ 18 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม ใช้แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของมาร์เรลลีและคณะ (Marrelli et al., 2005) ประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ขั้นการวางแผน (Planning), ขั้นการลงมือปฏิบัติ (action), ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และขั้นสะท้อนกลับ (reflection)

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 35 คน ร้อยละ 94.6 เพศชาย จำนวน 2 คน ร้อยละ 5.4 อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปีมากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 37.8 สถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 17 คน ร้อยละ 45.9 การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 34 คน ร้อยละ 91.9 รายได้ 25,501-35,000 บาท มากที่สุด จำนวน 10 คน ร้อยละ 27 ระยะเวลาในการเป็นปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 10 ปี 1 วัน มากที่สุด จำนวน 22 คน ร้อยละ 59.5 ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยใน มากที่สุด จำนวน 12 คน ร้อยละ 32.4 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 32 คน ร้อยละ 86.5 จำนวนเฉลี่ย 7 ครั้ง/คน

2. ผลการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นรายด้าน พบว่าก่อน-หลังการพัฒนาด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.20 (SD=.83) เพิ่มขึ้นเป็น 3.89 (SD=.80) ด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อนค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 (SD=.80) เพิ่มขึ้นเป็น 4.02 (SD=.80), ด้านการนิเทศ/ให้คำแนะนำค่าเฉลี่ย 3.35 (SD=.71) เพิ่มขึ้นเป็น 4.00 (SD .75) และด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.06 (SD=1.29) เพิ่มขึ้นเป็น 3.71 (SD=.90) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติการสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ เพื่อเป็นการสนับสนุน ส่งเสริมพัฒนาด้านวิชาการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับไพเราะ พ่อนุ้ย[5] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางพีพีซีอีเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่แบ่งเป็น 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะ การพัฒนาคู่มือและแนวคิดที่ชื่อว่า ELDER MED model 3) ระยะปฏิบัติในการสอนงานตามแนวทางการ โค้ชพีพีซีอี ได้แก่ ระยะเตรียมการ วางแผน ปฏิบัติการสอนงาน และประเมินผล และ 4) ระยะประเมินผล การสอนงาน ในภาพรวมพยาบาลใหม่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนงานในระดับมาก (M = 4.49, SD = 0.55) และมีความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุสูงหลังการเข้าร่วมโครงการ (M = 4.22, SD = 0.55) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (M = 3.65, SD = 0.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(19) = 15.158$, $p < .001$, $d = .57$)

เช่นเดียวกับณัฐวิโรจน์ ชูดำ[6] ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหลักไว้เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการกำหนดสมรรถนะกลางเพื่อวัตถุประสงค์ คือ การส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และก้าวหน้าของวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลมีหลายแผนกจึงมีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันไปตามศักยภาพตามแผนกที่ตนเองรับผิดชอบโดยในแต่ละโรงพยาบาลจะมีแผนกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลนั้นๆ

2. ผลการประเมินสมรรถนะเฉพาะทางด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

พบว่าก่อน-หลังการพัฒนาพบว่า ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.20 (SD=.83) เพิ่มขึ้นเป็น 3.89 (SD=.80) ด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อนค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 (SD=.80) เพิ่มขึ้นเป็น 4.02 (SD=.80), ด้านการนิเทศ/ให้คำแนะนำค่าเฉลี่ย 3.35 (SD=.71) เพิ่มขึ้นเป็น 4.00 (SD .75) และด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.06 (SD=1.29) เพิ่มขึ้นเป็น 3.71 (SD=.90) สอดคล้องกับวิปัศยา คุ้มสุพรรณ[7] ศึกษาการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โดยประยุกต์กลยุทธ์การพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาร์เรลลี่ ทอนโดร่า และ ฮอจ (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005) ผลการศึกษาพบว่ากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 28 ข้อ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 8 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 8 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 5 ข้อ และสอดคล้องกับวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย[8] ศึกษาสมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งต้องอาศัยสมรรถนะทางคลินิกที่เกิดจากความรู้ ทักษะ ความสามารถและดุลพินิจ ทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกในการพยาบาลพื้นฐานประกอบด้วย การจัดการการทำงานแบบประสานร่วมมือ การสร้างนวัตกรรม การสื่อสาร การพิทักษ์สิทธิ การคิดอย่างเป็นระบบ การสอนทางสุขภาพ การสร้างการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะผู้นำ รวมทั้งมองผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางทำงานเป็นทีม และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสอนทางสุขภาพ

บทสรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็นภาวะวิกฤตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง โรงพยาบาลชุมชนมักเป็นด่านแรกในการรับผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการประเมินอาการ การอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic therapy) จึงเป็นปัจจัยตัดสินอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลชุมชน ควรเน้นความ “รวดเร็ว แม่นยำ และปลอดภัย” ได้รับการส่งต่อทันเวลา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การขยายผลสู่ระดับหน่วยงาน: ควรนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะนี้ไปปรับใช้กับพยาบาลในแผนกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนก

ผู้ป่วยนอก หรือพยาบาลใน รพ.สต. เครือข่าย เพื่อให้การคัดกรองผู้ป่วยมีความรวดเร็วตั้งแต่ต้นทาง

2) การกำหนดนโยบาย: ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน และจัดให้มีการทดสอบสมรรถนะประจำปี เพื่อรักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

3) ระบบสนับสนุน: ควรจัดหาเทคโนโลยีที่ช่วยในการตัดสินใจ เช่น แอปพลิเคชันช่วยคำนวณปริมาณยาละลายลิ่มเลือด หรือระบบ Tele-Consultation ที่เชื่อมต่อกับอายุรแพทย์หัวใจได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและแรงจูงใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้เข้าใจบริบททางจิตสังคมที่ส่งผลต่อสมรรถนะการทำงาน

2) ในงานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3) ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์โดยใช้ระบบดิจิทัล เพื่อลดระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วยให้สั้นลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนาหว้า ที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). HEARTS: Improving hypertension control in 3 million people. Country experiences of program development and implementation. Geneva, Switzerland; 2020. Report No.: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. เกรียงไกร เฮงรัศมี. (2560). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4). นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2568). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2568] เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/npm/public/main
4. ลักคณา บุญมี. (2564). ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: บทบาทของพยาบาล ระดับทุติยภูมิ. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(3); 71-82.
5. ไพเราะ พ่อนุ้ย, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา และศศิธร ลายเมฆ. (2565). การพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางพีพีซีอีเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 28 (2); 1-17.
6. ณัฐวิโรจน์ ชูดำ, ศศินาภรณ์ โลหิตไทย และณัฏฐินี ชัวชมเกตุ. (2566). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(3); 31-38.
7. วิปัศยา คุ้มสุพรรณ บุญพิชชา จิตต์ภักดี และกุลวดี อภิชาตบุตร. (2565). การพัฒนากรอบสมรรถนพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(1); 138 - 47.
8. วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จุฬาวรรณ จิตตอน และเอมวดี เกียรติศิร. (2561). สมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 3(1); 164-173.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

Development of a care model for diabetic and hypertensive patients with chronic kidney disease of participation of primary care networks in Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 18,2026 ; Accepted: February 20,2026)

จินตนา พรรณุวงษ์[1]
Jintana Pannuvoung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง ได้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 50 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการทำงานของไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษา พบว่าก่อน-หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร คะแนนเฉลี่ยจาก 3.20 (SD=.60) เพิ่มขึ้นเป็น 3.49 (SD=.42) ระดับปานกลาง, การมีกิจกรรมทางกาย คะแนนเฉลี่ยจาก 1.44 (SD=.57) ระดับน้อยที่สุดเพิ่มขึ้นเป็น 2.40 (SD=.36) ระดับน้อย, ความเครียด คะแนนเฉลี่ยจาก 1.40 (SD=.52) ลดลงเป็น 1.26 (SD=.33) ระดับน้อยที่สุด, การรักษาและการใช้ยา คะแนนเฉลี่ย 3.47 (SD=.38) ระดับปานกลาง หลังร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.30 (SD=.52) ระดับมาก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) มีค่าเฉลี่ยจาก 142.6 (SD=16.16) ลดลงเป็น 129.58 (SD=7.81) น้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มีค่าเฉลี่ย 8.6 (SD=3.68) ลดลงเป็น 7.7 (SD=2.37) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) มีค่าเฉลี่ย 76.26 (SD=11.09) ลดลงเป็น 74.12 (SD=8.32) และอัตราการทำงานของไต (eGFR) มีค่าเฉลี่ยจาก 40.15 (SD=8.64) เพิ่มขึ้นเป็น 41.76 (SD=12.25) ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง, การมีส่วนร่วม, เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ,

Abstract

This action research aimed to study the patterns and outcomes of care for diabetic and hypertensive patients with chronic kidney disease through the participation of the Network of Primary care Unit, Renunakhon District, Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 50 diabetic and hypertensive patients with chronic kidney disease, selected using simple random sampling, who met the specified criteria. Research instruments included assessments of dietary control behavior, physical activity, stress, treatment and medication use. Clinical outcomes included Blood pressure, A1C, and eGFR. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations. Health behaviors and clinical outcomes before and after participation were compared using a paired t-test

The study results showed that before and after participating in the activity, the sample group's dietary control behaviors increased from an average score of 3.20 (SD=.60) to 3.49 (SD=.42), indicating a moderate level; physical activity behaviors increased from an average score of 1.44 (SD=.57), the lowest level, to 2.40

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

(SD=.36), indicating a low level; stress levels decreased from 1.40 (SD=.52) to 1.26 (SD=.33), the lowest level; and treatment and medication use scores increased from an average score of 3.47 (SD=.38), the moderate level, to 4.30 (SD=.52), indicating a high level, after participation in the activity. These differences were statistically significant at the .05 level. These were the overall health outcomes. The study found that systolic blood pressure (SBP) decreased from 142.6 (SD=16.16) to 129.58 (SD=7.81) in terms of mean, and A1C decreased from 8.6 (SD=3.68) to 7.7 (SD=2.37) in terms of mean, both showing statistically significant differences at the .05 level. Diastolic blood pressure (DBP) decreased from 76.26 (SD=11.09) to 74.12 (SD=8.32), glomerular filtration rate (eGFR) increased from 40.15 (SD=8.64) to 41.76 (SD=12.25) in terms of mean, with no differences.
Keywords: Diabetic and hypertensive patients with chronic kidney disease; Participation, Network of Primary Care Units

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ (NCDs) ที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด มีการคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปีพ.ศ 2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ถูกดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก และในปีพ.ศ. 2559 พบว่ามีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวนประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน[1] สำหรับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ โรคความดันโลหิตสูงสามารถเป็นทั้งสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง สำหรับรายงานโรคความดันโลหิตสูงพบประมาณร้อยละ 67-92 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยความชุกของโรคจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อค่าการทำงานของไตลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลจะทำให้หลอดเลือดที่ไตเสื่อมส่งผลให้มีอัตราการกรองของเสียลดลงจนเข้าสู่ภาวะไตวาย หากไม่สามารถดูแลตนเองและชะลอการเสื่อมของไต จะนำไปสู่การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิวา บุญมีและคณะ[2] พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และกลุ่มทดลองมีอัตราการกรองของไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.67, SD=0.40) ดังนั้นการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนการปรับพฤติกรรมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม[3]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ดำเนินการในช่วงเดือน มีนาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง ได้รับการให้รหัสโรค (ICD 10) E112, N181-N189 ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCDs Clinic) โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ได้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบไม่ข้ามเวชระเบียน จำนวน 50 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัว ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 2) อายุอยู่ในช่วง 30-70 ปี 3) ได้รับการตรวจการทำงานของไตในช่วงเวลาที่กำหนด อย่างน้อย 2 ครั้ง 4) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 5) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมกิจกรรม 6) สมัครใจยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการดูแลตามกิจกรรมของการวิจัยครบทุกขั้นตอน 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายอยู่ในภาวะกึ่งวิกฤตถึงวิกฤต ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องจนครบตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง (CKD Renu Nakhon Model) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประชุมทีมจากคณะกรรมการ NCD Broad อำเภอเรณูนคร

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน เท่ากับ 5 คะแนน
ปฏิบัติ 5-6 วัน เท่ากับ 4 คะแนน
ปฏิบัติ 3-4 วัน เท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 วัน เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่ได้ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

นำคะแนนไปอธิบายพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับน้อยที่สุด

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach , s alfa Coefficient) ได้เท่ากับ 0.72

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ดังนี้

1. การวางแผน (planning): ประชุมคณะกรรมการ NCD Broad ระดับอำเภอ และร่างรูปแบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดทำขึ้นต่อทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. การปฏิบัติการ (action): จัดอบรมวิชาการฟื้นฟูด้านวิชาการผู้รับผิดชอบงาน DM, HT, CKD และชี้แจงร่างรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

2.1 กำหนดกิจกรรมของโรงพยาบาลเรณูนคร ดังนี้

- NCDs Clinic ประเมินภาวะสุขภาพ, ค้นหาปัญหารายกรณี, ส่งต่อศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (DPAC) และนัดติดตามตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

- ศูนย์ DPAC เสริมพลังการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก “การจัดการตนเอง” และ“ลด หวาน เค็ม มัน อย่างไรช่วยชะลอไตเสื่อม”

2.2 กำหนดกิจกรรมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

- กระตุ้นเตือนด้วย DTX แบบสุ่ม, ประเมินความดันโลหิต ตามระยะเวลาที่กำหนด

- กรณีอัตราการทำงานของไตลดลงมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่งพบแพทย์ที่ออกให้บริการ ณ รพ.สต. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา

- แจ้งเตือนให้พบแพทย์ตามนัด ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง กำกับติดตาม ตามรูปแบบที่พัฒนากำหนด

3. การสังเกตการณ์ (observation) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป ผู้วิจัยกำกับ ติดตาม รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา

4. การสะท้อนกลับ (reflection) โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินการ อุปสรรคที่เกิดขึ้น วางแผนพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นและขยายผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังโดยใช้กิจกรรม CKD Renu Nakhon Model ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 121/67 ได้รับการอนุมัติวันที่ 17 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน ร้อยละ 60 เพศชาย จำนวน 20 คน ร้อยละ 40 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 38 คน ร้อยละ 76 การศึกษาประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 32 คน ร้อยละ 64 อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 43 คน ร้อยละ 86 รายได้อยู่ในช่วง 1,500-3,000 บาท มากที่สุด จำนวน 30 คน ร้อยละ 60 สถานภาพคู่มากที่สุด จำนวน 39 คน ร้อยละ 78 ระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรัง 1-3 ปี มากที่สุด จำนวน 22 คน ร้อยละ 44 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 10 ขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 28 คน ร้อยละ 56 ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง 0-3 ปี มากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 50

2. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยาผลการศึกษาพบว่า ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม การควบคุมอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.20 (SD=.60) เพิ่มขึ้นเป็น 3.49 (SD=.42) ระดับปานกลาง, การมีกิจกรรมทางกายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.44 (SD=.57) ระดับน้อยที่สุด เพิ่มขึ้นเป็น 2.40 (SD=.36) ระดับน้อย, ความเครียดมีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 1.40 (SD=.52) ลดลงเป็น 1.26 (SD=.33) ระดับน้อยที่สุด, การรักษาและการใช้ยามีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 3.47 (SD=.38) ระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็น 4.30 (SD=.52) ระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนร่วมกิจกรรม (n=50)			หลังร่วมกิจกรรม (n=50)			การแปลผล
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ	
การควบคุมอาหาร	3.20	.60	ปานกลาง	3.49	.42	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น
การมีกิจกรรมทางกาย	1.44	.57	น้อยที่สุด	2.40	.36	น้อย	เพิ่มขึ้น
ความเครียด	1.40	.52	น้อยที่สุด	1.26	.33	น้อยที่สุด	ลดลง
การรักษาและการใช้ยา	3.47	.38	ปานกลาง	4.30	.52	มาก	เพิ่มขึ้น

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา ก่อน-หลังร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=52)

พฤติกรรมสุขภาพ	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
การควบคุมอาหาร	-.28	.39	-.39	-.17	-5.09	.000*
การมีกิจกรรมทางกาย	-.95	.35	-1.05	-.85	-19.28	.000*
ความเครียด	.13	.30	.04	.22	3.14	.003*
การรักษาและการใช้ยา	-.82	.54	-.98	-.67	-10.65	.000

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) และอัตราการทำงานของไต (eGFR) ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ระดับความดันโลหิต ก่อนร่วมกิจกรรมความดันโลหิตตัวบน (SBP) ค่าเฉลี่ย 142.6 (SD=16.16) ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ค่าเฉลี่ย 76.26 (SD=11.09) หลังร่วมกิจกรรมความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลง ค่าเฉลี่ย 129.58 (SD=7.81) ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงค่าเฉลี่ย 74.12 (SD=8.32)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ก่อนร่วมกิจกรรมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ค่าเฉลี่ย 8.6 (SD=3.68) หลังร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยลดลง 7.7 (SD=2.37)

อัตราการทำงานของไต (eGFR) ก่อนร่วมกิจกรรมอัตราการทำงานของไต (eGFR) ค่าเฉลี่ย 40.15 (SD=8.64) หลังร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 41.76 (SD=12.25)

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพก่อน-หลัง ร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) และอัตราการทำงานของไต (eGFR) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=52)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
ความดันโลหิตตัวบน	13.04	14.92	8.79	17.28	6.17	.000
ความดันโลหิตตัวล่าง	2.14	11.86	-1.23	5.51	1.27	.208
น้ำตาลสะสมในเลือด (A1C)	.94	2.53	.21	1.66	2.61	.012
อัตราการทำงานของไต (eGFR)	-1.60	7.85	-3.84	.62	-1.44	.154

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมดูแลผู้ป่วย DM, HT ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาล NCD Clinic, นักโภชนาการ, NCM และพยาบาล รพ.สต. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับมัณฑริกา แพงบุดดีและวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[4] ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผลลัพธ์พบว่าหน่วยงานได้แนวทางการให้บริการในคลินิกและการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ ทำให้ค่าการทำงานของไตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน ร้อยละ 17.65 ลดลง จำนวน 14 คน ร้อยละ 82.35 ยังสอดคล้องกับอนุ อิสระพานิชและกิตติพร เนาว์สุวรรณ[5] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่าหน่วยงานมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 (MSES Model) ประกอบด้วย M: Multidisciplinary team (ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ) S: Self-management (การจัดการตนเอง) E: Empowerment (การเสริมสร้างพลังอำนาจ) และ S: Social support (การสนับสนุนทางสังคม)

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

1. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การรักษาและการใช้ยา ผลการศึกษาก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า การควบคุมอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 3.20 (SD=.60) เพิ่มขึ้นเป็น 3.49 (SD=.42) ระดับปานกลาง การมีกิจกรรมทางกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 1.44 (SD=.57) ระดับน้อยที่สุด, เพิ่มขึ้นเป็น 2.40 (SD=.36) ระดับน้อย ความเครียดมีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 1.40 (SD=.52) ลดลงเป็น 1.26 (SD=.33) ระดับน้อยที่สุด การรักษาและการใช้ยามีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 3.47 (SD=.38) ระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็น 4.30 (SD=.52) ระดับมาก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับพรรณทิวา บุญมีและคณะ[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และสอดคล้องกับศุภาพร โพธิ์เอี้ยงและอทิตยา เฉิดโฉม[7] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวานระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลแม่เมาะ พบว่า (1) คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) (2) คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

2. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) และอัตราการทำงานของไต (eGFR) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) มีค่าเฉลี่ยจาก 142.6 (SD=16.16) ลดลงเป็น 129.58 (SD=7.81) น้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มีค่าเฉลี่ย 8.6 (SD=3.68) ลดลงเป็น 7.7 (SD=2.37) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) มีค่าเฉลี่ย 76.26 (SD=11.09) ลดลงเป็น 74.12 (SD=8.32) และอัตราการทำงานของไต (eGFR) มีค่าเฉลี่ยจาก 40.15 (SD=8.64) เพิ่มขึ้นเป็น 41.76 (SD=12.25) ไม่แตกต่างกันสถิติสอดคล้องกับสมคิด สุภาพันธ์[8] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ หลังจากเข้าโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 44 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจากเดิมร้อยละ 50.36 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.27 ติดตามค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่าดีขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.54 เปลี่ยนเป็น stage 1 (3 ราย), stage 2 (4 ราย) และ stage 3a (6 ราย) และลดลงเป็น stage 4 (8 ราย) คิดเป็นร้อยละ 18.18 ยังไม่ได้เข้าสู่ระยะฟอกไต และยังสอดคล้องกับอนุอิสระพานิชและกิตติพร เนาว์สุวรรณ[9] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา หลังการใช้รูปแบบค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 ($\bar{X}$=25.23, SD=5.78) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}$=22.57, SD=3.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทสรุป

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม (CKD Model) ไปใช้ในพื้นที่อำเภอเรณูนครให้ประสบความสำเร็จ ควรมีขั้นตอนการขยายผลที่ชัดเจน โดยเน้นการบูรณาการเข้ากับวิถีชีวิตคนในชุมชนและระบบบริการเดิมที่มีอยู่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1) ประกาศเป็นนโยบายระดับอำเภอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เรณูนคร มีจุดมุ่งหมายเน้นการชะลอไตเสื่อมเป็นวาระสำคัญ

2) จัดทำคู่มือฉบับพกพาสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ที่เข้าใจง่าย ใช้สัญลักษณ์สีในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (เช่น กลุ่มสีเขียว สีเหลือง สีแดง)

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) มีการใช้ระบบสนับสนุนการตัดสินใจและเทคโนโลยี อาทิเช่น ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ใน รพ.สต. เพื่อแจ้งเตือน (Alert) เมื่อพบผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ลดลงผิดปกติ เพื่อให้พยาบาลชุมชนเข้าเยี่ยมบ้านได้ทันท่วงที

2) Tele-Consultation: เชื่อมต่อการปรึกษาระหว่างหมอครอบครัวที่รพ.สต. กับทีม CKD Clinic โรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านระบบวิดีโอคอล เพื่อลด

ความแออัดและช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษาที่ใกล้บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทีมสหวิชาชีพ NCD Clinic งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเรณูนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเรณูนคร และภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
2. พรรณทิวา บุญมี, ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ, ศุภวรรณ ใจบุญ และดวงรัตน์ กวีนันทชัย (2567) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 8(2); 1-15.
3. กนกวรรณ ด้วงกลัด ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และกสมลรัตน์ ชาญสาธิตพร. (2563). โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1); 66-82.
4. กับมัณฑริกา แพงบุดดีและวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2564). ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3); 179-191.
5. อนุ อิสระพานิชและกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 14(1); 157-175.
6. พรรณทิวา บุญมี, ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ, ศุภวรรณ ใจบุญ และดวงรัตน์ กวีนันทชัย (2567) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 8(2); 1-15.
7. ศุภาพร โพธิ์เอี้ยงและอทิตยา เฉิดโฉม. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวานระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลแม่เมาะ.*วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ,* 6(1); 31-44.
8. สมคิด สุภาพันธ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(5); 857-866.
9. อนุ อิสระพานิชและกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 4 เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 14(1); 157-175.

ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of Community Participation and Social Support on Behavioral Modification for Dengue Fever Prevention among People in the Service Area of Ban Troy Health Promoting Hospital, Nong Chalong Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province.

(Received: February 9,2026 ; Revised: February 21,2026 ; Accepted: February 23,2026)

อภิชญา ดอกพอง[1]
Apichaya Dokpong [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 22 คน รวม 44 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม โรคไข้เลือดออก

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of participation and social support on modifying dengue prevention behaviors among residents in the service area of Ban Troi Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Chalong Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The sample consisted of 44 participants, divided into two groups of 22 each. The experimental group comprised residents in the service area of Ban Troi Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Chalong Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province, who received a researcher-developed program for a period of 12 weeks, while the comparison group received routine services. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the intervention, between November 1, 2025, and January 31, 2026. Data analysis included descriptive statistics (percentages, means, standard deviations, medians, and the 25th and 75th percentiles). Within-group differences in mean scores were analyzed using paired t-tests, and between-group differences were analyzed using independent t-tests, with statistical significance set at 0.05.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

The results revealed that, after the intervention, the mean difference scores for participation in dengue prevention and control, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, social support for dengue prevention and control, and dengue prevention behaviors in the experimental group were significantly higher than those before the intervention and significantly higher than those of the comparison group at the 0.05 level.

Keywords: Participation, Social support, Behavior, Dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่พบได้บ่อยในประเทศเขตร้อน โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมถึงประเทศไทย เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค ผู้ป่วยสามารถเกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ทุกช่วงอายุ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ระบบบริการสาธารณสุข และเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก องค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่า โรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ และเป็นหนึ่งในโรคติดเชื้อที่มีอัตราป่วยและเสียชีวิตสูงในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมอย่างเข้มแข็งในทุกระดับของสังคม โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยที่ยังคงพบการระบาดอย่างต่อเนื่องและสร้างภาระต่อระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตร้อนชื้น ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย Aedes aegypti และ Aedes albopictus ซึ่งเป็นพาหะนำโรคหลัก ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค[2] ระบุว่า ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนกว่า 150,000 ราย และมีผู้เสียชีวิต 154 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือเด็กและวัยรุ่นอายุ 5–14 ปี ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมของประชาชนที่ยังขาดความร่วมมือในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย[2] ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ โรคไข้เลือดออกก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับสังคมและประเทศชาติ ในระดับบุคคล ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว และในบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะช็อก หรือเลือดออกภายใน ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ส่วนในระดับครอบครัว การเจ็บป่วยของสมาชิกทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา สูญเสียรายได้จากการหยุดงาน และเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย[3] ในระดับชุมชน การระบาดของโรคส่งผลให้เกิดความหวาดกลัว การหยุดกิจกรรมทางสังคม และลดความร่วมมือในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่นจากการสูญเสียแรงงานและค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรค ส่วนในระดับประเทศชาติ โรคไข้เลือดออกสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศในด้านการท่องเที่ยว ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย พบว่า รูปแบบโปรแกรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เน้น การมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลัง (Empowerment) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยบูรณาการแนวคิดจาก Health Belief Model (HBM) และ Participatory Action Research (PAR) เพื่อพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข[5,6,7] โปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบด้วยกิจกรรม

หลากหลาย เช่น การอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลายแบบมีส่วนร่วม การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การสร้างเครือข่ายสุขภาพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[8,9] ผลการดำเนินงานทุกโปรแกรมชี้ว่าความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงในระดับที่ปลอดภัย[10,11] แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เช่น ตำบลใจดี จังหวัดศรีสะเกษ ควรออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสื่อสาร (เช่น แอปพลิเคชัน อสส. ออนไลน์) และการเสริมศักยภาพของอาสาสมัครและแกนนำชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน[12,13,14,15]

จากข้อมูลสถิติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563–2567) ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีประชากรรวมทั้งสิ้น 2,715 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวม 22 ราย แม้แนวโน้มโดยรวมของจำนวนผู้ป่วยจะลดลง แต่ยังคงพบการระบาดอย่างต่อเนื่องในบางหมู่บ้าน โดยเฉพาะหมู่ที่ 9 (นิคมเขต 7) และหมู่ที่ 6 (หนองปลาเฒ่า) ที่พบผู้ป่วยต่อเนื่องหลายปี แสดงให้เห็นว่าปัญหาการควบคุมโรคยังไม่ครอบคลุมและไม่ยั่งยืน สาเหตุสำคัญมาจากการมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในและรอบบ้าน การขาดความต่อเนื่องในการทำลายแหล่งน้ำขัง การไม่ปฏิบัติตามมาตรการ “3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค” รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ยังอยู่ในระดับจำกัด สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทั้งในด้าน เศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ป่วยต้องหยุดงาน ขาดรายได้ และเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขณะที่ครอบครัวต้องสูญเสียเวลาในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน อีกทั้งการระบาดของโรคยังสร้างความวิตกกังวลและลดศักยภาพในการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชน นอกจากนี้ หน่วยบริการสาธารณสุขยังต้องใช้งบประมาณและทรัพยากรจำนวนมากในการควบคุมโรคและเฝ้าระวังการระบาด[16] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ” เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครัวเรือนและชุมชน เสริมพลังเครือข่ายภาคีท้องถิ่น เช่น อสม. ผู้นำชุมชน และโรงเรียน ให้มีบทบาทร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคไข้เลือดออกได้อย่างยั่งยืน ลดภาระค่าใช้จ่าย และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคไข้เลือดออกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 22 คน[16]

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง ตำบลปราสาท อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ หมายถึง รูปแบบการหรือกระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมที่มุ่งเสริมสร้างความตระหนักรู้และพัฒนาพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผล รวมถึงการใช้พลังของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อสม. และหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการลดอุปสรรคต่อการป้องกันโรค ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนมีแรงจูงใจและพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัด และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการควบคุมและลดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรง

สนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยใช้ KR-20 และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.834 ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.868 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.787 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.826 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.798 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.746 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.816 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-166 ลงวันที่ 22 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.5 มีอายุเฉลี่ย 40.77 ปี (S.D.=11.64 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.1 จบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.7 มีมัธยฐานของรายได้ 9,200 บาท (P_{25}=7,575 บาท: P_{75}=13,775 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน ร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 44.45 ปี (S.D.=12.22 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.8 จบการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาเท่ากัน ร้อยละ 40.9 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรและอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 40.9 มีมัธยฐานของรายได้ 11,150 บาท (P_{25}=9,800 บาท : P_{75}=16,300 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.77 คะแนน (95% CI=3.59-5.94)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.46 คะแนน (95% CI = 2.55-4.35)

3.3ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.13 คะแนน (95% CI=1.19-3.07)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.59 คะแนน (95% CI=1.65-3.52)

3.5ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.019) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.23 คะแนน (95% CI=0.20-2.24)

3.6ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.68 คะแนน (95% CI=3.87-7.49)

3.7ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.27 คะแนน (95% CI=4.67-7.86)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้มีบทบาทร่วมกันตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนกิจกรรม ดำเนินงาน ไปจนถึงการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรมยังช่วยลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความยุ่งยากในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หรือข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร นอกจากนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ยังมีส่วนสำคัญในการเสริมพลังใจ (empowerment) เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และกระตุ้นแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือนและการป้องกันตนเองจากยุงลายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้คะแนนด้านการมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า การบูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับแรง

สนับสนุนทางสังคมสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิผลในบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในหลายพื้นที่ เช่น สังคม สุวรรณกูฏ[15] ที่พบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานของธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์ และมณีรัตน์ จิรัปปภา[5] ชนิศา เสนคราม และรชานนท์ ง่วนใจรัก[8] รวมถึงรักษ์มนัส จันทะเป้ และคณะ[9] ยังชี้ให้เห็นว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบสามารถยกระดับความรู้ ความตระหนัก การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างชัดเจน ขณะเดียวกัน งานของสฤษดิ์เดช เจริญไชย และคณะ[11] สมิง กมลเลิศ[6] ปรีชา พุกจีน และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[14] กุสุมา ศรีปลั่ง[12] และนิธนิาถ ทนุนาน[13] ต่างยืนยันว่าการเสริมพลัง การพัฒนาศักยภาพ และการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มความรู้ การเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1ควรนำรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปบูรณาการเป็นงานประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจัดกิจกรรมให้ประชาชน ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาทร่วมในการวางแผน ดำเนินงาน และติดตามการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง

1.2ควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการขยายรูปแบบดังกล่าวไปยังตำบลอื่นในพื้นที่อำเภอขุขันธ์หรือจังหวัดศรีสะเกษ โดยพัฒนาเป็น “แนวปฏิบัติที่ดี (best practice)” สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พร้อมส่งเสริมเครือข่ายชุมชนและกลไกแรงสนับสนุนทางสังคมให้เป็นระบบถาวร

1.3ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และขยายการวิจัยไปยังกลุ่มประชากรหรือบริบทพื้นที่อื่น รวมทั้งเปรียบเทียบรูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนที่แตกต่างกัน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพและความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1ควรมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะ 3–6 เดือนหรือมากกว่า เพื่อประเมินความต่อเนื่องและความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว

2.2ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและจำนวนพื้นที่ศึกษา หรือใช้การสุ่มระดับชุมชน (cluster randomized) พร้อมควบคุมปัจจัยกวน เช่น ฤดูกาล การดำเนินงานของหน่วยงานท้องถิ่น หรือกิจกรรมรณรงค์อื่น ๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการสรุปเชิงสาเหตุ

2.3ควรใช้ตัวชี้วัดภาคสนาม เช่น การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือดัชนีลูกน้ำยุงลาย รวมถึงข้อมูลอัตราป่วยในพื้นที่ เพื่อยืนยันผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Dengue and severe dengue: Fact sheet. Geneva: World Health Organization.
2. กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักระบาดวิทยา. (2565). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญของประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
5. ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์, & มณีรัตน์ จิรัปปภา. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 16(1), 1–15.
6. สมิง กมลเลิศ. (2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 16(2), 73–89.
7. นิรุจน์ แก้วกรี. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 15(1), 21–36.
8. ชนิศา เสนคราม, & รชานนท์ ง่วนใจรัก. (2562). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 10(1), 27–41.
9. รักษ์มนัส จันทะเป้, นฤมล สินสุพรรณ, & สุทิน ชนะบุญ. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสว่าง ตำบลห้วยเตย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 9(2), 31–47.
10. หาญณรงค์ แสงแก. (2558). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 6(2), 25–39.
11. สฤษดิ์เดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, & มาสริน ศุกลปักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 9(1), 18–33.
12. กุสุมา ศรีปลั่ง. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยแอปพลิเคชัน อสส. ออนไลน์ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 12(2), 45–59.
13. นิธนิาถ ทนุนาน. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลใจดี อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 13(3), 92–108.
14. ปรีชา พุกจีน, & อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 12(1), 55–70.
15. สังคม สุวรรณกูฏ. (2568). ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 16(1), 44–60.
16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย. (2568). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรอย ตำบลหนองฉลอง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: ผู้จัดทำ.

ประสิทธิผลของการใช้ระบบ SAFE-4P ในกระบวนการก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Effectiveness of the SAFE-4P System in the Pre-Dispensing Process to Reduce Medication Errors among Inpatients at Maechan Hospital, Chiang Rai Province.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 18,2026 ; Accepted: February 20,2026)

ศิริลักษณ์ สุยะ[1] วริษา หาญใจ[2] อาริตา วงศ์เปี้ย[2]
Sirilak Suya Warisa Hanjai Arita Wongpia

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน Pre-dispensing และ Dispensing ก่อนและหลังการใช้ระบบ SAFE-4P, 2) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรง (NCC MERP Category E-I) และอัตราการรายงาน Near Miss Events ก่อนและหลังการใช้ระบบ SAFE-4P, และ 3) เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยในต่อการใช้ระบบ SAFE-4P รูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นใบสั่งจ่ายยาผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 12,554 รายการ (Baseline 6,277 รายการ, Post-intervention 6,277 รายการ) และบุคลากร 55 คน (พยาบาล 40 คน, ผู้ปฏิบัติงานห้องยา 15 คน) ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา แบบฟอร์มบันทึกเวลาการจ่ายยา และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Paired t-test Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า 1) อัตรา Pre-dispensing Error ลดลงจาก 4.72 เหลือ 2.15 รายการต่อ 1,000 วันนอน ($p<0.001$) และอัตรา Dispensing Error ลดลงจาก 0.91 เหลือ 0.35 รายการต่อ 1,000 วันนอน ($p<0.001$), 2) ความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรง (Category E-I) ลดลงจาก 0.2 เหลือ 0 รายการต่อ 1,000 วันนอน ($p<0.001$) และอัตราการรายงาน Near Miss Events เพิ่มขึ้นจาก 1.25 เป็น 3.88 รายการต่อ 1,000 วันนอน ($p<0.001$), และ 3) บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับดีมาก

คำสำคัญ: ระบบ SAFE-4P, ความคลาดเคลื่อนทางยา, การจ่ายยาผู้ป่วยใน, ความปลอดภัยผู้ป่วย

Abstract

This study aimed to 1) compare medication error rates in pre-dispensing and dispensing processes before and after implementing the SAFE-4P System, 2) compare severe medication error rates (NCC MERP Category E-I) and near-miss event reporting rates before and after implementing the SAFE-4P System, and 3) examine the satisfaction levels of registered nurses and inpatient pharmacy staff regarding the SAFE-4P System. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed. The sample consisted of inpatient prescriptions at Maechan Hospital, Chiang Rai Province, totaling 12,554 prescriptions (baseline 6,277 prescriptions, post-intervention 6,277 prescriptions) and 55 healthcare personnel (40 nurses, 15 pharmacy staff) obtained through sample size calculation and proportional stratified random sampling. Data were collected using medication error documentation forms, dispensing time tracking forms, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, chi-square tests, and Mann-Whitney U tests.

Results showed that 1) pre-dispensing error rates decreased from 4.72 to 2.15 per 1,000 patient-days ($p<0.001$), and dispensing error rates decreased from 0.91 to 0.35 per 1,000 patient-days ($p<0.001$), 2) severe

[1] ภญ.หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย
[2] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

errors (Category E-I) decreased from 0.2 to 0 per 1,000 patient-days (p<0.001), and near-miss event reporting increased from 1.25 to 3.88 per 1,000 patient-days (p<0.001), and 3) staff satisfaction with the system was rated as excellent (mean score 4.5 out of 5.0).

Keywords: SAFE-4P system, Medication error, Inpatient drug dispensing, Patient safety

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error: ME) หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา และการติดตามผลการใช้ยา โดยความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอาจก่อให้เกิดหรือไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยก็ได้[1] ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยรวม โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนของระบบการบริหารยาและข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคล จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยามากกว่า 1.3 ล้านคนต่อปี โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกว่า 42,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี[2] การศึกษาล่าสุดของ Institute for Healthcare Improvement พบว่าโรงพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนามีอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วถึง 2-3 เท่า[3] ในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) รายงานว่าในปี 2566 มีเหตุการณ์ ME ที่ถูกรายงานกว่า 3,200 รายการทั่วประเทศ เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ที่มี 2,500 รายการ โดยโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนการรายงาน ME สูงที่สุดถึงร้อยละ 45 ของรายงานทั้งหมด[4]

โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ระดับศักยภาพ (S+) ขนาด 120 เตียง ให้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ยกว่า 400 รายต่อสัปดาห์ จากการทบทวนข้อมูลภายในโรงพยาบาลแม่จันในระหว่างปี 2565-2568 พบอัตราการเกิด pre-dispensing error ผู้ป่วยในที่เกิดมากสุด พบว่าเฉลี่ย 5.48, 3.61, 4.72 รายการต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งในบางปีสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (< 5.0 รายการต่อ 1,000 วันนอน) นอกจากนั้นยังพบอัตราการเกิด dispensing error พบเฉลี่ย 2.83, 1.41, 0.91 รายการต่อ 1,000 วันนอน และอัตราการเกิด administration error พบเฉลี่ย 3.10, 1.95, 3.36 รายการต่อ 1,000 วันนอน[8]

การศึกษาระหว่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริหารจัดการห้องยาแบบบูรณาการสามารถลด ME ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น Berdot และคณะ[5] ศึกษาในโรงพยาบาล 24 แห่งในยุโรป พบว่าการใช้ระบบ Computerized Physician Order Entry (CPOE) ร่วมกับ Clinical Decision Support System (CDSS) และ Barcode Medication Administration (BCMA) สามารถลด ME ได้ ร้อยละ 65-78 และในประเทศไทย หลายหน่วยงานได้ทดลองนำเทคโนโลยีมาใช้ เช่น โรงพยาบาลลำปาง ได้ทดลองใช้ระบบจัดยาแบบอัตโนมัติ (automated unit dose) ร่วมกับแนวทาง digital pharmacy ซึ่งพบว่าช่วยลดความคลาดเคลื่อนได้ ร้อยละ 45[6] ใช้ระบบ RFID tracking ผสานกับ AI-assisted dispensing ลด pre-dispensing error ได้ ร้อยละ 52[7] อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวต้องการการลงทุนสูงและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญยังไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างแพร่หลายในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถขยายผลได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการขาดแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรเพียงพอ การขาดการประเมินประสิทธิผลแบบบูรณาการการศึกษาที่ผ่านมามักประเมินเฉพาะมิติเดียว ไม่ได้ประเมินผลกระทบ

โดยรวมต่อระบบ การขาดแนวทางที่ยั่งยืน ระบบที่พัฒนาขึ้นมักขาดการติดตามผลระยะยาวและการบำรุงรักษา การขาดการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล ไม่มีการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพอย่างเป็นระบบ

ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการจัดการห้องยาผู้ป่วยในแบบบูรณาการที่มีชื่อว่า "ระบบ SAFE-4P (Systematic Approach for Error-free 4P Process)" เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ในการแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัยดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดเชิงระบบ (Systems-based approach) โดยบูรณาการหลักการสำคัญของการสร้างความปลอดภัยในระบบที่ซับซ้อนผ่านการออกแบบระบบที่ป้องกันความผิดพลาด (High Reliability Organization: HRO) การมุ่งลดความผิดพลาดจากบุคลากรด้วยการออกแบบงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม (Human Factors Engineering) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องผ่านContinuous Quality Improvement: CQI และการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในบริบทจริง โดยมีการออกแบบการดำเนินการร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการดำเนินงานนี้ครอบคลุม 4 มิติหลัก (4P Model) ได้แก่ P1: Prescription Excellence (ความเป็นเลิศในการสั่งใช้ยา) ที่มีการปรับปรุงระบบ CPOE และ clinical decision support P2: Preparation Precision (ความแม่นยำในการเตรียมยา) โดยการพัฒนากระบวนการเตรียมยาและการตรวจสอบ P3: Packaging Perfection (ความสมบูรณ์ในการบรรจุและป้าย) โดยการปรับปรุงระบบป้ายยาและ barcode verification และ P4: Patient Safety Assurance (การรับประกันความปลอดภัยผู้ป่วย) ใช้วิธีการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการรายงาน จนได้ "ระบบ SAFE-4P (Systematic Approach for Error-free 4P Process)" ที่เป็นระบบการจัดการห้องยาผู้ป่วยในแบบบูรณาการ

ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมการจัดการห้องยาผู้ป่วยในแบบบูรณาการที่มีชื่อว่า "ระบบ SAFE-4P (Systematic Approach for Error-free 4P Process)" โดยบูรณาการหลักการของ High Reliability Organization (HRO), Human Factors Engineering,Continuous Quality Improvement (CQI) และ Implementation Science เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ในการแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรและงบประมาณจำกัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบ SAFE-4P โดยศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ก่อนและหลังการใช้ระบบ SAFE-4P ได้แก่ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน pre-dispensing, อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน dispensing, อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรง (NCC MERP Category E-I), และอัตราการรายงาน Near Miss Events 2) ศึกษาระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยในและผู้ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยในต่อการใช้ระบบ SAFE-4P

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังได้รับการทดลอง แบบ One-group intervention with self-historical control ดำเนินการที่ห้องยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยแบ่งระยะเวลาออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Period) วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 และช่วงที่ 2 ข้อมูลหลังการทดลอง (Post-intervention

Period) วันที่ 1 สิงหาคม 2568 – 31 มกราคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ข้อมูลใบสั่งการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน จำนวน 12,554 รายการ (baseline 6,277 รายการ และ post-intervention 6,277 รายการ) คำนวณจากสูตรการเปรียบเทียบสัดส่วน 2 กลุ่ม โดยกำหนดอัตราความคลาดเคลื่อนพื้นฐาน (P_1) 12.5 ต่อ 1,000 วันนอน อัตราที่คาดหวังหลังการทดลอง (P_2) 8.75 ต่อ 1,000 วันนอน กำลังการทดสอบ 80% ระดับนัยสำคัญ 0.05 กลุ่มที่ 2 บุคลากรจำนวน 55 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 40 คน และผู้ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน 15 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ ข้อมูลใบสั่งจ่ายยาทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2568 และบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยในและผู้ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน จำนวนทั้งหมด 105 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 80 คน และผู้ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน 25 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ข้อมูลใบสั่งการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน จำนวน 12,554 รายการ แบ่งเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Period) ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 6,277 รายการ และข้อมูลหลังการทดลอง (Post-intervention Period) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 6,277 รายการ กลุ่มที่ 2 บุคลากรจำนวน 55 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 40 คน และผู้ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน 15 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ 2) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและกิจกรรมตามแผนงานได้ตลอดระยะเวลา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการเปรียบเทียบสัดส่วน 2 กลุ่ม โดยกำหนดอัตราความคลาดเคลื่อนพื้นฐาน (P_1): 12.5 ต่อ 1,000 วันนอน อัตราที่คาดหวังหลังการทดลอง (P_2): 8.75 ต่อ 1,000 วันนอน (ลดลง 30%) กำลังการทดสอบ (Power) = 80% ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 ผลการคำนวณต้องการข้อมูลอย่างน้อย 12,554 รายการ ในแต่ละช่วงเวลา จำนวน 6,277 รายการ (baseline) และ 6,277 รายการ (post-intervention) สำหรับกลุ่มบุคลากร วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 55 คน แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 40 คน และเภสัชกร 15 คน ซึ่งสะท้อนสัดส่วนประชากรแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Period) วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 และช่วงที่ 2 ข้อมูลหลังการทดลอง (Post-intervention Period) วันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2569 ดำเนินการที่ห้องยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ ระบบ SAFE-4P (Systematic Approach for Error-free 4P Process) เป็นเครื่องมือการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดของ High Reliability Organization(HRO),Human Factors Engineering,Continuous Quality Improvement (CQI) และ Implementation Science ซึ่งเน้น

องค์ประกอบสำคัญของการจัดการห้องยาผู้ป่วยในแบบบูรณาการ ในระยะเวลา 11 เดือน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก

P1: Prescription Excellence (ความเป็นเลิศในการสั่งใช้ยา) โดยปรับปรุงระบบ CPOE พร้อม Clinical Decision Support System (CDSS) การติดตั้ง Drug interaction checking alerts และสร้าง Standardized prescription templates

P2: Preparation Precision (ความแม่นยำในการเตรียมยา) โดยใช้โปรโตคอล Double-check สำหรับยาความเสี่ยงสูง และออกแบบ Preparation workflow charts แบบมาตรฐาน

P3: Packaging Perfection (ความสมบูรณ์ในการบรรจุและป้าย) โดยใช้ระบบ Barcode/QR code generation และ verification พร้อมสร้าง Standardized labeling templates

P4: Patient Safety Assurance (การรับประกันความปลอดภัยผู้ป่วย) โดยใช้ระบบรายงานข้อผิดพลาดแบบดิจิทัลและโปรโตคอล Near-miss detection

ระบบ SAFE-4P ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยรายการทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้น ผู้วิจัยได้นำระบบดังกล่าวไปทดลองใช้ (try-out) กับบุคลากรซึ่งไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของกิจกรรม ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอน และความเข้าใจในการใช้งาน ผลการทดลองพบว่าระบบมีความชัดเจน เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลแม่จัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สังกัดหน่วยงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และประวัติการเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error Documentation Form: MEDF) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น บันทึกข้อมูล ME ตาม NCC MERP Classification เพื่อวัดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน Pre-dispensing และ Dispensing และระดับความรุนแรง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2.3 แบบฟอร์มบันทึกเวลาการจ่ายยา (Dispensing Time Tracking Form: DTTF) วัดประสิทธิภาพด้านเวลา

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจ (Staff Satisfaction Questionnaire: SSQ) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อประเมินความคิดเห็นของบุคลากรต่อระบบ SAFE-4P ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ความชัดเจนของระบบ ความสะดวกในการใช้งาน ประสิทธิผลในการลดความผิดพลาด การสนับสนุนจากผู้บริหารและทีมงาน และความพึงพอใจโดยรวม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และได้นำไปทดสอบความเที่ยง กับกลุ่มทดลองเบื้องต้น (Try-out) 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัยเริ่มต้นภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยแบ่งระยะเวลาการดำเนินการออกเป็น 2 ช่วงหลัก ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การเก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Period) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากใบสั่งยาของกลุ่มผู้ป่วยในอย่างเป็นระบบวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 (6 เดือน) โดย

มีการบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา จากประวัติและเวชระเบียน การตรวจสอบคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูลที่เก็บรวบรวม และการวิเคราะห์แนวโน้มข้อมูลเพื่อเป็นพื้นฐานในการออกแบบระบบ SAFE-4P

ขั้นที่ 2 การพัฒนาและนำระบบ SAFE-4P มาใช้ ระยะเวลา: วันที่ 1 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 (1 เดือน)

ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะย่อย ได้แก่

2.1 การออกแบบระบบ SAFE-4P ตามข้อมูลพื้นฐาน ระยะเวลา วันที่ 1 – 10 สิงหาคม (10 วัน)

เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูล Baseline เพื่อออกแบบองค์ประกอบหลักของระบบ ได้แก่ (1) System Integration: ระบบการเชื่อมต่อและการไหลของข้อมูล (2) Accuracy Verification: กระบวนการตรวจสอบความถูกต้อง (3) Flow Optimization: การปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน และ (4) Error Prevention: มาตรการป้องกันข้อผิดพลาด จากนั้นกำหนดกรอบการทำงานแบบ 4P Framework ประกอบด้วย (1) People: แผนการพัฒนาบุคลากรและการมอบหมายหน้าที่ (2) Process: กระบวนการทำงานใหม่ที่ปรับปรุงแล้ว (3) Policy: นโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และ (4) Patient: มาตรการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ขั้นตอนสุดท้ายของการออกแบบคือการจัดทำเอกสารและสื่อการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือการใช้งานระบบ SAFE-4P, Check-list และ Flow chart การปฏิบัติงาน รวมทั้งสื่อการอบรม

2.2 การอบรมและเตรียมความพร้อมบุคลากร (Staff Training and Preparation) ระยะเวลา วันที่ 11 – 20 สิงหาคม (10 วัน) ดำเนินการอบรมบุคลากรเป็นลำดับตามระดับความรับผิดชอบ เริ่มจากการอบรมผู้นำ (Leadership Training) โดยจัดอบรมหัวหน้าพยาบาลแต่ละหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง ครอบคลุมหัวข้อการชี้แจงโครงการวิจัย หลักการ SAFE-4P การนำการเปลี่ยนแปลง และการติดตามประเมินผล

ต่อมาจัดอบรมเภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกรจากทีมห้องยาเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 2 ชั่วโมง ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ SAFE-4P การใช้เครื่องมือใหม่ และการบันทึกข้อมูล รวมถึงจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพทุกหอผู้ป่วยเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 2 ชั่วโมง เน้นเนื้อหาการร่วมมือในระบบ SAFE-4P การสื่อสาร และการรายงานปัญหา เมื่อสิ้นสุดการอบรมแต่ละกลุ่ม ดำเนินการทดสอบความรู้และทักษะของบุคลากร โดยใช้แบบทดสอบประเมินความรู้ (เกณฑ์ผ่าน ≥ 80%) และทดสอบทักษะด้วยการสาธิตตาม check-list การปฏิบัติ เพื่อรับรองความสามารถก่อนเริ่มใช้งานจริง

2.3 การนำระบบสู่การปฏิบัติ (Implementation Phase) ระยะเวลา วันที่ 21 – 31 สิงหาคม (11 วัน) ในสัปดาห์ที่ 4 (วันที่ 25 – 31 สิงหาคม) ขยายการใช้ระบบ SAFE-4P ให้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยแบบเต็มรูปแบบ โดยจัดทีมสนับสนุนในแต่ละเวร เพื่อให้ความช่วยเหลือและติดตามแก้ไขปัญหาแบบทันที ระหว่างการนำระบบไปใช้ มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดประชุมทีมทุกวันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดตั้งที่แกนนำสำหรับแก้ไขปัญหาเร่งด่วน และการปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้งานเพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-intervention Period)

ระยะเวลา วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2568 – 31 มกราคม พ.ศ. 2569 (5 เดือน) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยาของกลุ่มผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการเดียวกันกับช่วงเก็บข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบ SAFE-4P ที่นำมาใช้ ข้อมูลที่เก็บครอบคลุมการบันทึกรายวัน การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูล Baseline เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการทดลองอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการใช้ระบบ SAFE-4P โดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนและหลังการทดลอง Chi-square test สำหรับเปรียบเทียบสัดส่วนประเภทความผิดพลาด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ CRPPHO 126/2568 เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2568

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลใบสั่งจ่ายยาทั้งหมด 12,554 รายการ แบ่งเป็นช่วง Baseline 6,277 รายการ และช่วง Post-intervention 6,277 รายการ ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยใน 8 หอผู้ป่วยหลักของโรงพยาบาลแม่จัน ประกอบด้วย 1)หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2)หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3)หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์/ศัลยกรรมชาย 4)หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์/ศัลยกรรมหญิง 5)หอผู้ป่วยสูติกรรม6)หอผู้ป่วยเด็ก 7)หออภิบาลผู้ป่วยหนัก(ICU) และ 8)หอผู้ป่วยพิเศษ

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง Baseline มีผู้ป่วยในรวม 1,328 ราย (ชาย ร้อยละ 52.3, หญิง ร้อยละ 47.7) อายุเฉลี่ย 58.4±16.2 ปี จำนวนวันนอนรวม 6,241 วัน (เฉลี่ย 4.7±2.8 วันต่อราย) ในช่วง Post-intervention มีผู้ป่วยในรวม 1,295 ราย (ชาย ร้อยละ 51.8, หญิง ร้อยละ 48.2) อายุเฉลี่ย 57.9±15.8 ปี จำนวนวันนอนรวม 6,216 วัน (เฉลี่ย 4.8±2.9 วันต่อราย) การทดสอบทางสถิติ ด้วย Chi-square test และ Independent t-test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระหว่าง 2 ช่วงเวลา ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความเที่ยงและสามารถเปรียบเทียบกันได้

2. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวม การเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการใช้ระบบ SAFE-4P พบว่ามีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเภท โดยใช้ Poisson regression analysis ในการวิเคราะห์ และคำนวณ Incidence Rate Ratio (IRR) เพื่อประเมิน effect size ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการใช้ระบบ SAFE-4P

ประเภทความคลาดเคลื่อน	Baseline (ต่อ 1,000 วันนอน)	Post-intervention (ต่อ 1,000 วันนอน)	% ลดลง	IRR (95% CI)	p-value
Pre-dispensing Error	4.72	2.15	54.4	0.46 (0.37-0.56)	<0.001
Dispensing Error	0.91	0.35	61.5	0.38 (0.21-0.71)	<0.001
Severe Error (Category E-I)	0.20	0.00	100.0	0.00 (0.00-0.45)	<0.001
Near Miss Events*	1.25	3.88	+210.4	3.10 (2.28-4.22)	<0.001

*หมายเหตุ: *Near Miss Events แสดงการเพิ่มขึ้นของการรายงาน สะท้อนถึงวัฒนธรรมความปลอดภัย; IRR = Incidence Rate Ratio; Statistical test: Poisson regression; NNT (Number Needed to Treat) = 165 ผู้ป่วยต่อการป้องกัน 1 Error*

2.1 Pre-dispensing Error อัตรา Pre-dispensing Error ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 4.72 รายการต่อ 1,000 วันนอน (29 รายการ จาก 6,241 วันนอน) ในช่วง Baseline เหลือ 2.15 รายการต่อ 1,000 วันนอน (13 รายการจาก 6,216 วันนอน) ในช่วง Post-intervention (IRR=0.46, 95% CI: 0.37-0.56, p<0.001) คิดเป็นการลดลง ร้อยละ 54.4 การลดลงนี้เป็นผลมาจาก System Integration component ที่ช่วยตรวจสอบความ ถูกต้องของใบสั่งยาอัตโนมัติก่อนส่งไปห้องยา เช่น การตรวจสอบ drug-drug interaction หรือ drug-lab Alert และการเตือนภาวะแพ้ยา (drug allergy alert) ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลัก Human Factors Engineering ให้เจ้าหน้าที่ห้องยา เมื่อวิเคราะห์ตาม ช่วงเวลาการทำงาน พบว่าอัตรา Pre-dispensing Error ในช่วง Baseline สูงที่สุดในเวรเช้า (6.85 ต่อ 1,000 วันนอน) รองลงมาคือเวรบ่าย (4.92 ต่อ 1,000 วันนอน) และเวรดึก (3.51 ต่อ 1,000 วัน นอน) ส่วนในช่วง Post-intervention อัตราลดลงใน ทุกเวร โดยเวรเช้าลดเหลือ 2.98 ต่อ 1,000 วันนอน เวรบ่ายลดเหลือ 2.15 ต่อ 1,000 วันนอน และเวรดึก ลดเหลือ 1.32 ต่อ 1,000 วันนอน

2.2 Dispensing Error อัตรา Dispensing Error ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 0.91 รายการต่อ 1,000 วันนอน (6 รายการจาก 6,241 วันนอน) ในช่วง Baseline เหลือ 0.35 รายการต่อ 1,000 วันนอน (2 รายการจาก 6,216 วันนอน) ในช่วง Post-intervention (IRR=0.38, 95% CI: 0.21-0.71, p<0.001) คิดเป็นการลดลงร้อยละ 61.5 การลดลงนี้เป็นผลมาจาก Accuracy Verification process ที่กำหนดให้มีการ double-check โดย เภสัชกรคนที่สองก่อนจ่ายยา High-alert drugs และ LASA drugs ทุกครั้ง

2.3 Severe Error (NCC MERP Category E-I) อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรง ตาม National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) Category E-I ลดลงจาก 0.20 รายการ ต่อ 1,000 วันนอนในช่วง Baseline เหลือ 0 รายการ ต่อ 1,000 วันนอนในช่วง Post-intervention (p<0.001) ซึ่งเป็นการลดลงร้อยละ 100 ในช่วง Baseline พบเหตุการณ์ระดับรุนแรงรวม 3 ราย ได้แก่ Category E จำนวน 2 ราย (ผู้ป่วยได้รับยาผิด แต่ไม่เกิดอันตราย ต้องติดตามและแทรกแซง) และ Category F จำนวน 1 ราย (ผู้ป่วยเกิดอันตราย ชั่วคราว ต้องให้การรักษา) รายละเอียดดังนี้

กรณีที่ 1 (Category E): ผู้ป่วยชายอายุ 68 ปี ไม่ได้รับยา Furosemide 40 mg รับประทาน 3*1 เนื่องจากเภสัชกรรับคำสั่งยากลับบ้านยาผิดพลาด ลืมเพิ่มยาFurosemide ในระบบ เนื่องจากแพทย์สั่ง ยาล่วงหน้าไว้แล้วไม่ได้แก้ไขคำสั่งวันที่กลับบ้าน ผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการท้องบวม ขาบวม แพทย์ต้อง ให้ Furosemide 40 mg รับประทาน 3*1 อีกครั้ง Root cause: ไม่ปฏิบัติตามวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ความผิดพลาด คือไม่มีระบบ double-check ระหว่างเภสัชกรผู้รับคำสั่งกับเภสัชกรผู้จ่ายยา

กรณีที่ 2 (Category E): ผู้ป่วยหญิงอายุ 45 ปี ได้รับ Diclofenac แม้มีประวัติแพ้ NSAIDs เนื่องจากแพทย์ไม่ทราบประวัติแพ้ยา เภสัชกร ตรวจสอบพบและหยุดยาก่อนผู้ป่วยรับประทาน Root cause: ข้อมูลประวัติแพ้ยาไม่สมบูรณ์ในระบบ

กรณีที่ 3 (Category F): ผู้ป่วยชายอายุ 72 ปี ได้รับ Warfarin 5 mg แทน 2 mg เนื่องจากเภสัช กรรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์ผิด ผู้ป่วยมีอาการ เลือดออกตามไรฟัน ตรวจ INR = 5.8 (เป้าหมาย 2.0-3.0) ต้องให้ Vitamin K และติดตามอาการ 3 วัน Root cause: แพทย์ตั้งใจสั่งใช้ยาdoseหนึ่ง แต่พิมพ์

สั่งยามาอีกdose ยังไม่มีระบบ computerized physician order entry (CPOE) เภสัชกรรับคำสั่งโดยไม่ได้ทวนสอบกลับไปกับแพทย์

ส่วนในช่วง Post-intervention ไม่พบเหตุการณ์ระดับ E-I เลย เนื่องจากระบบ SAFE-4P มีกลไกป้องกันหลายชั้น ได้แก่ (1) System Integration ที่ตรวจสอบ drug allergy และ drug-drug interaction อัตโนมัติ (2) Accuracy Verification ที่กำหนด double-check สำหรับ High-alert Drugs (3) Error Prevention protocol ที่กำหนดให้ใช้ CPOE แทนการเขียนใบสั่งยาด้วยลายมือ

2.4 Near Miss Events อัตราการรายงาน Near Miss Events เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.25 รายการต่อ 1,000 วันนอน (8 รายการจาก 6,241 วันนอน) ในช่วง Baseline เป็น 3.88 รายการต่อ 1,000 วันนอน (24 รายการจาก 6,216 วันนอน) ในช่วง Post-intervention (IRR=3.10, 95% CI: 2.28-4.22, p<0.001) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 210.4

การเพิ่มขึ้นของ Near Miss Events ไม่ได้หมายความว่าความผิดพลาดเพิ่มขึ้น แต่สะท้อนให้เห็นถึง (1) การเพิ่มขึ้นของวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ที่บุคลากรกล้ารายงานเหตุการณ์ที่เกือบเกิดขึ้น (2) ประสิทธิภาพของระบบที่จับความผิดพลาดได้ก่อนส่งถึงผู้ป่วย และ (3) ความตระหนักของบุคลากรในการรายงานเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

เมื่อวิเคราะห์ประเภทของ Near Miss Events ในช่วง Post-intervention (n=24) พบว่า (1) ประเภท Wrong Dose จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 41.7) เช่น ยาฉีดทุก 8 ชั่วโมงต้องจัดให้ 3 dose แต่จัด 2 dose หรือจัดยาแบบแบ่งครึ่งเม็ด จัดไม่ครบจำนวนมื้อที่ต้องได้รับ แต่ตรวจพบและแก้ไขเองได้ก่อนส่งให้ขั้นตอนตรวจสอบ (2) ประเภท Wrong Drug จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 29.2) เช่น จัดยา Azithromycin แทนยา Atorvastatin หรือจัดยา Lorazepam 0.5 mg แต่หยิบ Lorazepam 1 mg มาแล้วแต่เปลี่ยนให้ถูกต้องก่อนส่งไปขั้นตอนต่อไป (3) ประเภท Wrong Time จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 16.7) และ (4) ประเภทอื่นๆ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 12.5) เมื่อวิเคราะห์จุดที่จับ Near Miss Events ได้ พบว่า (1) ตรวจพบโดยเภสัชกรผู้จ่ายยาระหว่าง manual double-check จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 66.7) (2) ตรวจพบโดย Accuracy Verification step (automated system alert) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 25.0) และ (3) ตรวจพบโดยพยาบาลก่อนให้ยา จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8.3) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบ SAFE-4P สร้างจุดตรวจสอบหลายชั้น (multiple checkpoints) ที่มีประสิทธิภาพ

3. ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา เมื่อวิเคราะห์ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจริง (actual errors ไม่รวม Near Miss) ทั้งหมด 35 รายการในช่วง Baseline และ 15 รายการในช่วง Post-intervention โดยจำแนกตามลักษณะของความผิดพลาด พบว่าความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุดในช่วง Baseline คือ Wrong Dose ร้อยละ 38.6 (13 รายการ) รองลงมาคือ Wrong Drug ร้อยละ 25.7 (9 รายการ) Wrong Time ร้อยละ 17.1 (6 รายการ) Wrong Route ร้อยละ 11.4 (4 รายการ) และอื่นๆ ร้อยละ 8.6 (3 รายการ) ในช่วง Post-intervention ยังคงพบความผิดพลาดประเภทเดียวกัน แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดย Wrong Dose ลดเหลือร้อยละ 33.3 (5 รายการ), Wrong Drug ลดเหลือร้อยละ 26.7 (4 รายการ), Wrong Time ลดเหลือร้อยละ 20.0 (3 รายการ), Wrong Route ลดเหลือร้อยละ 13.3 (2 รายการ) และอื่นๆ ร้อยละ 6.7 (1 รายการ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามช่วง Baseline และ Post-intervention

ประเภทความผิดพลาด	Baseline (n=35) n (%)	Post-intervention (n=15) n (%)	p-value*	% ลดลง
Wrong Dose	13 (37.1)	5 (33.3)	0.022	61.5
Wrong Drug	9 (25.7)	4 (26.7)	0.035	55.6
Wrong Time	6 (17.1)	3 (20.0)	0.048	50.0
Wrong Route	4 (11.4)	2 (13.3)	0.068	50.0
Omission Error	3 (8.7)	1 (6.7)	0.421	0.0
รวม	**35 (100.0)**	**15 (100.0)**	**<0.001**	**57.1**

*หมายเหตุ: *Fisher's exact test; % ลดลงคำนวณจากจำนวนรายการจริง*

การลดลงของ Wrong Dose error อย่างมีนัยสำคัญ (จาก 13 เป็น 5 รายการ, p=0.022) เป็นผลมาจาก dose range checking feature ในระบบ SAFE-4P ที่จะแสดงdoseยาแนะนำที่เหมาะสมเมื่อสั่งยาที่ต้องปรับขนาด การลดลงของ Wrong Patient error (จาก 2 เป็น 0 รายการ, p=0.012) เป็นผลมาจาก barcode scanning ที่กำหนดให้สแกนข้อมูลผู้ป่วยก่อนจ่ายยาทุกครั้ง

เมื่อวิเคราะห์ประเภทยาที่เกิด error พบว่าในช่วง Baseline ยากลุ่ม High-alert drugs มีสัดส่วน error สูงสุด (15 รายการจาก 35 รายการ, ร้อยละ 42.9) รองลงมาคือกลุ่ม LASA drugs (12 รายการ, ร้อยละ 34.3) และยาทั่วไป (8 รายการ, ร้อยละ 22.9) ในช่วง Post-intervention พบ error ในกลุ่ม High-alert medications ลดเหลือ 4 รายการ (ร้อยละ 26.7, ลดลงร้อยละ 73.3), LASA drugs ลดเหลือ 5 รายการ (ร้อยละ 33.3, ลดลงร้อยละ 58.3) และยาทั่วไป 6 รายการ (ร้อยละ 40.0, ลดลงร้อยละ 25.0)

4. การกระจายของความคลาดเคลื่อนตามหอผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์การกระจายของความคลาดเคลื่อนทางยาแยกตามหอผู้ป่วย พบว่าในช่วง Baseline หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมีอัตรา error สูงสุด (8.27 รายการต่อ 1,000 วันนอน) รองลงมาคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (6.15 รายการต่อ 1,000 วันนอน) และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์/ศัลยกรรมชาย (5.82 รายการต่อ 1,000 วันนอน) ในช่วง Post-intervention อัตรา error ลดลงในทุกหอผู้ป่วย โดยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายลดเหลือ 3.45 รายการต่อ 1,000 วันนอน (ลดลงร้อยละ 58.3), หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงลดเหลือ 2.68 รายการต่อ 1,000 วันนอน (ลดลงร้อยละ 56.4) และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์/ศัลยกรรมชาย ลดเหลือ 2.21 รายการต่อ 1,000 วันนอน (ลดลงร้อยละ 62.0)
หอผู้ป่วยวิกฤตมีอัตรา error สูงสุดเนื่องจากผู้ป่วยมีความซับซ้อนสูง ใช้ยา High-alert drugs จำนวนมาก และมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาบ่อยครั้ง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีอัตรา error ลดลงสูงสุด (ร้อยละ 62.0) เนื่องจากระบบ SAFE-4P

5. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความคลาดเคลื่อนทางยารายเดือน การวิเคราะห์แนวโน้มรายเดือนของอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาตลอดระยะเวลา 12 เดือน (6 เดือนช่วง Baseline และ 6 เดือนช่วง Post-intervention) พบว่าในช่วง Baseline (กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2568) อัตรา error มีความผันแปรระหว่าง 5.12-6.38 รายการต่อ 1,000 วันนอน โดยไม่มีแนวโน้มลดลงที่ชัดเจน (slope = -0.08, p=0.652)

เมื่อเริ่มนำระบบ SAFE-4P มาใช้ในเดือนสิงหาคม 2568 อัตรา error ลดลงอย่างรวดเร็วใน

เดือนแรก (จาก 5.85 เป็น 3.92 รายการต่อ 1,000 วันนอน, ลดลงร้อยละ 33.0) และลดลงต่อเนื่องในเดือนกันยายน (2.85 รายการต่อ 1,000 วันนอน) จากนั้นอัตรา error คงที่อยู่ในระดับต่ำ (2.15-2.68 รายการต่อ 1,000 วันนอน) ตลอดเดือนตุลาคม 2568 ถึงมกราคม 2569 แสดงให้เห็นว่าระบบมีความยั่งยืนและบุคลากรสามารถปฏิบัติตามระบบได้อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ learning curve พบว่าบุคลากรใช้เวลา 2 เดือน (สิงหาคม-กันยายน 2568) ในการปรับตัวให้คุ้นเคยกับระบบ จากนั้นประสิทธิภาพคงที่และไม่มี error rebound ซึ่งสะท้อนถึงการออกแบบระบบที่เหมาะสมและการอบรมที่มีประสิทธิภาพ

6. ความพึงพอใจและการยอมรับของบุคลากร ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบ SAFE-4P โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากกลุ่มตัวอย่าง 55 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 100) แยกตามมิติและกลุ่มบุคลากร พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ด้วยคะแนนเฉลี่ย 4.50±0.42 จากคะแนนเต็ม 5.0 โดยทุกมิติมีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก (4.21-5.00)

นอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากบุคลากรกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย (พยาบาล 10 ราย, เภสัชกร 5 ราย) เพื่อสำรวจประสบการณ์การใช้งานระบบ พบว่าบุคลากรให้เหตุผลที่พึงพอใจต่อระบบ SAFE-4P ดังนี้

"ระบบช่วยลดภาระงานการตรวจสอบซ้ำซ้อน เพราะมีการแจ้งเตือนในระบบ IT แล้ว เราแค่ double-check ในจุดสำคัญๆ ก็พอ" (พยาบาล, หอผู้ป่วยอายุรกรรม)

"Alert ของระบบชัดเจนและไม่รบกวนการทำงาน ไม่ใช่แบบที่ขึ้นเตือนทุกอย่างจนเราเริ่มเพิกเฉย แต่เป็นการเตือนเฉพาะเรื่องสำคัญๆ" (เภสัชกร, ห้องยา)

"ผู้วิจัยและหัวหน้างานให้การสนับสนุนดีมาก ให้คำปรึกษาคอยช่วยเหลือตลอด ไม่รู้สึกว่าถูกทิ้งให้เรียนรู้เอง" (พยาบาล, หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม)

"ระบบช่วยให้เรามั่นใจมากขึ้นว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ลดความกังวลและความเครียดในการทำงาน" (หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

"การตรวจสอบทำได้สะดวกขึ้นไม่ต้องเดินไปถามที่ห้องยา เมื่อได้รับยาชนิดใหม่หรือเปลี่ยนแผง เปลี่ยนลักษณะเม็ดยา" (พยาบาล, หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์/ศัลยกรรมชาย)

อย่างไรก็ตาม บุคลากรมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบ ได้แก่

1. การเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS): *"อยากให้ระบบ SAFE-4P เชื่อมต่อกับ HIS โดยตรงมากขึ้น เพื่อลดการ key ข้อมูลซ้ำซ้อน"* (ร้อยละ 65.5 ของผู้ตอบแบบสอบถาม)

2. Mobile application: *"ถ้ามี mobile app สำหรับการรายงาน Near Miss จะสะดวกมากขึ้น เพราะตอนนี้ต้องมานั่งหน้าคอมพิวเตอร์"* (ร้อยละ 52.7)

3. การอบรมเพิ่มเติมสำหรับบุคลากรใหม่: *"บุคลากรใหม่ที่เข้ามาหลังจากการอบรมครั้งแรกต้องเรียนรู้จากหัวหน้างานหรือเจ้าหน้าที่คนก่อน ซึ่งบางครั้งไม่ทั่วถึง ควรมีการอบรม refresher course"* (ร้อยละ 43.6)

4. ปรับปรุง user interface: *"หน้าจอบางส่วนควรทำให้ใช้งานง่ายขึ้น เช่น ปุ่มยืนยันควรใหญ่กว่านี้และใช้สีที่ชัดเจน"* (ร้อยละ 29.1)

7. สรุปผลการศึกษาโดยรวม การนำระบบ SAFE-4P มาใช้ในกระบวนการจ่ายยาของโรงพยาบาลแม่จันสามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย Pre-dispensing Error ลดลงร้อยละ 54.4 ($p<0.001$), Dispensing Error ลดลงร้อยละ 61.5

(p<0.001) และ Severe Error ลดลงร้อยละ 100 (p<0.001) การเพิ่มขึ้นของ Near Miss Events reporting ร้อยละ 210.4 (p<0.001) สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของวัฒนธรรมความปลอดภัยและประสิทธิภาพของระบบในการป้องกันและตรวจจับความผิดพลาดก่อนส่งถึงผู้ป่วย บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับดีมาก (4.52±0.42) และมีข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาระบบต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การนำระบบ SAFE-4P มาใช้ในกระบวนการจ่ายยาของโรงพยาบาล สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย Pre-dispensing Error ลดลง และ Dispensing Error ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berdot และคณะ[5] ที่พบว่าการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับกระบวนการตรวจสอบที่เป็นระบบสามารถลดความผิดพลาดในการบริหารยาได้ร้อยละ 40-60 และสนับสนุนเป้าหมายของ WHO[2] ในการลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ป้องกันได้ลงร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี

ความสำเร็จของระบบ SAFE-4P มาจากการบูรณาการหลักการ 4 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ (1) System Integration ที่เชื่อมโยงข้อมูลและตรวจสอบอัตโนมัติ ช่วยลดความผิดพลาดในขั้น Pre-dispensing โดยเฉพาะ Wrong Dose และ Wrong Drug ซึ่งเป็นประเภทความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุดตามรายงานของ NCC MERP[1] Flow Optimization ที่ปรับปรุงขั้นตอนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและลดการซ้ำซ้อน และ Error Prevention ที่สร้างกลไกป้องกันหลายชั้น (multiple checkpoints) สอดคล้องกับแนวทางของ Institute for Healthcare Improvement[3] ในการสร้างระบบความปลอดภัยด้านยา

การลดลงของ Severe Error (Category E-I) ในช่วง Post-intervention ถือเป็นผลสำเร็จที่สำคัญ เนื่องจากความผิดพลาดระดับรุนแรงส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและก่อให้เกิดต้นทุนทางการแพทย์ที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[4] ที่ระบุว่า Severe Error เป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลไทย การที่ระบบ SAFE-4P สามารถป้องกันความผิดพลาดระดับรุนแรงได้ทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบในการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

การเพิ่มขึ้นของ Near Miss Events reporting ไม่ได้หมายความว่าความผิดพลาดเพิ่มขึ้น แต่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ที่บุคลากรมีความกล้าและตระหนักในการรายงานเหตุการณ์ที่เกือบเกิดขึ้น รวมทั้งประสิทธิภาพของระบบในการจับความผิดพลาดก่อนส่งถึงผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของระบบความปลอดภัยที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิชญะ และคณะ[10] ที่พบว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ

ความพึงพอใจของบุคลากรที่อยู่ในระดับดีมาก (4.52±0.42) แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความพร้อมในการใช้ระบบอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในมิติประสิทธิผลและประโยชน์ที่ได้คะแนนสูงสุด สะท้อนว่าบุคลากรเห็นคุณค่าของระบบในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชพิณ และคณะ[6] ที่พบว่าความพึงพอใจของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการนำระบบเทคโนโลยีใหม่มาใช้ในห้องยา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ (1) ระยะเวลาการติดตามผล 6 เดือนหลังการทดลองอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนในระยะยาว (2) การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาล

เดียว ซึ่งอาจมีปัจจัยเฉพาะบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (1) โรงพยาบาลควรพิจารณานำระบบ SAFE-4P ไปประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานในกระบวนการจ่ายยาอย่างถาวร โดยขยายผลไปยังหน่วยงานผู้ป่วยนอก (2) พัฒนาการเชื่อมต่อระบบ SAFE-4P กับ HIS โดยตรงเพื่อลดการป้อนข้อมูลซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ (3) จัดสรรงบประมาณสำหรับการอัพเกรด infrastructure และ mobile application เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้งาน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ (1) จัดการอบรมเชิงลึกและ refresher course อย่างสม่ำเสมอทุก 3-6 เดือน โดยเฉพาะสำหรับบุคลากรใหม่ (2) ปรับปรุง user interface ให้ใช้งานง่ายขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน (3) จัด sharing session เป็นประจำเพื่อแลกเปลี่ยน best practice และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ (1) ควรมีการติดตามผลระยะยาว (อย่างน้อย 1-2 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบและผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก (2) ศึกษาต้นทุน-ผลประโยชน์และ cost-effectiveness อย่างเป็นระบบ (3) ขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลอื่นในบริบทที่แตกต่างกันเพื่อประเมิน generalizability (4) พัฒนาและทดสอบการใช้ AI หรือ machine learning เพื่อทำนาย Error ที่อาจเกิดขึ้นและให้ข้อเสนอแนะเชิงป้องกัน

เอกสารอ้างอิง

1. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.(2024). About medication errors [Internet]. Rockville (MD): NCC MERP; 2022 [cited 2024 Nov 15]. Available from: https://www.nccmerp.org/about-medication-errors
2. World Health Organization.(2017). Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2024 Nov 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6
3. Institute for Healthcare Improvement.(2023). Reducing adverse drug events [Internet]. Boston (MA): IHI; 2023 [cited 2024 Nov 15]. Available from: http://www.ihi.org/topics/adesmedicationreconciliation/Pages/default.aspx
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.(2566). รายงานสถิติความคลาดเคลื่อนทางยาในสถานพยาบาล ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบยา;.
5. Berdot S, Roudot M, Schramm C, Katsahian S, Durieux P, Sabatier B.(2016). Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2016;53:342-50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.08.012
6. รัชพิณ ชินวณิชัย, ธริชญา รักษ์กิตติกุล, นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์.(2568). ผลการพัฒนาระบบการจ่ายยา continue ผู้ป่วยในแบบ unit dose โดยใช้เครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2568;35(1):1-14.
7. ดวงกมล เอกสมทราเมษฐ์.(2568). การศึกษาผลของการพัฒนาระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาและกระบวนการในห้องยา ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2568;7(1):1-17.
8. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน.(2567). รายงานสถิติความคลาดเคลื่อนทางยา งานผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่จัน; 2567. เอกสารภายในที่ไม่ได้ตีพิมพ์.

9. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน.(2568). ฐานข้อมูลระบบยาและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ปีงบประมาณ 2568. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่จัน; 2568. เอกสารภายในที่ไม่ได้ตีพิมพ์.
10. วิชญะ เจริญรัตน์, สุรีรัตน์ มณีเวช, นฤมล กลิ่นประทุม, อรทัย สายสุด.(2566). ความชุกของความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(1):25-34.

การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง

Development and Implementation of Participatory Management Approach for Support Staff at Lampang Hospital.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 18,2026 ; Accepted: February 20,2026)

ธีรินทร์ เกตุวิชิต[1]
Teerin Ketvichit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและขยายผลแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 233 คน ดำเนินการเป็น 2 ระยะ รวมระยะเวลา 22 เดือน (เมษายน 2567 - มกราคม 2569) ระยะที่ 1 การวิจัยเบื้องต้น: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กับบุคลากรสายสนับสนุน 45 คน เป็นระยะเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่าแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, Cohen's $d=2.51$) บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับสูง ($M=4.28$) ระยะที่ 2 การพัฒนาและขยายผล โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (R&D) ตามแนวทาง 4D Model ผสมผสานกับกระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) 2 วงรอบ โดยบุคลากรสายสนับสนุนในกลุ่มภารกิจอำนวยการ 233 คน มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางตามบริบทของตนเอง ระยะเวลา 10 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการผสมผสาน ได้แก่ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และบันทึกการสะท้อนกลับ

ผลการวิจัยพบว่า (1) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ (M เพิ่มจาก 2.93 เป็น 4.15, $p<0.001$, Cohen's $d=2.08$) (2) บุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางในระดับมาก ($\bar{x}=4.37$) (3) ได้แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) 8 ข้อ ที่เกิดจากประสบการณ์จริงของผู้ปฏิบัติงานและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ (4) คู่มือการใช้งานฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และ (5) ปัจจัยสนับสนุนความยั่งยืนในระดับมาก ($\bar{x}=4.28$)

คำสำคัญ: การบริหารแบบมีส่วนร่วม บุคลากรสายสนับสนุน การวิจัยและพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การบริหารโรงพยาบาล แนวปฏิบัติที่ดี

Abstract

This two-phase research and development (R&D) study aimed to develop and disseminate a participatory management approach for support staff at Lampang Hospital (N=233). Phase 1 (Research): A quasi-experimental study with 45 support staff over 12 months demonstrated significant improvements in management effectiveness ($p<0.001$, Cohen's $d=2.51$). Results were published in the Journal of Environmental Education Medical and Health. Phase 2 (Development & Dissemination): Using the 4D Model integrated with two cycles of Participatory Action-Oriented Research (PAOR), 233 support staff participated in refining the approach over 10 months. Mixed methods data collection included surveys, focus groups, in-depth interviews, participant observation, and reflection journals.

Results showed: (1) Significant improvement in management effectiveness across all dimensions (M increased from 2.93 to 4.15, $p<0.001$, $d=2.08$); (2) High satisfaction ($M=4.37$); (3) Eight evidence-based best practices co-created by practitioners; (4) A comprehensive user manual; (5) Strong sustainability factors ($M=4.28$).

Keywords: Participatory Management, Support Staff, Research and Development, Participatory Action-Oriented Research, Hospital Management, Best Practices

---

[1] นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง

บทนำ

ระบบสุขภาพในประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการยกระดับมาตรฐานการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โรงพยาบาลในฐานะหน่วยงานหลักในระบบสุขภาพจึงต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่เพียงแต่ในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่รวมถึงการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[1,2]

การบริหารจัดการองค์กรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยบุคลากรสายสนับสนุนที่ทำงานในหน่วยงานต่างๆ บุคลากรกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลรักษาระบบงาน และการให้บริการที่ไม่ใช่การรักษาโดยตรงแก่ผู้ป่วย แม้ว่าบทบาทของบุคลากรสายสนับสนุนจะไม่ปรากฏชัดเท่าบุคลากรทางการแพทย์ แต่ก็เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ[3,4]

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เน้นย้ำว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ ต้องครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ และการบริหารจัดการบุคลากรกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพโดยรวมขององค์กรสุขภาพ[4] นอกจากนี้ในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการบริหารจัดการโดยมีส่วนร่วม เป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเชื่อว่าการเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติงาน จะนำไปสู่ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น ความพึงพอใจในการทำงาน และความยั่งยืนขององค์กร[1]

ปัจจุบัน การบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงใช้แนวทางแบบดั้งเดิมที่เน้นลำดับชั้นอำนาจ การสั่งการจากบนลงล่าง (Top-down Approach) และการตัดสินใจโดยผู้บริหารเป็นหลัก บุคลากรเหล่านี้มักถูกมองเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามคำสั่งมากกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดปัญหา เช่น การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลไม่ทั่วถึงและทันเวลารับรู้ข้อมูลจากผู้บริหารล่าช้า ไม่ครบถ้วน ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเอง ทำงานแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานและความร่วมมือ และการวางแผนที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เนื่องจากผู้วางแผนไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานจริง ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในการทำงาน การขาดแรงจูงใจ การลาออกของบุคลากร และประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ลดลง[5]

การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าสามารถแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้ โดยหลักการสำคัญคือการเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ ตั้งแต่การวางแผน การตัดสินใจ การปฏิบัติงาน ไปจนถึงการประเมินผล การบริหารแบบนี้มุ่งเน้นการสื่อสารสองทาง การแบ่งปันข้อมูลอย่างโปร่งใส การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการแสดงความคิดเห็น และการยอมรับว่าบุคลากรทุกคนมีความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อองค์กร งานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวก เช่น ประสิทธิภาพการทำงานที่เพิ่มขึ้นความพึงพอใจในการทำงานสูงขึ้น ความผูกพันต่อองค์กรที่แน่นแฟ้น การลดอัตราการลาออก และนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์[6,7,8] นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยที่เน้นความสัมพันธ์แบบครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน และการทำงานเป็นทีม[9,10]

โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับศูนย์ขนาด 739 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิ

และเป็นแม่ข่ายการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดลำปางและจังหวัดใกล้เคียงในภาคเหนือตอนบน โดยมีศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,200-1,500 คนต่อวัน และผู้ป่วยในเฉลี่ย 600-700 คนต่อวัน[11] มีบุคลากรรวมทั้งสิ้นประมาณ 2,575 คน ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจำนวน 1,378 คน และบุคลากรสายสนับสนุนจำนวน 1,197 คน (คิดเป็นร้อยละ 46.5) และบุคลากรสายสนับสนุนในกลุ่มภารกิจอำนวยการ จำนวน 256 คน ได้แก่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป รับผิดชอบงานสารบรรณ ธุรการ และการบริหารจัดการองค์กร กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ดูแลด้านอัตรากำลัง การพัฒนาบุคลากร และสวัสดิการ กลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานบัญชี บริหารจัดการงบประมาณ การเบิกจ่าย และระบบบัญชี กลุ่มงานพัสดุ ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารคลังเวชภัณฑ์/พัสดุ และกลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ บริหารจัดการความพอเพียง พร้อมใช้บำรุงรักษาอาคารสถานที่ ควบคุมกำกับ งานซ่อมอุปกรณ์การแพทย์ งานช่างไฟฟ้า งานช่างโยธา เป็นต้น บุคลากรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วย การบริหารจัดการทั่วไป และการดำเนินงานของโรงพยาบาล

จากการสำรวจเบื้องต้นและการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาลลำปาง พบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนหลายประการ ได้แก่ (1) การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลไม่ถึงบุคลากรอย่างทั่วถึงและทันเวลา การสื่อสารเป็นแบบทางเดียว (2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจำกัด ไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือเสนอข้อคิดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเอง การตัดสินใจส่วนใหญ่เป็นของผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียว (3) การประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น แต่ละหน่วยงานทำงานแยกกัน ขาดความเข้าใจในงานและปัญหาของกันและกัน (4) การวางแผนไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง (5) ขาดช่องทางการแสดงความคิดเห็นไอเดียหรือข้อเสนอแนะ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้บุคลากรสายสนับสนุนรู้สึกไม่มีคุณค่า ขาดแรงจูงใจในการทำงาน และประสิทธิภาพการบริหารจัดการโดยรวมไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง[12]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งดำรงตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการในกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 15 ปี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน โดยเฉพาะในบุคลากรสายสนับสนุนกลุ่มภารกิจอำนวยการ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ดำเนินการระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเบื้องต้นและทดสอบความเป็นไปได้ ในระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงมีนาคม 2568 (12 เดือน) โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One group pre-post test design) กับกลุ่มตัวอย่าง 45 คน ที่สุ่มแบบแบ่งชั้นจาก 6 หน่วยงาน วัตถุประสงค์หลักของระยะที่ 1 คือการทดสอบประสิทธิผลของแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการในทุกมิติ ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการตัดสินใจ นอกจากนี้ บุคลากรยังมีความพึงพอใจในระดับสูง ($M=4.28$)[13]

การศึกษาระยะที่ 1 มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ประการแรก ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัด คิดเป็นเพียงร้อยละ 19.3 ของบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด ทำให้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าแนวทางนี้จะเหมาะสมกับบุคลากรทั้งองค์กรหรือไม่ ประการที่สอง การมีส่วนร่วมในการออกแบบและปรับแต่งจำกัด บุคลากรในระยะที่ 1 เป็นเพียงผู้รับการทดลองมากกว่าผู้ร่วมพัฒนา บุคลากรไม่ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบและปรับแต่ง

แนวทางให้เหมาะกับบริบทเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน ประการที่สาม ขาดข้อมูลเชิงลึกเชิงคุณภาพ ระยะที่ 1 เน้นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก มีข้อมูลเชิงคุณภาพเพียงเล็กน้อยจากการสัมภาษณ์ 10 คน ทำให้ยังไม่เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคและบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ อย่างลึกซึ้ง ประการที่สี่ ความเหมาะสมกับบริบทไม่ชัดเจน จากการสัมภาษณ์พบว่าแนวทางที่ใช้อาจไม่เหมาะสมเท่าเทียมกันสำหรับทุกหน่วยงาน เนื่องจากแต่ละหน่วยมีลักษณะงาน วัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกัน และประการสุดท้าย ไม่มีการติดตามความยั่งยืน (Sustainability) ระยะที่ 1 ไม่มีการศึกษาว่าหลังจากโครงการวิจัยสิ้นสุดลง บุคลากรและองค์กรจะสามารถนำแนวทางนี้ไปใช้ต่อได้หรือไม่ และจะต้องมีกลไกอะไรรองรับ

ข้อจำกัดเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้การวิจัยระยะที่ 1 จะพิสูจน์ความเป็นไปได้ ของแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมได้แล้ว แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการนำไปใช้จริงในวงกว้าง และการสร้างความยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาต่อยอดจึงมีความจำเป็น โดยต้องเปลี่ยนแนวทางจากการทดสอบไปสู่การพัฒนาร่วมกันจากการมุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงปริมาณ ไปสู่ความเข้าใจเชิงลึกเชิงคุณภาพ และจากการทดลองในกลุ่มเล็ก ไปสู่การขยายผลทั้งองค์กร พร้อมระบบรองรับความยั่งยืน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระยะที่ 2 โดยการพัฒนาและขยายผลด้วยแนวทางเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงมกราคม 2569 (10 เดือน) โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวทาง 4D Model[14] ที่ประกอบด้วย Define (วิเคราะห์), Design (ออกแบบ), Develop (พัฒนา) และ Disseminate (เผยแพร่) โดยในขั้น Develop ผู้วิจัยได้ผสมผสานวงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ของ Kemmis & McTaggart[15] จำนวน 2 วงรอบ เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรสายสนับสนุนทั้ง 233 คนมีส่วนร่วมในการปรับแต่งและพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง พร้อมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative learning process) และแนวปฏิบัติที่ดี ที่เกิดจากประสบการณ์จริงของผู้ปฏิบัติ

การวิจัยนี้จึงเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาแบบ 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ทำหน้าที่เป็น Research phase (ขั้นการวิจัยและทดสอบความเป็นไปได้) ซึ่งใช้การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพิสูจน์ว่าแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพ และระยะที่ 2 ทำหน้าที่เป็น Development and Dissemination phase (ขั้นการพัฒนาและเผยแพร่) ซึ่งใช้การผสมผสานระหว่าง R&D และขั้นตอนดำเนินการแบบ PAOR เพื่อพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทและขยายผลสู่ทั้งองค์กร ที่ให้ความสำคัญการสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาล มีการพัฒนาแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based approach) ที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุงจากประสบการณ์จริงของผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีทั้งการเปรียบเทียบทางสถิติ คู่มือการใช้งานแนวปฏิบัติที่ดี และกระบวนการเรียนรู้ขององค์กร (Organizational learning process) ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และเพื่อเป็นการสร้างต้นแบบที่โรงพยาบาลอื่นสามารถนำไปปรับใช้ได้ พร้อมทั้งเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาและขยายผลแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลลำปางด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.เพื่อวิเคราะห์ความต้องการและพัฒนาแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง

2. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นโดยการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบริหารจัดการในด้านการวางแผน การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการตัดสินใจ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน (ผลลัพธ์เชิงปริมาณในการบริหารจัดการ ได้แก่ เวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจ จำนวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากบุคลากรต่อเดือน อัตราการเข้าร่วมประชุมของบุคลากรสายสนับสนุน)

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนต่อแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม

4. เพื่อสร้างแนวปฏิบัติ และจัดทำคู่มือการใช้งานแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลลำปางที่สามารถนำไปขยายผลและใช้ได้จริง

5. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการนำแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมไปใช้ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับทีม และระดับองค์กร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนรองรับและแก้ไขปัญหาในอนาคต

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบ 2 ระยะ ระยะเวลารวม 22 เดือน (เมษายน 2567 - มกราคม 2569) โดยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใน และ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวทาง 4 D Model ของ Thiagarajan และคณะ [14] ร่วมกับการใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [15] ในระยะที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การทดสอบความเป็นไปได้ (เมษายน 2567 - มีนาคม 2568)

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One group pre-post test design)

กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสายสนับสนุน 45 คน (19.3% ของประชากร) จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ (1) ทดสอบประสิทธิผลของแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม (2) พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (3) ระบุข้อจำกัดเพื่อปรับปรุงในระยะถัดไป

ผลลัพธ์ พบว่าแนวทางมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, Cohen's $d=2.51$) ความพึงพอใจสูง ($M=4.28$) และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ[13]

ข้อจำกัด (1) ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัด (2) ขาดการมีส่วนร่วมในการออกแบบ (3) ขาดข้อมูลเชิงลึกเชิงคุณภาพ (4) แนวทางอาจไม่เหมาะทุกหน่วยเท่าเทียมกัน (5) ไม่มีการติดตามความยั่งยืน

ระยะที่ 2: การพัฒนาและขยายผล (เมษายน 2568 - มกราคม 2569)

รูปแบบการวิจัย แบบ R&D ผสมผสาน PAOR 2 วงรอบในขั้น Develop

ผู้ร่วมวิจัย บุคลากรสายสนับสนุนจำนวน 233 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม โดยในแต่ละขั้นตอนมีกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนการวิจัย	ลักษณะการดำเนินการ	กลุ่มตัวอย่าง / ผู้ร่วมวิจัย	จำนวน (คน)
Define & Design	วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และออกแบบแนวทาง/นวัตกรรม	บุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด	233
PAOR Cycle 1	ดำเนินการตามวงจร PAOR รอบที่ 1 (วางแผน–ปฏิบัติ–สังเกต–สะท้อนผล)	กลุ่ม Change Agents (คัดเลือกแบบเจาะจง)	50
PAOR Cycle 2	ดำเนินการตามวงจร PAOR รอบที่ 2 (ต่อยอดจากรอบที่ 1)	กลุ่ม Change Agents เดิม 50 คน และอาสาสมัคร	150

ผู้ร่วมวิจัย บุคลากรสายสนับสนุนจำนวน 233 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม โดยในแต่ละขั้นตอนมีกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนการวิจัย	ลักษณะการดำเนินการ	กลุ่มตัวอย่าง / ผู้ร่วมวิจัย	จำนวน (คน)
		เพิ่มเติม 100 คน	
Disseminate	เผยแพร่ผลการพัฒนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขยายผล	บุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด	233

วัตถุประสงค์ พัฒนาและขยายผลแนวทางสู่ทั้งองค์กร สร้างแนวปฏิบัติที่ดี และสร้างความยั่งยืน

ประชากรและผู้ร่วมวิจัย

ประชากรในการวิจัยนี้คือบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลลำปางทั้งหมด (ข้อมูลปีงบประมาณ 2567 จากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล) กระจายอยู่ในหน่วยงานหลัก ได้แก่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป (140 คน) กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล (10 คน) กลุ่มงานการเงิน (20 คน) กลุ่มงานพัสดุ (30 คน) กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ (25 คน) และกลุ่มงานบัญชี (8 คน)

เกณฑ์การเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลลำปาง (2) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี (3) เข้าร่วมกิจกรรมตลอดการจัดทำโครงการวิจัย

ในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนด Effect size=0.5 (ปานกลาง) ระดับนัยสำคัญ α=0.05 และพลังการทดสอบ 1-β=0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน เพิ่มเป็น 45 คน (เผื่อการขาดหาย 25%) สุ่มแบบแบ่งชั้นตามหน่วยงานด้วยสัดส่วนเท่ากัน

ในระยะที่ 2 ใช้ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 233 คน โดยแบ่งการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนดังนี้: (1) ขั้น Define & Design 233 คน ร่วมวิเคราะห์ความต้องการและออกแบบแนวทาง (2) ขั้น Develop - PAOR Cycle 1 ใช้ 50 คนที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากแรงจูงใจสูง เป็นตัวแทนทุกหน่วย มีภาวะผู้นำ และประสบการณ์ ≥2 ปี เป็น Change Agents (3) PAOR Cycle 2 ขยายเป็น 150 คน (50 คนเดิมเป็น Mentors + 100 อาสาสมัครใหม่) (4) ขั้น Disseminate 233 คน นำแนวทางไปใช้ทั้งองค์กรและประเมินผล

นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ประกอบด้วย (1) ผู้บริหาร 3 คน (ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงาน 1 คน) (2) สัมภาษณ์เชิงลึก 15 คน (5 คนในระยะที่ 1 และ 10 คนในระยะที่ 2) (3) เขียนบันทึกสะท้อนกลับ 50 คน (กลุ่ม PAOR Cycle 1-2)

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1.1 แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Yukl (2020) ครอบคลุม 4 มิติหลัก คือ (1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (2) การสื่อสารสองทาง (3) การทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ (4) การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมหลักในระยะที่ 1 ประกอบด้วย การประชุมแบบมีส่วนร่วม (เดือนละ 2 ครั้งๆ ละ 1.5 ชั่วโมง) Workshop การวางแผนร่วม (ไตรมาสละ 1 ครั้ง) การสื่อสารสองทางผ่านหลายช่องทาง (Line Group, Email, กระดานประชาสัมพันธ์) และการตัดสินใจร่วมโดยใช้ Decision Matrix ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.67-1.00 และทดลองใช้ (Try-out) กับ 10 คน พบว่ามีความชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ครอบคลุม เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งงาน สังกัดหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงาน และประวัติการอบรมที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบวัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน เป็นแบบสอบถามมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติ (มิติละ 10 ข้อ) ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการตัดสินใจ ระดับการวัดตั้งแต่ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผล: 4.21-5.00=มากที่สุด, 3.41-4.20=มาก, 2.61-3.40=ปานกลาง, 1.81-2.60=น้อย, 1.00-1.80=น้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.67-1.00 ทดสอบความเที่ยงในระยะที่ 1 กับกลุ่มทดลอง 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha=0.86 และ ในระยะที่ 2 กับ 30 คน alpha=0.88

2.3 แบบวัดความพึงพอใจในการบริหารแบบมีส่วนร่วม พัฒนาขึ้นใหม่ในระยะที่ 2 เป็นแบบสอบถาม Likert Scale 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ข้อ (2) ช่องทางการสื่อสาร 3 ข้อ (3) การตัดสินใจร่วม 3 ข้อ (4) ระบบ Feedback 3 ข้อ (5) ระบบ Mentor 3 ข้อ (6) ความพึงพอใจโดยรวม 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC=0.80 ทดสอบความเที่ยง alpha=0.91

2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์เชิงปริมาณ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) เวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจ (วัน) บันทึกจากระบบการประชุมและ Log books (2) จำนวนข้อเสนอแนะที่ได้รับต่อเดือน (ครั้ง) นับจากกล่องรับความคิดเห็น บันทึกการประชุม Line Group และแบบฟอร์มข้อเสนอแนะ (3) อัตราการเข้าร่วมประชุม (%) คำนวณจาก (จำนวนผู้เข้าร่วม/จำนวนผู้ได้รับเชิญ)×100 เก็บข้อมูล Baseline 3 เดือนก่อน (มกราคม-มีนาคม 2568) และ Post-intervention 3 เดือนสุดท้าย (พฤศจิกายน 2568-มกราคม 2569)

3. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

3.1 แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) 3 ชุด ได้แก่ (1) ขั้น Define เพื่อหาปัญหา ความคาดหวัง ข้อเสนอแนะ 2 ครั้ง (2) หลัง PAOR Cycles จากประสบการณ์ สิ่งที่ได้ผล/ไม่ได้ผล การเรียนรู้ 2 ครั้ง (3) ขั้น Disseminate ในด้านความเหมาะสม ความพร้อม ความยั่งยืน 1 ครั้ง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา IOC=0.80-1.00

3.2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 1 ชุด ได้แก่ (1) ผู้บริหาร 3 คน ข้อคำถามเกี่ยวกับมุมมอง ปัจจัยนโยบาย ความยั่งยืน (2) บุคลากร 15 คน เพื่อสอบถามประสบการณ์ การเปลี่ยนแปลง ความรู้สึก ข้อเสนอแนะ IOC=0.85-1.00

3.3 แบบบันทึกการสังเกตการณ์ พัฒนาจาก Spradley (1980) ครอบคลุม ข้อมูลพื้นฐาน สิ่งที่สังเกต (พฤติกรรม การโต้ตอบ บรรยากาศ) การตีความ และประเด็นติดตาม

3.4 แบบบันทึกการสะท้อนกลับ (Reflection) สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม PAOR Cycles เขียนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครอบคลุม กิจกรรม การเรียนรู้ ความรู้สึก ปัญหา แนวทางแก้ไข ข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 (12 เดือน):

เดือนที่ 1 ทำการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา ทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์ผู้บริหาร 3 คน สนทนากลุ่มบุคลากร 1 ครั้ง ระบุปัญหาและพัฒนากรอบแนวคิด

เดือนที่ 2-3 พัฒนาแนวทางและเครื่องมือ โดยการออกแบบแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม สร้างเครื่องมือวัด ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ Try-out กับ 10 คน

เดือนที่ 4 Pre-test วัดประสิทธิภาพก่อนทดลอง (เมษายน 2567) กลุ่มตัวอย่าง 45 คน

เดือนที่ 5-12 ทดลองใช้แนวทางนำแนวทางไปใช้ตามแผน 12 เดือน กิจกรรมหลักประกอบด้วย ประชุมแบบมีส่วนร่วมเดือนละ 1 ครั้ง Workshop การวางแผนไตรมาสละ 1 ครั้ง การสื่อสารสองทางผ่านหลายช่องทาง การตัดสินใจร่วม

เดือนที่ 12 - Post-test และสัมภาษณ์ เพื่อวัดประสิทธิภาพและความพึงพอใจหลังทดลอง (มีนาคม

2568) สัมภาษณ์เชิงลึก 10 คน เพื่อระบุข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 (10 เดือน):

ขั้น DEFINE (เดือนที่ 1-2) กิจกรรม Kick-off meeting 233 คน โดยทำ Workshop วิเคราะห์ SWOT แบ่ง 6 กลุ่ม สนทนากลุ่ม 1 ครั้ง (หน่วยละ 1 ครั้ง 8-12 คน) สำรวจความต้องการ Pre-test ประสิทธิภาพ 233 คน เก็บ Baseline พฤติกรรม 3 เดือน (มกราคม-มีนาคม 2568) สัมภาษณ์ผู้บริหาร 3 คน

ขั้น DESIGN (ต่อเนื่อง เดือนที่ 2) กิจกรรม Workshop ออกแบบร่วม 1 ครั้ง (ตัวแทน 50 คน + ผู้บริหาร 3 คน) สร้างคู่มือ v.1 Validate โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (IOC=0.67-1.00) Try-out 10 คน ปรับปรุงเป็นคู่มือ v.2

ขั้น DEVELOP ใช้กระบวนการ PAOR Cycle 1 (เดือนที่ 3-5) โดยกลุ่มนำร่อง 50 คน ดำเนินการตามวงจร Plan-Act-Observe-Reflect เก็บข้อมูลสังเกตการณ์ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ บันทึกสะท้อนกลับ 20 คนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง Log books 50 คน ประเมินกลางวงรอบสัปดาห์ที่ 7 สนทนากลุ่ม 6 ครั้งสัปดาห์ที่ 11-12 วิเคราะห์และปรับปรุงแนวทาง ผลลัพธ์: แนวทางที่ปรับปรุง คู่มือ v.2.5 Lessons learned

ขั้น DEVELOP ใช้กระบวนการ PAOR Cycle 2 (เดือนที่ 6-8): ขยายผล 150 คน (50 คน เดิมเป็นพี่เลี้ยง (Mentors) และ อาสาสมัคร100 คน) ดำเนินการเช่นเดียวกับ Cycle 1 แต่ในวงกว้าง เก็บข้อมูล โดยการสังเกตการณ์ บันทึกสะท้อนกลับ 50 คน สัมภาษณ์เชิงลึก 25 คน (15 veterans + 10 newcomers) สนทนากลุ่ม 3 ครั้ง Best Practices Workshop สร้าง 8 แนวปฏิบัติที่ดี ปรับปรุงคู่มือ v.3 พร้อม Case studies

ขั้น DISSEMINATE (เดือนที่ 9-10) Orientation บุคลากรที่เหลือ 83 คน นำแนวทางไปใช้ในองค์กร ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประเมินผล Post-test ประสิทธิภาพ 233 คน แบบวัดความพึงพอใจ 233 คน Post-intervention พฤติกรรม 3 เดือน (พฤศจิกายน 2568-มกราคม 2569) สัมภาษณ์เพิ่ม 15 คน (รวม 40 คน) สนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ประเมินความยั่งยืน 233 คน จัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์และรายงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0 ดังนี้ (1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้กับข้อมูลทั่วไป ระดับประสิทธิภาพ ระดับความพึงพอใจ (2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เปรียบเทียบ Pre-test vs Post-test ของประสิทธิภาพ 4 มิติ และ Baseline vs Post-intervention ของพฤติกรรม 3 ตัว ระดับนัยสำคัญ p<.05, ประเมินคะแนนเฉลี่ย 6 หน่วยงาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ Content Analysis และ Thematic Analysis ตาม Braun และ Clarke (2006) 6 ขั้นตอน คือ (1) ทำข้อมูล (2) สร้างรหัสเบื้องต้น (3) ค้นหาธีม (4) ทบทวนธีม (5) นิยามและตั้งชื่อธีม (6) เขียนรายงาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง โดยระยะที่ 1 ได้รับอนุมัติเลขที่โครงการ 29/67 และระยะที่ 2 ได้รับอนุมัติเลขที่โครงการ 42/68

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยในระยะที่ 2 ประกอบด้วยบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลลำปาง 233 คน ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (61.8%) อายุเฉลี่ย 39.2 ปี (SD=9.8) มีวุฒิการศึกษาระดับ การศึกษาระดับปวช-ปวส (70.8%) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.1 ปี (SD=6.4) และกระจายอยู่ใน 6 หน่วยงานอย่างสมดุล (15.9-18.0%)

วัตถุประสงค์ที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการและพัฒนาแนวทาง ผลการวิเคราะห์ความต้องการ (ขั้น DEFINE) พบว่า ปัญหาในการบริหารจัดการปัจจุบัน

ปัญหาหลักคือการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ (85.0%) และขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (80.3%) ความต้องการสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Mean=4.52, SD±0.67) และการสื่อสารที่โปร่งใส (Mean=4.45, SD±0.62)

วัตถุประสงค์ที่ 2 ประสิทธิภาพของแนวทางประสิทธิภาพการบริหารจัดการ 4 มิติ โดยการเปรียบเทียบประสิทธิภาพก่อนและหลังการพัฒนา (N=233) พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ (p<.001) โดยมิติที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือการสื่อสาร (+1.34 คะแนน, d=2.18) ค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.93 เป็น 4.15 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 41.6% ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่มาก (d>2.0 ทุกมิติ)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรม

ตัวชี้วัด	Baseline	Post	เปลี่ยนแปลง
เวลาตัดสินใจ (วัน)	15.2±3.8	8.5±2.1	-6.7
ข้อเสนอแนะ (ครั้ง/เดือน)	18.3±4.2	35.8±6.5	+17.5
อัตราเข้าร่วม (%)	68.5±8.3	92.3±4.2	+23.8

ตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ทุกตัว (เวลาลด 44%, ข้อเสนอเพิ่ม 96%, อัตราเข้าร่วมเพิ่ม 35%)

วัตถุประสงค์ที่ 3 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมในระดับมาก (Mean=4.37, SD±0.52) โดยพึงพอใจสูงสุดในระบบ Mentor/Buddy (Mean=4.42, SD±0.72) และระบบ Feedback 72 ชม. (M=4.39, SD±0.80) บุคลากร 92.3% มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

วัตถุประสงค์ที่ 4 แนวปฏิบัติที่ดีและคู่มือ จากกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ บุคลากรได้ร่วมกันสร้างแนวปฏิบัติที่ดี 8 ข้อ ผ่าน Best Practices Workshop ได้แก่

1. การประชุมแบบ 3-2-1 (3 วาระ, 2 ทางเลือก, 1.5 ชม.) เวลาลด 38%, การเข้าร่วมเพิ่ม 35%

2. Multi-Channel Communication (Line, Email, กลุ่มแชท, ประชุม) การรับรู้เพิ่ม 82%

3. Feedback Loop 72 ชม. (คำตอบภายใน 3 วัน) ข้อเสนอเพิ่ม 96%, ระยะเวลารอลด 71%

4. Participatory Decision Matrix การยอมรับเพิ่ม 88%, เวลาลด 44%

5. Rotating Representatives (หมุนเวียน 3-6 เดือน) การมีส่วนร่วมกระจาย 91%

6. Buddy/Mentor System (50 Change Agents) ความมั่นใจเพิ่ม 84%

7. Quick Win Projects (โครงการเล็ก ระยะสั้น) สำเร็จ 15/17 (88%)

8. Monthly Reflection Sessions ปัญหาซ้ำลด 68%, การเรียนรู้เพิ่ม 86%

คู่มือการใช้งานฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย: (1) คำนำและหลักการ (2) 6 องค์ประกอบหลัก (3) 8 Best Practices พร้อมตัวอย่าง (4) เครื่องมือและแบบฟอร์ม (5) Implementation Guide (6) Sustainability Plan (7) M&E Framework (8) Troubleshooting & FAQ (9) Case Studies จาก 6 หน่วยงาน (10) ภาคผนวก ระดับความพร้อมของคู่มือ: Mean=4.38(SD±0.87) (มาก) โดยมีความครบถ้วน Mean=4.42(SD±0.57) และความเป็นประโยชน์ Mean=4.45 (SD±0.60)

วัตถุประสงค์ที่ 5 ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค พบว่า การดำเนินการวิจัยแบบ R&D ผสมผสานกระบวนการ PAOR ในขั้น Develop มีปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อความสำเร็จของการพัฒนา **จำนวน 6 ประการ โดยปัจจัยที่มีระดับสูงสุดคือ การสนับสนุนจากผู้บริหาร คิดเป็นร้อยละ 87.5** โดยผู้บริหารระดับผู้อำนวยการมีบทบาทสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การจัดสรรงบประมาณ และการมอบอำนาจในการตัดสินใจ ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างคล่องตัวและเกิดความเชื่อมั่นในองค์กร

รองลงมาคือ **ความชัดเจนของคู่มือและเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา (ร้อยละ 82.5)** ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่าคู่มือมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีตัวอย่างที่ชัดเจน และสามารถนำไปปรับใช้กับบริบทการทำงานจริงได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกัน **ประสิทธิภาพของ Change Agents อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.0)** โดยมีบทบาทในการให้คำปรึกษา เป็นแบบอย่างที่ดี และถ่ายทอดประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน **การเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (ร้อยละ 70.0)** โดยเฉพาะการเกิด Quick Wins และการแก้ไขปัญหาในการทำงานได้จริง เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคลากรเกิดการยอมรับแนวทางการพัฒนา **วัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร (ร้อยละ 65.0)** ซึ่งเปิดโอกาสให้ยอมรับความผิดพลาด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสะท้อนผลการทำงานอย่างสร้างสรรค์ ช่วยสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง **ความยืดหยุ่นของแนวทางการดำเนินงาน (ร้อยละ 57.5)** เอื้อต่อการปรับใช้ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน และการเปิดรับข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติ

ในส่วนของอุปสรรค พบว่า ภาระงานประจำที่มาก เป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด (ร้อยละ 67.5) ได้มีการแก้ไขโดยการจัดสรรเวลาในการดำเนินกิจกรรมภายในเวลาทำงาน และการลดระยะเวลาการประชุมที่ไม่จำเป็น ส่งผลให้อุปสรรคดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ในระดับสูงถึงร้อยละ 85 รองลงมาคือ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแนวทางและบทบาทหน้าที่ (ร้อยละ 45.0) แก้ไขโดยการจัดอบรม การชี้แจงบทบาทอย่างชัดเจน และการยกตัวอย่างจากการปฏิบัติจริง ทำให้อุปสรรคข้อนี้ได้รับการแก้ไขถึงร้อยละ 92 และอุปสรรคด้านการต้านทานการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 37.5) ได้รับการแก้ไขผ่านบทบาทของ Change Agents ที่เป็นแบบอย่างที่ดี และการสร้าง Quick Wins ส่งผลให้อุปสรรคดังกล่าวลดลงในระดับร้อยละ 78 และอุปสรรคด้านความแตกต่างของบริบทแต่ละหน่วยงาน (ร้อยละ 32.5) แก้ไขได้ด้วยการเปิดโอกาสให้ปรับแนวทางตามบริบทและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน ทำให้อุปสรรคข้อนี้แก้ไขได้ร้อยละ 89 สุดท้ายคือ ข้อจำกัดด้านทักษะของบุคลากร (ร้อยละ 27.5) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยการฝึกอบรม การมีพี่เลี้ยง (Mentor) และการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง ส่งผลให้อุปสรรคดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ในระดับร้อยละ 86

องค์กรมีความพร้อมในการนำแนวทางไปใช้อย่างยั่งยืนในระดับมาก (M=4.28) โดยมีแผนรองรับ (1) ผู้อำนวยการลงนามรับรอง (2) จัดตั้งคณะทำงานถาวร (3) Change Agents 50 คน (4) งบประมาณประจำปี (5) ระบบ M&E ทุก 3 เดือน (6) Reflection & Improvement รอบ 6 เดือน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนกลุ่มภารกิจอำนวยการ โรงพยาบาลลำปาง ดำเนินการกับบุคลากรจำนวน 233 คน ระยะเวลา 10 เดือน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D: 4D Model) ผสมผสานกระบวนการ PAOR จำนวน 2 วงรอบ ผลการวิจัยพบความสำเร็จที่สำคัญ 5 ประการ

1. ได้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทองค์กร ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ซึ่งเกิดจากกระบวนการออกแบบร่วมและการปรับปรุงตามความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้แนวทางมีความสอดคล้องและสามารถนำไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. การนำแนวทางไปใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการรับรู้และพฤติกรรมการทำงาน โดยสามารถลดระยะเวลาในการดำเนินงาน เพิ่มการมีส่วนร่วม และส่งเสริมการเสนอแนวคิดพัฒนางาน ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างกันระหว่างหน่วยงาน แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของแนวทางในบริบทที่หลากหลาย

3. บุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางการบริหารในระดับสูง โดยเฉพาะระบบพี่เลี้ยง (Mentor) และการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างรวดเร็ว ซึ่งช่วยสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. งานวิจัยสามารถสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 8 ข้อ จากประสบการณ์จริงของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่มีความครบถ้วนและสามารถใช้เป็นแนวทางในการขยายผลได้

5. ประการสุดท้าย พบว่าการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร บทบาทของ Change Agents และความชัดเจนของคู่มือและเครื่องมือ ขณะที่อุปสรรคที่เกิดขึ้นสามารถจัดการและแก้ไขได้ในระดับสูง ส่งผลให้ภาพรวมของความพร้อมด้านความยั่งยืนของแนวทางอยู่ในระดับมาก และมีแผนรองรับเพื่อการนำไปใช้ต่อเนื่องในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนกลุ่มภารกิจอำนวยการได้อย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ ได้แก่ การวางแผน การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจ โดยเฉพาะมิติด้านการสื่อสารซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาหลักของการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนในองค์กรสุขภาพมิได้อยู่ที่โครงสร้างงานเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสื่อสารและการเปิดพื้นที่ให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Yukl[16] ซึ่งระบุว่าการสื่อสารสองทางและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นกลไกสำคัญของภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะในองค์กรที่มีความซับซ้อนสูง เช่น โรงพยาบาล นอกจากนี้ ผลการเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพในทุกมิติยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cotton และคณะ[8] ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการตัดสินใจและผลการดำเนินงานขององค์กร ขนาดอิทธิพลของผลการวิจัยที่อยู่ในระดับใหญ่มาก สะท้อนว่าแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมไม่ได้ส่งผลเพียงเชิงทัศนคติ แต่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและเชิงพฤติกรรมอย่างชัดเจน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการบริหารการเปลี่ยนแปลงของ Kotter[17] ซึ่งเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน การสื่อสารวิสัยทัศน์อย่างต่อเนื่อง และการเสริมพลังให้บุคลากรมีบทบาทในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง

ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่พบ เช่น การลดระยะเวลาในการตัดสินใจ การเพิ่มจำนวนข้อเสนอแนะ และการเพิ่มอัตราการเข้าร่วมประชุม แสดงให้เห็นว่าแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความคล่องตัวและการตอบสนองขององค์กร ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรสุขภาพ ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมช่วยลดความล่าช้าในการตัดสินใจ และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม รวมถึงรายงานขององค์การอนามัยโลกที่เน้นว่าการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของระบบสุขภาพโดยรวม

ในด้านกระบวนการพัฒนา การใช้การวิจัยและพัฒนา (R&D)[18] ร่วมกับกระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) ช่วยให้แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทจริงขององค์กร เนื่องจากบุคลากรสายสนับสนุนมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้ข้อมูล ผู้ทดลองใช้ และผู้ร่วมปรับปรุงแนวทางอย่างต่อเนื่อง ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[15] รวมถึง Reason และ Bradbury[19] ที่มองว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการสร้างองค์ความรู้จากการปฏิบัติจริง และช่วยเสริมการเรียนรู้ขององค์กร

ความพึงพอใจของบุคลากรที่อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะต่อระบบพี่เลี้ยง (Mentor/Buddy System) และระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างรวดเร็ว สะท้อนถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและการเรียนรู้ร่วมกันในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ขององค์กรและงานวิจัยด้านภาวะผู้นำที่พบว่าการสนับสนุนและการสื่อสารอย่างเปิดกว้างช่วยเพิ่มความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน โดยเริ่มจากการพัฒนาระบบการสื่อสารที่เปิดกว้างและหลากหลายช่องทาง การกำหนดกลไกการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ชัดเจนภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และการแต่งตั้งผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับหน่วยงาน นอกจากนี้ การจัดทำคู่มือการดำเนินงานและระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเสริมความยั่งยืนของแนวทางและเอื้อต่อการขยายผลในระดับองค์กรและระบบสุขภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แนวทางการพัฒนาระบบราชการด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากร. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2565.
3. Armstrong S, Rispel LC. Social accountability and health-system strengthening: A strategy to address health workforce challenges in South Africa. South African Health Review. 2015;2014(1):73–81.
4. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
5. Avolio BJ, Walumbwa FO, Weber TJ. Leadership: Current theories, research, and future directions. Annu Rev Psychol. 2009;60:421–449.
6. Somech A. Directive versus participative leadership: Two complementary approaches to managing school effectiveness. Educ Adm Q. 2005;41(5):777–800.
7. Kim S. Participative management and job satisfaction: Lessons for management leadership. Public Adm Rev. 2002;62(2):231–241.
8. Cotton JL, Vollrath DA, Froggatt KL, Lengnick-Hall ML, Jennings KR. Employee participation: Diverse forms and different outcomes. Acad Manage Rev. 1988;13(1):8–22.
9. พรรณราย ศรีสุข. การบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรสาธารณสุข: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
10. สมชาย ภัทราวาท. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน: บทเรียนจากภาคเหนือ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;7(3):245–258.
11. โรงพยาบาลลำปาง. รายงานประจำปี 2567. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2567.
12. โรงพยาบาลลำปาง. สถิติบุคลากรและการให้บริการ ประจำปีงบประมาณ 2567. ลำปาง: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลลำปาง; 2568.
13. ธีรินทร์ เกตุวิชิต, นิธิศ ใจปลา, สุกฤษฎิ์ พิไสย. การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน: การศึกษาเบื้องต้น. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2568;10(2):491–498.
14. Thiagarajan S, Semmel DS, Semmel MI. Instructional development for training teachers of exceptional children: A sourcebook. Bloomington: Indiana University; 1974.

15. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2005. p. 559–603.
16. Yukl G. Leadership in organizations. 9th ed. Harlow: Pearson; 2020.
17. Kotter JP. Leading change. Boston: Harvard Business Review Press; 2012.
18. Borg WR, Gall MD. Educational research: An introduction. 4th ed. New York: Longman; 1983.
19. Reason P, Bradbury H, editors. The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2008.

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

Promoting health literacy and changing health behaviors through community participation for the elderly with hypertension in Chaturaphakphiman District, Roi Et Province.

(Received: February 15,2026 ; Revised: February 22,2026 ; Accepted: February 24,2026)

ยุทธนา ผือโย[1]
Yutana Phueyo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจตุรพักตร พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะวางแผน ระยะดำเนินการ ระยะกำกับติดตาม และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 287 คน องค์กรชุมชน จำนวน 100 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 287 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ชุด โดยเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกรมควบคุมโรค และเครื่องมือเชิงคุณภาพ 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติที และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่มีความคาดหวังให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่สะดวกด้านการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ได้รับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.26 และ 53.44 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มต้น ร้อยละ 54.01 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์ปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 43.11 และ 2.78 ตามลำดับ ผลการพัฒนาพบว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.49 ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มต้นและระยะปานกลางลดลงเป็นร้อยละ 15.33 และ 4.18 ตามลำดับ และไม่มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์รุนแรง เป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงและยืนยันผลลัพธ์ที่ชัดเจนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Community Participatory Action Research aims to enhance health literacy and health behaviors among elderly individuals with hypertension through community participation at Chaturaphakphiman District, Roi Et Province. The research consists of four phases : planning, implementation, monitoring, and evaluation. The sample group consisted of 287 elderly individuals with hypertension, 100 community organization members, and 287 family caregivers of the elderly. Four sets of data collection tools were used: two quantitative tools that had been quality-checked by the Department of Disease Control, and two qualitative tools that had been quality-checked by five experts. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics using the paired t-test, and qualitative data were analyzed using content analysis techniques.

The research findings indicated that the sample group and relevant agencies in the area expected elderly people to receive convenient hypertension screening services at hospitals near their homes or in their communities.Prior to the intervention, the sample group had poor levels of health literacy and health behaviors, at 51.26% and 53.44%, respectively.The majority, 54.01%, had hypertension in the initial range, followed by moderate

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

and severe levels at 43.11% and 2.78%, respectively. The research findings showed that a systematic community-participatory action research process resulted in a statistically significant increase in health literacy and health behaviors among the sample group ($p < 0.05$). The percentage of patients with normal blood pressure increased to 80.49%. The percentages with initial and moderate hypertension decreased to 15.33% and 4.18%, respectively, and there were no patients with severe hypertension.This reflects the changes and confirms the clear results of the developed model.

Keywords: Health literacy, health behavior, elderly, hypertension, community participation

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าผู้ที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหากไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โดยกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้นและการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น[1] การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นคือจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และการตึงตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น เกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น และผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติคและพาราซิมพาเทติคลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย[2] โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุ เช่น ความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย บางส่วนมีสาเหตุมาจากโรคไต โรคต่อมไร้ท่อ โรคระบบประสาท หรือได้รับสารเคมีหรือยาบางชนิด ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ลดการเจ็บป่วย พิการและเสียชีวิต รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ[3]

อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จาก 1,056.54 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นเป็น 1,165.60 และ 1,246.97 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2565 และปี พ.ศ.2566 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่ามีอัตราความชุกสูงกว่าภาพรวมประเทศ จาก 1,196.64 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นเป็น 1,280.03 และ 1,364.46 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2565 และปี พ.ศ.2566 ตามลำดับ ในขณะที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน พบอัตราป่วยรายใหม่จาก 1,178.92 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นเป็น 1,293.40 และ 2,118.60 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2565 และ ปี พ.ศ.2566 ตามลำดับ[4] และมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 4,016 คน (ร้อยละ 22.63 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) เพิ่มขึ้นเป็น 4,176 คน (ร้อยละ 23.53) และ 4,319 คน (ร้อยละ 24.34) ในปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 ตามลำดับ[5]

ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตชนิดซิสโตลิคสูงเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นลดลง

เนื่องจากความชรา[3] ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดให้มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงมาตลอดหลายปีที่ผ่านมา แต่กลับพบว่าสัดส่วนของประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ตระหนักถึงการวินิจฉัยโรคดังกล่าวไม่ได้เพิ่มขึ้นตามที่คาดหมาย ดังนั้นประชาชนควรวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสามารถแปลผลค่าความดันโลหิตของตนเองได้ หากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพิ่มกิจกรรมทางกาย จัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อเพิ่มความรู้ แรงจูงใจและสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการให้คุณค่าและตัดสินใจในการใช้ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อยกระดับความรอบรู้ทุกกลุ่มวัย[6] สมาชิกของชุมชนจะต้องเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติ การแบ่งปันผลประโยชน์ รวมถึงการประเมินผล การมีสวนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการจัดเวทีระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นกลวิธีที่สำคัญต่อการระดมทุนทางสังคมในการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญด้านสุขภาพ และนอกจากนี้ยังจำเป็นที่จะต้องอาศัยกระบวนการที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Approach) เป็นแนวคิดที่มีส่วนช่วยให้เกิดกระบวนการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในสังคมหรือชุมชนให้เป็นไปได้โดยสะดวกขึ้นเป็นชุมชนเข้มแข็ง (Strong Community) ซึ่งจะเกิดขึ้นได้หากสมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนจะเป็นพลังชุมชนที่ผลักดันให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาของชุมชนในแต่ละขั้นตอนให้บรรลุเป้าหมาย[7] โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะที่เป็นกระบวนการพัฒนาคือการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ เพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคม การจัดทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเป็นการปฏิบัติตามแผนหรือโครงการต่าง ๆ โดยความสมัครใจซึ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (Planning) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผลและประการสำคัญคือการตัดสินใจด้วย (2) การดำเนินกิจกรรม (Implementation) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและการบริหาร การใช้ทรัพยากรมีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงินและการบริหาร (3) การใช้ประโยชน์ (Utiltaztion) ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม และ(4) การได้ประโยชน์ (Obtaining Benefits) ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นฐานที่เท่ากัน[8] และ Israel, Eng,Schulz,&Parker,2013) ได้กล่าวว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community - Based Participatory Research) เป็นการนำความสามารถที่โดดเด่นลักษณะเฉพาะและทรัพยากรของชุมชน ผสมผสานกับหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย การคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน การกำหนดแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา การลงมือปฏิบัติ และพิจารณาประเมินผลในกิจกรรมนั้น ๆ จะเป็นการให้โอกาสผู้เกี่ยวข้องแลกเปลี่ยนมุมมอง

วิธีคิด จนเกิดการยอมรับปัญหาร่วมกันมีเป้าหมายอันเดียวกันโดยกระบวนการนี้ให้ความสำคัญกับการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน[9]

รูปแบบการดำเนินการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผ่านมา ได้แก่ การคัดกรองประจำปี การให้บริการเชิงรับในคลินิกและการจัดบริการเชิงรุก การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)เป็นแกนนำ แต่ยังพบว่ามีรายงานผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมุ่งสู่การจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เข้ามาร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการ การวางแผน การดำเนินการและการสรุปบทเรียน ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสู่เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความคาดหวังและพัฒนาความร่วมมือของชุมชนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community - Based Participatory Research : CBPR) เป็นกลไกการพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[10] เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2567 ถึงพฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยพิจารณาพื้นที่ตำบลที่มีอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและอยู่ในระหว่างการรักษาสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ ตำบลหัวช้าง หนองผือ ดงแดง เมืองหงส์ และตำบลดงกลาง (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2566) รวมจำนวน 482 คน กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า 8 ข้อ ได้แก่ (1) เป็นผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (2) ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย (4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน (5) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือความจำเสื่อมรุนแรง (6) ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท (7) ไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ (8) ช่วยเหลือตนเองได้ดี และ (9) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์การคัดออก 5 ข้อ ได้แก่ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย (2) มีโรค ประจำตัวที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ไตวาย มีภาวะติดเชื้อ (3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (4) ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และ (5) มีปัญหาอุปสรรคในการสื่อสาร การเดินทางหรือการเคลื่อนไหว

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 672 คน จำแนกได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค

ความดันโลหิตสูงซึ่งอยู่ในระหว่างการรักษาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2566) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)[11] จำนวน 5 ตำบล จำแนกรายตำบล ดังนี้ ตำบลหัวช้าง 69 คน ตำบลหนองผือ 61 คน ตำบลดงแดง 59 คน ตำบลเมืองหงส์ 56 คน และตำบลดงกลาง 42 คน รวมจำนวน 287 คน

2. องค์กรชุมชน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้นำชุมชน (2) อสม.) (3) ผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ กลุ่มละ 5 คน/ตำบล รวมตำบลละ 20 คน รวมจำนวน 100 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีเกณฑ์ (Criterion Sampling)[12]

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวละ 1 คน รวมจำนวน 287 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ หลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “การเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ชุด จำแนกได้ดังนี้

2.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา รายได้ของครอบครัว และภาวะการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ จัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความยากง่ายในการปฏิบัติ และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ระดับ ดังนี้

20 - 59 คะแนน หรือ <60% ระดับ ไม่ดี แปลผล เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

60 - 69 คะแนน หรือ 60 - 69% ระดับ พอใช้ แปลผล เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อย

70 - 79 คะแนน หรือ 70 - 79% ระดับ ดี แปลผล เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

80 - 100 คะแนน หรือ ≥80% ระดับ ดีมาก แปลผล เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและยั่งยืน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ จัดระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามการปฏิบัติ และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ 4 ระดับ ดังนี้

16 - 47 คะแนน หรือ <60% ระดับ ไม่ดี แปลผล เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตไม่ถูกต้อง

48 - 55 คะแนน หรือ 60 - 69% ระดับ พอใช้ แปลผล เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ถูกต้องเล็กน้อย

56 - 63 คะแนน ระดับ ดี แปลผล เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

64 - 80 คะแนน หรือ ≥80% ระดับ ดีมาก แปลผล เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ถูกต้องสม่ำเสมอ

ชุดที่ 2 แบบรวบรวมข้อมูลความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นแบบ Google form โดยกำหนดเกณฑ์ความดันโลหิตสูง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (เริ่มต้น 140 -159 / 90 -99 mmHg) , ระดับ 2 ปานกลาง 160 - 179 / 100 -109 mmHg) และ 3 (ระดับรุนแรง 180^{+} / 110^{+} mmHg) [1]

2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มย่อยสถานการณ์และความคาดหวังในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในชุมชน

ชุดที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตลอดระยะเวลาการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยกรมควบคุมโรค ได้ค่าเท่ากับ 0.914 และผลการประเมินสะท้อนระดับที่เป็นจริง โดยใช้บุคคล คู่สัมภาษณ์ตรวจสอบข้อมูลกลับทันทีภายหลังจากการทำการประเมิน ค่าเฉลี่ยความสอดคล้องตามความเป็นจริง ร้อยละ 90.10 - 92.15 เครื่องมือเชิงคุณภาพและหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการฯผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ (1) ด้านการวิจัย (2) ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (3) ด้านการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (4) ด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และ (5) ด้านส่งเสริมการมีส่วนรวมของชุมชน ตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องสำหรับหลักสูตร ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของหลักสูตรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะวางแผน (Planning) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ ความคาดหวังและพัฒนาความร่วมมือของชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ โดย (1) เตรียมชุมชน จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทาง ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อชุมชน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนและขอความร่วมมือ (2) วิเคราะห์สถานการณ์ ความคาดหวัง (3) กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยระบุกิจกรรม จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและจัดทำแผนซึ่งเป็นแนวทางที่ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการ

2. ระยะดำเนินการ (Action) โดยนำแนวทางการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่วางแผนไว้ไปสู่การปฏิบัติ โดย (1) ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการฯตามหลักสูตร เน้นการใช้กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความดันโลหิต (2) กลุ่มตัวอย่างตั้งค่าเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตเป็นรายบุคคล (3) ขับเคลื่อนกิจกรรมโดยองค์กรชุมชนเป็นแกนนำสำคัญในการประสานงาน สนับสนุนด้านทรัพยากรและร่วมดำเนินการ

3. ระยะการกำกับติดตาม (Monitoring) เป็นการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์ โดย (1) ผู้นำชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้กำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบใกล้ชิด (2) ประชุมติดตามงาน ทุกเดือนเพื่อร่วมพิจารณาผลการดำเนินการเบื้องต้นและปรับปรุงการดำเนินงานในส่วนที่เป็นปัญหาอุปสรรคจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (3) ตรวจวัดความดันโลหิต (4) ประกาศชื่นชมผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และองค์กรชุมชนผู้ทำหน้าที่กำกับ ให้กำลังใจพร้อมคำแนะนำอย่างเข้มข้นสำหรับผู้ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต

4. ระยะประเมินผล (Evaluation) สรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการตามที่กำหนดโดย (1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต (2) จัดเวทีประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อการสะท้อนความคิดเห็นและถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการใช้ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 2122566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ความคาดหวังและการพัฒนาความร่วมมือ พบว่า (1.1) ข้อมูลส่วนบุคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 63.6 ปี อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 90.94 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.50 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่ารายจ่าย ร้อยละ 67.24 และมีโรคประจำตัวร่วมคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 46.69 (1.2) นิยมใช้ปลาร้าเป็นส่วนประกอบสำคัญในการปรุงอาหารและรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก (1.3) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ บางคนไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเนื่องจากไม่มีอาการ โดยในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองแตก 1 ราย ไตวายเรื้อรัง 2 ราย จอประสาทตาเสื่อม 4 ราย ส่งผลกระทบต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล (1.4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.26 และ 53.44 ตามลำดับ และมีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มต้น ร้อยละ 54.01 (1.5) ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยมีความคาดหวัง 3 ประเด็น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคาดหวังในการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในชุมชน

ประเด็น	ความคาดหวัง
1.การคัดกรอง	1. มีการประชาสัมพันธ์แผนการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 2. มีกลไกการสร้างความตระหนักให้ประชาชนได้รับการคัดกรองทั่วถึง 3. เมื่อคัดกรองพบว่าความดันโลหิตสูงควรได้รับยาลดความดันโดยเร็ว
2.การรับบริการ	1. ได้รับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชน 2. ระยะเวลาในการรอรับบริการไม่นาน 3. ควรให้เวลาผู้ป่วยมากขึ้นในการซักถามเจ้าหน้าที่กรณีไม่เข้าใจหรือสงสัย
3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1. ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตามกลยุทธ์ของพื้นที่ 2. ควรจัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในด้านอาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, สุรา,บุหรี่

2. กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการ 4 ระยะ สามารถสรุปได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน โดยหัวใจสำคัญในการดำเนินการคือชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง องค์กรชุมชนและผู้ดูแลผู้สูอายุในครอบครัว ที่มีส่วนผลักดันให้เกิดกลไกการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะที่ 2 การดำเนินการ มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพขององค์กรชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เป็นผู้ร่วมดำเนินการและมีการดำเนินการตามแผนที่ได้กำหนดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 การกำกับติดตาม โดยใช้การสะท้อนคิดจากองค์กรชุมชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นกลุ่มดำเนินการวางแผนและนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้น อุปสรรคในการดำเนินการเป็นระยะการปรับปรุงให้เหมาะสม

ระยะที่ 4 การประเมินผล ผู้วิจัยและองค์กรชุมชนได้สรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่กำหนดในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถสรุปกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ผลจากการถอดบทเรียนผลลัพธ์จากการพัฒนา พบว่า

3.1 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนาเริ่มด้วยการมีส่วนร่วมของคนในจะสำเร็จมากกว่าการที่คนนอกเข้าไป โดยการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นเป็นการมีส่วนร่วมจากความร่วมมือลักษณะเป็นการร่วมในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งงานวิจัยนี้ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ องค์กรชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และหน่วยงานในระดับพื้นที่

3.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-$value$<0.05) ดังตารางที่ 2

3.3 ผลการควบคุมความดันโลหิต พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 74.57 โดยผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มต้นจากร้อยละ 54.01 เป็นลดลงเป็นร้อยละ 15.33 ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ปานกลางจากร้อยละ 43.11 ลดลงเป็นร้อยละ 4.18 และไม่มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเกณฑ์รุนแรง

3.4 นอกจากนั้นยังเกิดนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ได้แก่ (1) ชมรมผู้สูงอายุรักษ์ไต ทั้ง 5 ตำบล สมาชิกจำนวน 662 คน เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการลดปริมาณการบริโภคเกลือ, รณรงค์เมนูส้มตำปลอดผงนัว ฯลฯ (2) ชมรมออกกำลังกาย สมาชิกจำนวน 675 คน โดยใช้ยางยืดแรงต้านเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผ้าขาวม้าเป็นอุปกรณ์ป้องกันไหล่ติด รวมถึงออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะ - เดินเร็ว - ปั่นจักรยาน รอบหมู่บ้านทุกวันเสาร์ เวลา 05.00 - 08.00 น.ซึ่งมีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการวิจัย

องค์กรชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักและมีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีความคาดหวังให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่สะดวกขึ้นในด้านการคัดกรอง การรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.26 และ 53.44 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มต้น ร้อยละ 54.01 รองลงมาคืออยู่ในเกณฑ์ปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 43.11 และ 2.78 ตามลำดับ สำหรับกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะการวางแผน โดยการเตรียมชุมชน วิเคราะห์ชุมชน และร่วมกำหนดแนวทางการจัดการปัญหา (2) ระยะดำเนินการ โดยการนำศักยภาพของชุมชนในการร่วมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการใช้กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมและสร้างแรงจูงใจตั้งค่าเป้าหมายในการ

ควบคุมความดันโลหิตและร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (3) ระยะกำกับติดตาม โดยสะท้อนคิดและปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามความก้าวหน้าและตรวจวัดความดันโลหิตทุกเดือน ประกาศชื่นชม แนะนำให้กำลังใจ และ (4) ระยะประเมินผล โดยร่วมประชุมถอดบทเรียนและคืนข้อมูล ผลการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งภาพรวมพบว่าการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้น โดยมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80.49 ซึ่งผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มต้นลดลงเป็นร้อยละ 15.33 ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ปานกลางลดลงเป็นร้อยละ 4.18 และไม่มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์รุนแรง

สรุปและอภิปรายผล

บริบทชุมชนอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นสังคมชนบทอีสาน มีวิถีการปรุงอาหารที่สืบทอดต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นโดยใช้ปลาร้าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ โดยการผลิตปลาร้ามีลักษณะการทำแบบดั้งเดิมที่มีการใช้เกลือเป็นส่วนประกอบหลักเท่านั้นและจะนิยมทำเพียงในครัวเรือนตนเอง ซึ่งมีวัฒนธรรมความเชื่อที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์และรสชาติของอาหารมากกว่าความรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพอ เนื่องจากการบริโภคโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามรายงานการวิจัยที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนรับประทานโซเดียมเกินความพอดีโดยพบความชุกของการรับประทานโซเดียมปริมาณสูงถึงร้อยละ 79.0 ปริมาณโซเดียมที่รับประทานมากกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกประมาณ 2 เท่า[13] โดยการควบคุมการบริโภคโซเดียมในแต่ละวันจะช่วยชะลอผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย รวมทั้งช่วยลดการสูญเสียงบประมาณ และสอดคล้องกับผลการศึกษาสถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลทางขวาง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสม คือวิถีชีวิตรับประทานอาหารร่วมวงกัน ความเชื่อว่ารับประทานเกลือทำให้แข็งแรง ขาดการรับรู้เรื่องการบริโภคเกลือเกิน ขาดการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและจากชุมชน ค่านิยมติดรสชาติ และวิถีชีวิตเร่งรีบจำเป็นต้องซื้ออาหารปรุงเสร็จมารับประทาน[14] ส่วนพฤติกรรมการนิยมบริโภคข้าวเหนียวนึ่งนั้น อาจเป็นเพราะเนื่องจากข้าวเหนียวเป็นผลผลิตที่ได้จากการทำนาโดยตรง ซึ่งไม่ได้ซื้อมาบริโภคและส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ากินข้าวเจ้าแล้วจะไม่อิ่มท้อง โดยพฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียวจะควักออกจากกระติบข้าวไปรับประทานจนอิ่มโดยไม่ได้แบ่งออกเป็นส่วน ๆ ตามจำนวนที่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถรู้ปริมาณที่รับประทาน เนื่องจากข้าวเหนียวมีปริมาณน้ำตาลสูง อาจมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ตามผลการศึกษาของ[15] ซึ่งกล่าวว่าข้าวเป็นแหล่งของคาร์โบไฮเดรตที่สำคัญของประชากรในแถบเอเชียรวมถึงประเทศไทย ประชากรไทยบริโภคข้าวเป็นหลักโดยในแต่ละภาคมีรูปแบบการบริโภคข้าวแตกต่างกันโดยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการบริโภคข้าวเหนียวเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ภาคอื่นๆ บริโภคข้าวเจ้าเป็นหลัก ซึ่งความแตกต่างระหว่างข้าวเจ้าและข้าวเหนียวคือค่าดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index : GI) โดยข้าวเหนียวมีค่าดัชนีน้ำตาลสูงกว่าข้าวขาวหรือข้าวเจ้า (98 และ 87 ตามลำดับ) ซึ่งการบริโภคข้าวเหนียวจะไม่สามารถกำหนดปริมาณเป็นทัพพีได้ เนื่องจากข้าวเหนียวเกาะตัวกันแน่นกว่าข้าวเจ้าทำให้ไม่สามารถตักออกมาเป็นทัพพี ผู้บริโภคส่วนใหญ่จะใช้มือในการหยิบข้าวเหนียวในขนาดที่เหมาะสมเพื่อนำเข้าปาก[15] ส่วนรูปแบบการจัดการปัญหากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา พบว่าดำเนินการโดยการคัดกรองประจำปี การจัดบริการเชิงรับในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยสถานบริการสาธารณสุขและบริการเชิงรุกในชุมชน รวมถึงการรณรงค์ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของพื้นที่เป็นครั้งคราว ถือว่าเป็นการปฏิบัติงานตามแผนงานปกติ ซึ่งยังขาดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (CBPR) โดยกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากบุคคลต้นแบบกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง สร้างแรงจูงใจและตั้งค่าเป้าหมายควบคุมค่าความดันโลหิต ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความตระหนักที่จะได้พยายามมุ่งมั่นปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นได้มีการจัดกิจรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกลยุทธ์ของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จนเกิดนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุรักษ์ไต ชมรมออกกำลังกาย มีชมรมผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนาเพื่อผ่อนคลายความเครียด นอกจากนั้นองค์กรชุมชนและผู้ดูและผู้สูงอายุในครอบครัวได้ทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแบบใกล้ชิด ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวยังได้มีการปรุงอาหารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับประทานโดยเป็นอาหารรสจืดเป็นส่วนใหญ่ มีการบันทึกการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุประจำวัน ส่วนระยะการกำกับติดตามได้ใช้วิธีการเยี่ยมเสริมพลังแบบมีส่วนร่วม มีการสะท้อนความคิดและปรับปรุงกระบวนการพัฒนา มีการจัดเวทีถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในระยะการประเมินผล นำไปสู่การวางแผนจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในวงรอบต่อไปได้อย่างเป็นระบบ โดยภาพรวมรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยได้เห็นบทบาทที่ชัดเจนของชุมชน ในการให้ความสำคัญของการพัฒนาและมีความต่อเนื่องในการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นไปตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ[9] ที่ได้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี โดยพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้เกิดการดำเนินการเพื่อสร้างจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมเข้ามาร่วมคิด ร่วมดำเนินการและรับผิดชอบทุกกระบวนการ นอกจากนั้นผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจึงควรหาวิธีในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความรู้อย่างมีวิจารณญาณในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม[16]

ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการขับเคลื่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ เป็นกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-$value$<0.05) และผลการควบคุมความดันโลหิต พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 74.57 และไม่มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเกณฑ์รุนแรง สอดคล้องกับคำแนะนำแนวทางรักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ[3] ซึ่งกล่าวว่าการลดความ

ดันโลหิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ยังมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตจากโรค หัวใจและหลอดเลือด โรคไต รวมทั้งผลกระทบต่อกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์การวิจัยเชิงนวัตกรรมที่ผสมผสานความรู้และการปฏิบัติเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นหลักการทำงานที่ช่วยให้สมาชิกในชุมชน นักวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน โดยตระหนักและเพิ่มความสำคัญของการมีส่วนร่วมที่หลากหลายสู่จุดมุ่งหมายคือการสร้างการเปลี่ยนแปลงของการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่ยั่งยืนร่วมกับชุมชนเพื่อชุมชน ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงและยืนยันผลลัพธ์ที่ชัดเจนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลไปใช้

1.1 ประสานผู้เกี่ยวข้องในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิจารณาเพื่อนำแนวทางการใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้

1.2 กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบผลสำเร็จต้องจัดทำข้อมูลเพื่อค้นหาความต้องการและความสุขของผู้สูงอายุ ประกอบกับบริบทของชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมให้สอดคล้องและตรงเป้าหมาย รวมถึงการสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนมีศักยภาพและมีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวมเข้ามาร่วมคิดร่วมดำเนินการในทุกกระบวนการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.2 ควรถอดบทเรียนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาเพื่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่หลากหลาย นำไปสู่การขยายผลและปรับใช้ในพื้นที่ต่างๆภายใต้บริบทที่คล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

1 กรมควบคุมโรค.(2565).โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention).[อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2566.แหล่งข้อมูล : https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52

2 นิพพาภัทร์ สินทรัพย์, จิณวัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น.(2560).โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1),100-111.

3 ปณิตา ลิมปะวัฒนะ มัญชุมาส มัญจาวงษ์.(2564). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ,7(1),17-23.

4 คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี.[อินเตอร์เนต]. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2566.แหล่งข้อมูล.https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361

5 เครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.(2566). เอกสารสรุปผลการพัฒนางานสาธารณสุขเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน. เอกสารอัดสำเนา

6 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563).รายงานประจำปี 2563.กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.[อินเตอร์เนต].สืบค้นเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2566.แหล่งข้อมูล.http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13969&tid=&gid=1-015-005

7 จินตวีร์ เกษมศุข.(2561).แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน (Public Participation Approach for Sustainable Community Development).วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์,26(50),189-186.

8 ภัทรธิดา ไพศาลจิตร.(2561). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามโครงการไทยนิยม ยั่งยืน ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การเมืองการปกครอง) คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [อินเตอร์เนต].สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2566.แหล่งข้อมูล. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_6003011324_9466_10251.pdf

9 อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ.(2564).การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,8(1),85-99.

10 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 1.บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด.นนทบุรี.[อินเตอร์เนต].สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล.
https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf

11 กัลยา วานิชย์บัญชา.(2542).การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ.[อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล: http://pioneer.netserv.chula.ac.th/~jaimorn/re6.htm

12 ประไพพิมพ์ สุธีวสินนนท์ และประสพชัย พสุนนท์.(2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาด ตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยเชิงคุณภาพ.[อินเตอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566 แหล่งข้อมูล:file:///C:/Users/HP/Downloads/_parichartjournal,+Journal+manager,+Book_Pari chart-Journal-2016_A5_No11-40-57-1.pdf

13 สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์.(2566). การศึกษาความชุกของการรับประทานโซเดียมปริมาณสูงในประชากรจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเทศไทย, Journal of Health Science,32(3),400-416.

14 กาญจนา มณีทัพ และสมจิต แดนสีแก้ว.(2560).สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น. Journal of Nursing and Health Care,35(4),140-149.

15 ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ.(2562).การพัฒนา “กระติ๊บข้าว” สำหรับควบคุมปริมาณการบริโภคในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (Development of “Kratib Kao” for Controlling Food Consumption in Persons with Diabetes),พยาบาลสาร ,46(3),94-104.

16 กรรณิการ์ การีสรรพ์ และคณะ.(2562).ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง,Rama Nurs J,25(3),280-295.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Nursing care for patients undergoing colonoscopy: A comparative case study of two cases, Kalasin Hospital.

(Received: February 13,2026 ; Revised: February 21,2026 ; Accepted: February 23,2026)

วิมลรัตน์ ธารเลิศ[1]
Wimonrat Thanlert[1]

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง โดยใช้วิธีเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือการศึกษา ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย และการศึกษาเวชระเบียน ตามแนวคิดการประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ครอบคลุมทั้ง ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และ ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรัง มีโรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2 กรดไหลย้อน และโรคความวิตกกังวลทั่วไป ผลการส่องกล้องพบก้อนเนื้อ (cauliflower mass) ขนาด 7-8 เซนติเมตร บริเวณ sigmoid colon ห่างจากทวารหนัก 20 เซนติเมตร ผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน well-differentiated adenocarcinoma กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี มีอาการถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด คลำพบก้อนที่ท้องซ้าย น้ำหนักลด 5-6 กิโลกรัมใน 6 เดือน มีโรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A มีภาวะโลหิตจางรุนแรง (Hb 6.20 g/dL) ผลการส่องกล้องพบก้อนอุดกั้น (obstructing mass) บริเวณ descending colon ผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน poorly differentiated adenocarcinoma ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีประเด็นที่เหมือนกัน คือ มีความวิตกกังวล ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง การไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง มีสัมพันธภาพครอบครัวดี มีประเด็นที่แตกต่างกัน ดังนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลระดับสูง คุณภาพการเตรียมลำไส้ การได้รับการระงับความรู้สึกแบบ moderate sedation การส่องกล้องสมบูรณ์เข้าถึง cecum ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง คุณภาพการเตรียมลำไส้ระดับพอใช้ ได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ การส่องกล้องไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีก้อนอุดกั้น มีภาวะซีดต้องได้รับเลือดก่อนและหลังส่องกล้อง การใช้กระบวนการพยาบาลที่ดีและถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีความพร้อมในการรับบริการการรักษาได้ดี

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยแบบส่องกล้อง, มะเร็งลำไส้ใหญ่, กรณีศึกษาทางการพยาบาล

Abstract

Nursing care for patients undergoing colonoscopy: A comparative case study of two cases, Kalasin Hospital. This study aimed to examine the nursing care of patients undergoing colonoscopy using a comparative case study approach of two cases conducted between June and October 2025. Data collection tools included questionnaires, interviews, observations, physical examinations, and medical record reviews, guided by Gordon's 11 Functional Health Patterns and Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, covering four phases: pre-colonoscopy, during colonoscopy, post-colonoscopy, and discharge with follow-up care.

The findings revealed that Case Study 1 was a 65-year-old Thai female presenting with chronic mucoid bloody diarrhea, with underlying conditions including type 2 diabetes mellitus, gastroesophageal reflux disease, and generalized anxiety disorder. Colonoscopy findings showed a cauliflower mass measuring 7-8 centimeters in the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษด้วยการส่องกล้อง
กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

sigmoid colon, 20 centimeters from the anal verge. Histopathological examination confirmed well-differentiated adenocarcinoma. Case Study 2 was a 75-year-old Thai male presenting with melena, hematemesis, a palpable left abdominal mass, and weight loss of 5-6 kilograms over six months, with underlying conditions including type 2 diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia, and chronic kidney disease stage 3A, with severe anemia (Hb 6.20 g/dL). Colonoscopy revealed an obstructing mass in the descending colon. Histopathological examination confirmed poorly differentiated adenocarcinoma. Both patients shared similarities including anxiety, good compliance with instructions, absence of colonoscopy complications, and strong family relationships. Differences included: Patient 1 had high anxiety levels, good bowel preparation quality, received moderate sedation, complete colonoscopy reaching the cecum, and shorter hospital stay, while Patient 2 had moderate anxiety levels, fair bowel preparation quality, received general anesthesia with endotracheal intubation, incomplete colonoscopy due to obstructing mass, required blood transfusions before and after the procedure, and longer hospital stay. The application of proper nursing processes resulted in both patients being safe from complications, able to appropriately care for themselves, and ready to receive further treatment.

Keywords: nursing care for colonoscopy patients, colorectal cancer, nursing case study

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสามของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองจากโรคมะเร็งทุกชนิด โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 1.93 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 935,000 ราย[1] อุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รูปแบบการดำเนินชีวิต และการขาดการออกกำลังกาย[2] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าหากตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น อัตราการรอดชีวิต 5 ปีสูงถึงร้อยละ 90 แต่หากตรวจพบในระยะลุกลามจะลดลง[3] เหลือเพียงร้อยละ 14 การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ถือเป็นมาตรฐานทองคำในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากสามารถมองเห็นพยาธิสภาพทั้งหมดของลำไส้ ตัดติ่งเนื้อ และเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ในขั้นตอนเดียวกัน[4] อย่างไรก็ตาม การส่องกล้องเป็นหัตถการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเตรียมลำไส้ให้สะอาด การงดอาหาร และการจัดการความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก ลำไส้ทะลุ ภาวะขาดออกซิเจน และความดันโลหิตผิดปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว[5]

สถานการณ์ในประเทศไทย พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับสามในผู้ชายและอันดับสี่ในผู้หญิง[6] ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าในปี 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ทั้งสิ้น 8,247 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 11.70 ต่อประชากร 100,000 คน โดยพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามแล้ว ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิต 5 ปี[7] อยู่เพียง ร้อยละ 56.20 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชากรอายุ 50-70 ปี โดยใช้วิธี Fecal Immunochemical Test หากพบผลผิดปกติจะส่งตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่[8] ในปี 2566 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น 2,847,632 ราย พบผลผิดปกติ 142,381 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 แต่มีเพียงร้อยละ 68.50 เท่านั้นที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามนัด[9]

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แก่ประชาชนในพื้นที่ ข้อมูลการให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ในปี 2565 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 676 ราย พบความผิดปกติ 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.27 ในปี 2566 มีผู้มารับบริการ 1,618 ราย พบความผิดปกติ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.48 และในปี 2567 มีผู้มารับบริการ 1,658 ราย พบความผิดปกติ 108 ราย[10] คิดเป็นร้อยละ 6.51 (ห้องส่องกล้อง

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2568) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าจำนวนผู้มารับบริการและอัตราการพบความผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และศิลปะในการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[11] เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุม 11 มิติ และทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม[12] ที่เน้นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยทฤษฎีนี้มีแนวคิดหลักว่าบุคคลมีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง แต่เมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเองจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากการสังเกตพบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อหัตถการในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การส่องกล้องมาก่อน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวไม่เพียงพอ โดยพบว่าร้อยละ 12.35 มีการเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์[10] ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวร่วมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการติดตามดูแลหลังการส่องกล้องยังไม่ต่อเนื่อง โดยพบว่าร้อยละ 8.24 ของผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหลังกลับบ้านแต่ไม่กลับมารับการรักษาทันที การให้บริการในปัจจุบันเป็นแบบวันเดียวกลับ การประเมินภาวะสุขภาพยังไม่เป็นระบบและไม่ครอบคลุมทุกมิติ การขาดแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและสอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องแบบเปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อให้ได้แนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมและเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะและความต้องการแตกต่างกัน โดยครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องตามกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน
2. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาล เปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่างและบทเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้อง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case Study) โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) และทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน การดำเนินงานศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล และระยะวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน

โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ผิดปกติและเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ณ ห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2568 โดยเป็นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการนัดหมายจากแพทย์เพื่อทำการส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ห้องส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คือ เป็นผู้ป่วยที่มีผล Fecal Immunochemical Test ผิดปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคประจำตัว โดยผู้ศึกษาเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะความซับซ้อนและโรคประจำตัวแตกต่างกัน เพื่อให้เห็นความหลากหลายของการดูแลพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. กระบวนการศึกษารายกรณี การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ร่วมกับการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติ และการศึกษาจากเอกสาร จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. เครื่องมือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

3. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลจากการรักษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ผลการตรวจคัดกรอง Fecal Immunochemical Test ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คุณภาพการเตรียมลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการ โดยการจัดระบบข้อมูล (Organizing) จัดเรียงข้อมูลตามผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และประเด็นหลักตามกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การวิเคราะห์และตีความข้อมูล ตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎี กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วิเคราะห์การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละระยะ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) โดยเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การศึกษาเวชระเบียน และข้อมูลจากญาติผู้ดูแล รวมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer Review) เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คะแนน Aldrete Score และคุณภาพการเตรียมลำไส้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างอย่างชัดเจน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยได้ขออนุญาตผู้ป่วยโดยการเชิญชวน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และเก็บข้อมูลตามสิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยก่อนดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูลรวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษา โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องตามกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

1.1 กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพแม่บ้านและค้าขาย มีบุตร 4 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ นับถือศาสนาพุทธ น้ำหนัก 47 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20.89 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ด้วยอาการถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรัง 5-6 ครั้งต่อวัน นาน 1 เดือน มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง เคยได้รับยาปฏิชีวนะจากสถานีอนามัยแต่อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ได้ตรวจคัดกรองด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test พบผลผิดปกติ จึงส่งตัวเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยรับเข้าโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2568 เพื่อเตรียมตัวส่องกล้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมด้วยยารับประทาน โรคกรดไหลย้อน โรคท้องเสียเรื้อรัง และโรคความวิตกกังวลทั่วไป ได้รับการรักษาด้วยยา Omeprazole 20 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ก่อนอาหาร Tranxene 5 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด หลังอาหาร Sertraline 50 มิลลิกรัม ครึ่งเม็ดก่อนนอน และ Lorazepam 2 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน ไม่มีประวัติการผ่าตัด ไม่แพ้ยา ไม่แพ้อาหาร ไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว

การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อรับเข้าโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.50 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 98.00 ร้อยละ การตรวจร่างกายพบผู้ป่วยรูปร่างผอม ดูอ่อนแรง มีตาซีด เยื่อบุตาซีด ระบบทางเดินหายใจปกติ หัวใจเต้นสม่ำเสมอ มีเสียงหัวใจผิดปกติเล็กน้อย ท้องอ่อนนุ่ม กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณท้องน้อยซ้าย ไม่คลำพบก้อน เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว 7,600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีโมโกลบิน 12.70 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 38.80 ร้อยละ เกล็ดเลือด 255,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าไนโตรเจนยูเรียในเลือด 13.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ครีอะตินิน 0.47 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต 104.00 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ

พื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร โซเดียม 138.60 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.20 มิลลิโมลต่อลิตร น้ำตาลในเลือด 133.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การทำงานของตับปกติ ภาพรังสีทรวงอกปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Sinus rhythm ค่าแกนของหัวใจเบี่ยงไปทางซ้ายเล็กน้อย

การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแรกรับคือ โรคท้องเสียเรื้อรัง สงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความวิตกกังวลทั่วไป มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องคือ ถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรังไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและตัดติ่งเนื้อมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะก่อนส่องกล้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับหัตถการและผลการตรวจ มีความพร่องในความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวและการส่องกล้อง มีภาวะอ่อนเพลียจากการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และมีความดันโลหิตเล็กน้อย ระยะส่องกล้อง มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนจากยาระงับความรู้สึก และเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงจากยาระงับความรู้สึก ระยะหลังส่องกล้อง มีความไม่สุขสบายจากอาการปวดท้องและท้องอืดเล็กน้อย เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อ และเสี่ยงต่อการหกล้มจากผลของยาระงับความรู้สึก ระยะจำหน่าย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษาต่อ และมีความพร่องในความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี สถานภาพสมรส ศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพเกษตรกร ปลูกข้าว มีบุตร 6 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวในจังหวัดกาฬสินธุ์ นับถือศาสนาพุทธ น้ำหนัก 52.00 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.00 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20.31 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2568 เวลา 12.17 นาฬิกา ด้วยอาการถ่ายเหลวและถ่ายดำ 1 ครั้ง มีอาการอาเจียนเป็นเลือดคลำพบก้อนที่ท้องข้างซ้ายมา 1 เดือน น้ำหนักลด 5-6 กิโลกรัมใน 6 เดือน มีอาการอ่อนเพลีย ซีด เคยตรวจคัดกรองด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test พบผลผิดปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง มีก้อนในช่องท้อง น้ำหนักลด ภาวะโลหิตจาง จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวส่องกล้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมด้วยอินซูลิน Mixtard 70/30 ขนาด 22 หน่วยก่อนอาหารเช้าและ 20 หน่วยก่อนอาหารเย็น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไขสันหลังตีบ และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A ได้รับการรักษาด้วยยา Amitriptyline 10 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดก่อนนอน Lorazepam 0.5 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดก่อนนอน Calcium carbonate 600 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดหลังอาหาร Atorvastatin 40 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดก่อนนอน Amlodipine 10 มิลลิกรัม ครึ่งเม็ดหลังอาหาร Cardura 2 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอนและ Sodamint 300 มิลลิกรัม วันละ 2 เม็ด 2 ครั้งหลังอาหาร มีประวัติการผ่าตัดถุงน้ำดี เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2564 โดยเข้ามารับการรักษาที่โรงะยาบาลกาฬสินธุ์ ไม่แพ้ยา ไม่แพ้อาหาร ไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว

การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อรับเข้าโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.40 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดร้อยละ 96.00 การตรวจร่างกายพบผู้ป่วยรูปร่างผอม ดูซีดมาก มีเยื่อบุตาซีด ระบบทางเดินหายใจปกติ หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ท้องอ่อนนุ่ม ไม่กดเจ็บ คลำพบก้อนที่ท้องซ้ายบนขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร ขอบเรียบ เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ เม็ดเลือดขาว 19,400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีโมโกลบิน 6.20 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 22.10 ร้อยละ เกล็ดเลือด 451,100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าขนาดเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 61.90 เฟมโตลิตร ค่าฮีโมโกลบิน

ในเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 17.40 พิโคกรัม แสดงถึงภาวะโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงเล็ก ค่าไนโตรเจนยูเรียในเลือด 25.20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ครีอะตินิน 1.48 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต 45.63 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แสดงถึงโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A โซเดียม 130.20 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.44 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต 18.20 มิลลิโมลต่อลิตร น้ำตาลในเลือดขณะไม่อดอาหาร 387.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การทำงานของตับผิดปกติเล็กน้อย แอลบูมิน 2.99 กรัมต่อเดซิลิตร ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Sinus rhythm ค่าแกนของหัวใจเบี่ยงไปทางซ้ายเล็กน้อย

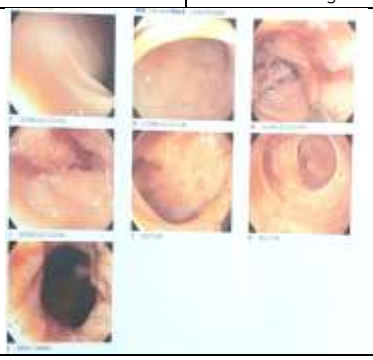
การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแรกรับคือ เลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง มีก้อนในช่องท้อง น้ำหนักลด ภาวะโลหิตจาง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง สงสัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขสันหลังตีบ มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องคือ เลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง มีก้อนในช่องท้อง น้ำหนักลด เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและตัดติ่งเนื้อมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะก่อนส่องกล้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา มีความพร่องในความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวและการส่องกล้อง มีภาวะอ่อนเพลียจากการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะ Hyperglycemia มีภาวะซีดและความดันโลหิตสูง ระยะส่องกล้อง มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนจากยาสลบ และเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงจากยาสลบ ระยะหลังส่องกล้อง มีความไม่สุขสบายจากอาการท้องอืดเล็กน้อย เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อ และเสี่ยงต่อการหกล้มจากผลของยาสลบ ระยะจำหน่าย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจและการรักษาต่อเล็กน้อย และมีความพร่องในความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลทั่วไป			
เพศ อายุ	หญิง 65 ปี	ชาย 75 ปี	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอายุมากกว่า อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน
น้ำหนัก ส่วนสูง	47.00 กก. 150.00 ซม.	52.00 กก. 160.00 ซม.	ทั้งสองรายมีรูปร่างผอม
ดัชนีมวลกาย	20.89 กก./ม^2	20.31 กก./ม^2	ค่าดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน อยู่ในเกณฑ์ปกติ
อาการสำคัญ			
อาการหลัก	ถ่ายเป็นมูกเลือดเรื้อรัง 5-6 ครั้ง/วัน นาน 1 เดือน	ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือดคลำพบก้อนที่ท้องซ้าย นาน 1 เดือน	รายที่ 1 มีอาการเรื้อรัง รายที่ 2 มาด้วยภาวะเฉียบพลัน
น้ำหนักลด	ไม่มี	ลด 5-6 กก. ใน 6 เดือน	รายที่ 2 มีการสูญเสียน้ำหนัก
อาการอ่อนเพลีย	มี	มี	ทั้งสองรายมีอาการอ่อนเพลีย
อาการซีด	มีเล็กน้อย	มีชัดเจน	รายที่ 2 มีภาวะโลหิตจางรุนแรงกว่า
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	มี ควบคุมด้วยยารับประทาน	มี ควบคุมด้วยอินซูลิน	รายที่ 2 มีความรุนแรงของโรคมากกว่า
ความดันโลหิตสูง	ไม่มี	มี	รายที่ 2 มีโรคประจำตัวมากกว่า
ไขมันในเลือดสูง	ไม่มี	มี	รายที่ 2 มีโรคประจำตัวเพิ่มเติม
กรดไหลย้อน	มี	ไม่มี	รายที่ 1 มีปัญหาทางเดินอาหารส่วนบน
โรคอื่นๆ	GAD, Chronic diarrhea	Spinal stenosis, CKD stage 3A	รายที่ 1 มีปัญหาจิตเวช รายที่ 2 มีปัญหาไตและกระดูก
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
Hb (g/dL)	12.70	6.20	รายที่ 2 มีภาวะโลหิตจางรุนแรง
WBC (cells/mm³)	7,600	19,400	รายที่ 2 มีเม็ดเลือดขาวสูง แสดงถึงการติดเชื้อหรือการอักเสบ
MCV (fL)	82.50	61.90	รายที่ 2 เป็นโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงเล็ก
Creatinine (mg/dL)	0.47	1.48	รายที่ 2 มีการทำงานของไตบกพร่อง
eGFR (mL/min/1.73m²)	104.00	45.63	รายที่ 2 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A
DTX (mg/dL)	133.00	387.00	รายที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
Na^+ (mmol/L)	138.60	130.20	รายที่ 2 มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ
Albumin (g/dL)	ปกติ	2.99	รายที่ 2 มีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ
การตรวจร่างกาย			
ความดันโลหิต (mmHg)	129/74	154/72	รายที่ 2 มีความดันโลหิตสูงกว่า
ตาซีด เยื่อบุตาซีด	มี	มี	ทั้งสองรายมีภาวะโลหิตจาง
ท้อง	อ่อนนุ่ม กดเจ็บเล็กน้อย	อ่อนนุ่ม คลำพบก้อน LUQ 3 ซม.	รายที่ 2 คลำพบก้อนชัดเจน
การวินิจฉัย			
ตำแหน่งมะเร็ง	Sigmoid colon	Descending colon	ตำแหน่งต่างกัน รายที่ 2 อยู่ใกล้ splenic flexure
ระยะห่างจากทวารหนัก	20 ซม.	ไม่สามารถวัดได้	รายที่ 1 สามารถวัดได้ชัดเจน
ขนาดก้อน	7-8 ซม.	ไม่สามารถวัดได้	รายที่ 2 มีก้อนอุดกั้น
ลักษณะก้อน	Cauliflower mass	Obstructing mass	รายที่ 2 มีการอุดกั้นลำไส้
ภาพการส่องกล้องประกอบยืนยันการวินิจฉัย			

1.3 การเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน การเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนระหว่างผู้ป่วย 2 ราย พบว่ามีทั้งความเหมือนและความแตกต่างที่สำคัญในแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับพอใช้และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 รู้สึกว่าสุขภาพแข็งแรงแต่กังวลเรื่องโรค ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพมากกว่า ด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรายที่ 1 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากความวิตกกังวล ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีน้ำหนักลด จากโรคมะเร็ง แบบแผนการขับถ่ายพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาถ่ายเป็นมูกเลือด ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาถ่ายดำและปัสสาวะน้อยลงเล็กน้อย ทั้ง 2 รายสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองและออกกำลังกายนานๆครั้ง แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาการนอนหลับตื่นบ่อยจากความวิตกกังวล ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนหลับดี ด้านสติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระดับการศึกษาสูงกว่าและสื่อสารได้ดีกว่า แต่ทั้ง 2 รายสามารถตัดสินใจได้ดี ในแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์พบว่า

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลสูงกว่ามาก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ยอมรับสภาพโรคได้ดีกว่า ทั้ง 2 รายมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีและมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว มีกลไกการรับมือกับความเครียดที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมและประสบการณ์ชีวิต และทั้ง 2 รายนับถือศาสนาพุทธซึ่งช่วยให้มีกำลังใจในการรักษา การวิเคราะห์เปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรายที่ 1 แม้จะมีสุขภาพกายที่ดีกว่าแต่มีปัญหาด้านจิตใจมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะมีสุขภาพกายที่ซับซ้อนกว่าแต่มีการปรับตัวทางจิตใจได้ดีกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันเสมอไป และการประเมินแบบองค์รวมตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยในทุกมิติและสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวางแผนและให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มให้ผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนส่องกล้อง ระยะขณะส่องกล้อง ระยะหลังส่องกล้อง และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

2.1 ระยะก่อนส่องกล้อง การเตรียมร่างกาย การเตรียมร่างกายที่สำคัญที่สุดคือการเตรียมลำไส้ให้สะอาด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ได้รับยาระบาย NIFLEC และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด สามารถเตรียมลำไส้ได้ในระดับดี ถ่ายอุจจาระรวม 14 ครั้ง ลักษณะใสไม่มีตะกอน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้อย่างละเอียดและมีความร่วมมือดีมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีกว่า ส่งผลให้การตรวจชัดเจนและตรวจพบพยาธิสภาพได้มากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่คุณภาพการเตรียม
ลำไส้อยู่ในระดับพอใช้ ถ่ายอุจจาระรวม 9 ครั้ง ลักษณะยังขุ่น เนื่องจากมีก้อนอุดกั้นลำไส้ใหญ่ พบว่าผู้ป่วยที่มีก้อนอุดกั้นหรือมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้า มักมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ไม่ดีแม้จะใช้ยาระบายเพียงพอ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางพยาธิวิทยามีผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้มากกว่าปัจจัยพฤติกรรม นอกจากการเตรียมลำไส้แล้ว การจัดการปัญหาสุขภาพอื่นก่อนส่องกล้องก็มีความสำคัญ ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงค่าฮีโมโกลบิน 6.20 กรัมต่อเดซิลิตร ต้องได้รับเลือดชนิด Packed Red Cells 1 ยูนิตก่อนส่องกล้อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะช็อกระหว่างการส่องกล้องสูงกว่าผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบินปกติ การเตรียมจิตใจ การจัดการความวิตกกังวลเป็นสิ่งสำคัญในระยะก่อนส่องกล้อง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูง กลัวผลตรวจ กลัวการผ่าตัดและกลัวทวารเทียม มีประวัติเป็นโรคความวิตกกังวลทั่วไป ได้รับยาลดความวิตกกังวล 2 ชนิด พยาบาลได้ใช้กลยุทธ์หลายอย่างในการลดความวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การอธิบายว่าตำแหน่งเนื้องอกที่ 20 เซนติเมตรสามารถรักษาทวารหนักไว้ได้ การให้ครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย พบว่าการให้ข้อมูลที่เพียงพอและการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง แต่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า พยาบาลได้ประสานงานแพทย์สังคมเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาและระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งใจและพร้อมรับการรักษา การพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นว่าปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจมีผลต่อภาวะสุขภาพและการรักษา การให้ความรู้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเตรียมตัว ขั้นตอนการส่องกล้อง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือและลดความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ให้ความรู้แบบตัวต่อตัว แจกเอกสารคำแนะนำ ให้ญาติช่วยจดบันทึก ซักถามความเข้าใจ และให้หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อหากมีปัญหา พบว่าการให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกันมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงวิธีเดียว สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีโรคเบาหวานควบคุมด้วย

อินซูลินและมีโรคไตเรื้อรัง การให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างงดอาหารและการติดตามการทำงานของไตมีความสำคัญ พยาบาลได้ประสานงานแพทย์เพื่อปรับขนาดอินซูลินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องงดอาหาร และแนะนำให้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดและปรับขนาดยาตามความเหมาะสม

2.2 ระยะขณะส่องกล้อง การระงับความรู้สึก การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ความซับซ้อนของหัตถการ และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีสุขภาพค่อนข้างแข็งแรงได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Sedation ด้วยยา Fentanyl ระดับความรู้สึกตัวตามมาตรวัด Ramsay Sedation Scale อยู่ที่ระดับ 2 ซึ่งเหมาะสมสำหรับหัตถการที่ไม่ซับซ้อน โดยการแนะนำว่าการระงับความรู้สึกแบบ Moderate sedation เหมาะสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง มีโรคประจำตัวหลายโรค และมีก้อนอุดกั้นลำไส้ใหญ่ ได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างหัตถการ การใส่ท่อช่วยหายใจช่วยให้สามารถควบคุมทางเดินหายใจได้ดีและลดความเสี่ยงต่อการสำลัก พบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงควรได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายเพื่อความปลอดภัย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดระหว่างการส่องกล้องเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีสัญญาณชีพคงที่ตลอดหัตถการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดช่วยลดความเสี่ยงได้ พบว่าการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสมช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสมบูรณ์ของการส่องกล้อง ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ดีและไม่มีก้อนอุดกั้น กล้องสามารถเข้าถึงลำไส้ใหญ่ส่วน Cecum ได้ ตรวจได้ครบทุกส่วน แนะนำว่าการส่องกล้องที่สมบูรณ์ควรเข้าถึงส่วน Cecum เพื่อให้แน่ใจว่าได้ตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีก้อนอุดกั้นบริเวณ Descending colon กล้องสามารถเข้าถึงได้เพียง Descending colon ไม่สามารถผ่านตำแหน่ง Splenic flexure ได้ แม้จะใช้เวลานานขึ้นและอยู่ภายใต้การดมยาสลบทั่วร่างกาย พบว่าก้อนอุดกั้นลำไส้ใหญ่เป็นข้อจำกัดทางกายภาพที่สำคัญของการส่องกล้อง ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ต้องพิจารณาใช้วิธีการตรวจอื่นเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อประเมินส่วนที่กล้องเข้าไม่ถึง

2.3 ระยะหลังส่องกล้อง การประเมินการฟื้นตัว การประเมินการฟื้นตัวหลังการส่องกล้องโดยใช้เกณฑ์ Aldrete Score เป็นมาตรฐานในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยพร้อมจำหน่ายจากห้องพักฟื้นหรือไม่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีคะแนน Aldrete Score อยู่ที่ 9-10 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจำหน่ายได้ มาตรฐานการปฏิบัติที่แนะนำว่าผู้ป่วยควรมีคะแนนอย่างน้อย 9 คะแนนก่อนจำหน่ายจากห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Sedation ใช้เวลาฟื้นตัวประมาณ 15 นาที จากสภาพง่วงเป็นรู้สึกตัวดี ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายฟื้นตัวเร็วกว่าเนื่องจากถอดท่อช่วยหายใจออกในห้องส่องกล้องแล้ว และยาสลบที่ใช้เป็นยาที่ขับออกจากร่างกายเร็ว พบว่าการใช้ยาสลบสมัยใหม่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น การจัดการอาการไม่สุขสบาย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการปวดท้องและท้องอืดเล็กน้อยหลังการส่องกล้อง ระดับความปวด 2 จาก 10 พยาบาลได้จัดท่านอน Semi-Fowler's 30 องศา ส่งเสริมการเดินเพื่อขับลม และประคบท้องอุ่นเบาๆ ทำให้อาการดีขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง พบว่าการจัดท่านอนที่เหมาะสมและการเคลื่อนไหวช่วยลดอาการท้องอืดหลังการส่องกล้อง ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีอาการปวดท้องหรือท้องอืดหลังการส่องกล้อง อาจเนื่องจากได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายซึ่งยังมีฤทธิ์ระงับความรู้สึกปวดอยู่บ้างและการส่องกล้องไม่สมบูรณ์ทำให้มีการพองลมในลำไส้น้อยกว่า การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน แม้ว่า

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้อง แต่การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดยังคงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อ พยาบาลได้เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก จากนั้นทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่สอง และทุก 1 ชั่วโมงในชั่วโมงต่อมาจนกว่าจะคงที่ สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงเดิม การเฝ้าระวังอาการซีดเพิ่มและความเสี่ยงต่อเลือดออกมีความสำคัญมากกว่า พยาบาลได้ติดตามอย่างใกล้ชิดและพร้อมที่จะส่งตรวจค่าฮีโมโกลบินหากสงสัยเลือดออก

2.4 ระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง การให้ความรู้ก่อนจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน อาการเตือนที่ต้องกลับมาพบแพทย์ และการนัดติดตามผล โดยใช้เอกสารคำแนะนำประกอบและซักถามความเข้าใจ พบว่าการให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกับการให้เอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรช่วยเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติตาม สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค การให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคไต และการติดตามการทำงานของไตมีความสำคัญ พยาบาลได้ประสานงานคลินิกเบาหวานและคลินิกโรคไตเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบสหวิชาชีพที่เน้นการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย การจัดการความวิตกกังวล ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจและการผ่าตัด โดยเฉพาะกลัวต้องทำทวารเทียม พยาบาลได้อธิบายว่าตำแหน่งของเนื้องอกอยู่ที่ 20 เซนติเมตรจากทวารหนัก สามารถรักษาทวารหนักไว้ได้ ไม่ต้องทำทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งใจขึ้นมาก พบว่าการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการรักษาช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิดแบ่งเซลล์ไม่ดีซึ่งมีความรุนแรงมากกว่า แต่สามารถยอมรับสภาพโรคได้ดีและมีความกังวลน้อยกว่า อาจเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ชีวิต และการสนับสนุนจากครอบครัว การปรับตัวต่อโรคเป็นกระบวนการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล การติดตามอย่างต่อเนื่อง การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนได้ทันเวลา จากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 ออกเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 และติดตามผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การฟื้นตัวระยะแรกจนถึงการเตรียมตัวผ่าตัด พบว่าการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ จากการติดตามพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ผ่าตัดสำเร็จในสัปดาห์ที่ 6 ไม่ต้องทำทวารเทียม แผลหายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับเลือดเพิ่มเติมรวม 4 ยูนิต ค่าฮีโมโกลบินเพิ่มเป็น 9.80 กรัมต่อเดซิลิตร พร้อมเข้ารับการผ่าตัดลำไส้ส่วนซ้าย แสดงให้เห็นว่าการติดตามและการจัดการอย่างเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมรับการรักษาต่อ

3. การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล เปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่าง และบทเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 2 ราย

3.1 การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง ทั้งระหว่างและหลังหัตถการ แสดงให้เห็นว่าการประเมินความเสี่ยงอย่างรอบคอบ การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย พบว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะไม่ได้วัดความพึงพอใจอย่างเป็นทางการ แต่จากการสังเกตและการติดตามพบว่าผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 รายมีความพึงพอใจต่อการดูแล โดยเฉพาะด้านการให้ข้อมูล การให้กำลังใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

พบว่าการสื่อสารที่ดี การให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย และการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ผลลัพธ์ด้านความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 รายสามารถอธิบายการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้ถูกต้อง ปฏิบัติตามคำแนะนำ และมาตรวจตามนัด แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกับการให้เอกสารและการติดตามอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ โดยเน้นว่าเป้าหมายของการพยาบาลคือการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านการเตรียมตัวสำหรับการรักษาต่อ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมตัวอย่างเหมาะสมสำหรับการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รู้สึกโล่งใจที่ไม่ต้องทำทวารเทียม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะต้องใช้เวลานานกว่าในการปรับสภาพร่างกาย แต่ก็สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ จนมีความพร้อมเข้ารับการผ่าตัด การพยาบาลที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการรักษาขั้นสุดท้าย

3.2 การเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง ความเหมือน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความเหมือนกันในหลายประเด็น ได้แก่ การมีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ การได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ การมีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว การปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี การไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างดี ความเหมือนเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกัน แต่ก็มีประเด็นร่วมที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ ความแตกต่าง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันในหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ อายุและเพศ ความรุนแรงของโรค จำนวนโรคประจำตัว ระดับความวิตกกังวล คุณภาพการเตรียมลำไส้ วิธีการระงับความรู้สึก ความสมบูรณ์ของการส่องกล้อง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และวิธีการผ่าตัด ความแตกต่างเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลต้องปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความซับซ้อนสูงกว่าแต่สามารถยอมรับสภาพโรคและปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีความซับซ้อนน้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าความซับซ้อนทางกายภาพไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับความซับซ้อนทางจิตใจ ปัจจัยอื่นๆ เช่น บุคลิกภาพ ประสบการณ์ชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อ ล้วนมีผลต่อการปรับตัวและผลลัพธ์การรักษา

3.3 บทเรียนที่ได้รับ ความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวม การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอนช่วยให้พยาบาลไม่มองข้ามมิติสำคัญของสุขภาพ โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีผลต่อผลลัพธ์การรักษาไม่น้อยไปกว่าด้านร่างกาย ความจำเป็นในการปรับระบบการพยาบาลตามความสามารถของผู้ป่วย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดบทบาทที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการดูแล โดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ความสำคัญของการจัดการความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง การให้ข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจน การสร้างสัมพันธภาพที่ดี และการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคต้องการการประเมินและการจัดการที่ซับซ้อนกว่า การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ มีความสำคัญอย่างยิ่ง คุณค่าของการติดตามอย่างต่อเนื่อง การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบปัญหาได้ทันเวลา ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว พลังของการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการดูแลช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยและการดูแลที่บ้าน และความยืดหยุ่นในการปรับแผนการพยาบาล แม้จะมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน แต่พยาบาลต้องสามารถปรับแผนให้

เหมาะสมกับสภาพและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

การใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ แก้วตา และคณะ[13] และสอดคล้องกับ ทิพยรัตน์ กันทะวงค์ และคณะ[14] การประเมินแบบแผนโภชนาการพบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีการสูญเสียน้ำหนักจากโรคมะเร็ง แม้ผู้ป่วยรายที่สองมีอายุมากกว่าและมีโรคประจำตัวหลายโรค แต่สามารถยอมรับสภาพโรคและปรับตัวได้ดี สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่เน้นว่าบุคคลมีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง [12] การประเมินแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง [15] การประเมินแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีและได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี การประเมินแบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียดพบว่าผู้ป่วยมีกลไกการรับมือที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมและประสบการณ์ แสดงให้เห็นความสำคัญของการเคารพและสนับสนุนกลไกการรับมือที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

การวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ในระยะก่อนส่องกล้อง การเตรียมลำไส้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จของการส่องกล้อง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่หนึ่งที่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ในระดับดี ขณะที่ผู้ป่วยรายที่สองมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ระดับพอใช้เนื่องจากมีก้อนอุดกั้นลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ แก้วตา และคณะ[13] โดยผู้ป่วยที่มีก้อนอุดกั้นหรือการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้ามักมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ไม่ดีแม้จะใช้ยาระบายเพียงพอ การจัดการปัญหาสุขภาพอื่นก่อนส่องกล้องมีความสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงต้องได้รับเลือดก่อนหัตถการเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การจัดการความวิตกกังวลในระยะก่อนส่องกล้องเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยรัตน์ กันทะวงค์ และคณะ[14] การให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับแผนการรักษาช่วยลดความกังวล การให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกันมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงวิธีเดียว ในระยะขณะส่องกล้อง การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและความซับซ้อนของหัตถการ ผู้ป่วยที่มีสุขภาพค่อนข้างแข็งแรงได้รับการระงับความรู้สึกแบบ moderate sedation ขณะที่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังส่องกล้อง การประเมินการฟื้นตัวด้วย Aldrete Score เป็นมาตรฐานในการตัดสินใจจำหน่ายจากห้องพักฟื้น สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง[15] การจัดการอาการไม่สุขสบายเช่นปวดท้องและท้องอืดด้วยการจัดท่านอนที่เหมาะสมและส่งเสริมการเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะเลือดออกหลังการเก็บชิ้นเนื้อมีความสำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง ในระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายแบบหลายวิธีร่วมกับเอกสารช่วยเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยรัตน์ กันทะวงค์ และคณะ[14]

การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล เปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่าง และบทเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง แสดงให้เห็นว่าการประเมินความเสี่ยงอย่างรอบคอบและการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมช่วยเพิ่มความปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านความรู้และความสามารถในการดูแล

ตนเองพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้ถูกต้องและปฏิบัติตามคำแนะนำ แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการให้ความรู้แบบหลายวิธีร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง[12] แม้ผู้ป่วยรายที่สองต้องใช้เวลานานกว่าในการปรับสภาพร่างกาย แต่การจัดการอย่างเหมาะสมทำให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจนมีความพร้อม การเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยสองรายแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีความเหมือนกันในหลายประเด็น เช่น การมีโรคเบาหวาน การปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี และการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี แต่ก็มีความแตกต่างสำคัญในเรื่องความรุนแรงของโรค ระดับความวิตกกังวล และวิธีการรับมือกับความเครียด ความแตกต่างเหล่านี้แสดงให้เห็นความจำเป็นในการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล บทเรียนที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยสองรายแสดงให้เห็นความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวม การปรับระบบการพยาบาลตามความสามารถของผู้ป่วย การจัดการความวิตกกังวล การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และความยืดหยุ่นในการปรับแผนการพยาบาล ทั้งหมดนี้สอดคล้องกับหลักการพยาบาลสมัยใหม่ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบท การนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไปใช้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง โดยศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และภาวะแทรกซ้อน ความพร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์ ระบบระงับความรู้สึก โครงสร้างพื้นฐาน ระบบสารสนเทศ และวัฒนธรรมการทำงาน

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และภาวะแทรกซ้อน เทคนิคการประเมินผู้ป่วยด้วยกรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้อง การให้ยาระบายและการประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ การดูแลผู้ป่วยระหว่างการระงับความรู้สึกและการส่องกล้อง การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน การประเมินความพร้อมจำหน่ายด้วย Aldrete Score การให้สุขศึกษาและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การใช้แนวทางการดูแลทางคลินิกและ Clinical Pathway การติดตามดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน และการใช้ระบบสารสนเทศในการบันทึกและติดตามข้อมูล

3. ควรมีการสร้างความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและเข้าใจง่าย เช่น คู่มือการเตรียมตัวและการดูแลตนเอง วิดีโอ รูปภาพ แผ่นพับ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย

4. ควรมีการพัฒนาระบบการส่งต่อและการติดตามต่อเนื่อง ควรพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยกำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน ใช้แบบฟอร์มการส่งต่อมาตรฐานที่มีข้อมูลครบถ้วน สร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการตอบกลับผลการรักษาจากโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ จัดทำระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบผ่านการโทรศัพท์ในสัปดาห์แรก การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่สอง และการตรวจติดตามในสัปดาห์ที่หก ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

และอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการศึกษาทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูล จนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.(2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.

2.Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.(2017). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66(4):683-91.

3.World Health Organization.(2022). Cancer country profiles – Thailand. Geneva: WHO; 2022.

4.Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T, et al.(2017). Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2017;112(7):1016-30.

5.Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, Winkens B, Masclee AA, Sanduleanu S. Post-colonoscopy complications: A systematic review, time trends, and meta-analysis of population-based studies. Am J Gastroenterol. 2016;111(8):1092-101.

6.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล.(2564). รายงานสถานการณ์มะเร็งในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

7.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2565). รายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

8.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

9.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ประจำปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.

10.ห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2568). รายงานสถิติการให้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พ.ศ. 2565-2567. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

11.Gordon M.(1994). Manual of nursing diagnosis. 12th ed. Jones & Bartlett Learning.

12.Orem DE.(2001). Nursing: Concepts of practice. 6th ed. Mosby.

13.เนาวรัตน์ แก้วตา, สุดารัตน์ บรรหารักษ์, ธีระวัฒน์ อภิชาติวัลลภ.(2568). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยนอกในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2568;48(1):92-110.

14.ทิพยรัตน์ กันทะวงค์, วรรณภา วงศ์กองแก้ว, วัลลดา จันทร์เรืองวณิช, อวยพร เก้าสมบัติวัฒนา.(2565). ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องด้วยการสื่อสารทางไกลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก: การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. วารสารสภาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย. 2565;37(3):161-76.

15.ลัดดาวัลย์ ประจวบกลาง.(2568). บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี. วชิรสารการพยาบาล. 2568;27(1):97-109.

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

Community-Based Model for the Prevention of Falls among Older Adults in Residential Homes: Hua Ruea Subdistrict, Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: February 14,2026 ; Revised: February 21,2026 ; Accepted: February 23,2026)

วาริศิลป์ บัวเขียว[1]
Warisin Baukeaw[1]

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในผู้สูงอายุ และพบอุบัติการณ์สูงในบริบทชุมชนกึ่งเมือง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ การสำรวจสถานการณ์และประเมินสมรรถภาพร่างกาย การระดมความคิดเห็นแกนนำ 50 คนเพื่อพัฒนารูปแบบ และการทดลองโปรแกรมออกกำลังกายด้วยยางยืด 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 244 คน โดยการสุ่มแบบง่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และ Paired-Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การหกล้มในช่วง 6 เดือนร้อยละ 4.5 สาเหตุหลักคือการสะดุดและก้าวพลาด เกิดในห้องนอนและช่วงเวลากลางคืน ผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 57.8 และบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 52.0 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิด “ปรับคน–ปรับบ้าน–ปรับพฤติกรรม” และการเสริมสร้างสมรรถภาพด้วยการออกกำลังกายส่งผลให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลในชุมชน การหกล้ม สภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย

Abstract

Falls are a major public health concern among older adults, particularly in semi-urban communities. This study aimed to develop a community-based fall prevention model for older adults in residential homes in Hua Ruea Subdistrict, Ubon Ratchathani Province, Thailand, using Participatory Action Research (PAR). The study was conducted in three phases: situational assessment and physical performance evaluation, focus group discussions with 50 community stakeholders to develop the model, and implementation of a four-month resistance exercise program. A total of 244 older adults were selected through simple random sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired-samples t-tests.

The research findings showed the six-month fall prevalence was 4.5%, mainly due to tripping and missteps occurring in bedrooms during nighttime. Visual impairment (57.8%) and mobility limitations (52.0%) were key risk factors. The developed model, based on the “person–home–behavior modification” concept combined with resistance exercise, significantly improved physical performance ($p < 0.001$).

Keywords: Older adults, Community-Based Model, Falls, Environment, Residential setting

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตประมาณ 684,000 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจซึ่งมักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง โดยมี

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลการหกล้มของภูมิภาคในแปซิฟิกตะวันตกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คิดเป็นร้อยละ 60 ของการเสียชีวิต และมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี[1] สำหรับประเทศไทยจากรายงานการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้บาดเจ็บรุนแรงมีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งคิดเป็น 45.0 โดยผู้บาดเจ็บรุนแรงส่วนใหญ่อายุ 80 ปีขึ้นไป และมีการหกล้มที่บ้านหรือบริเวณบ้าน ร้อยละ 65.0 ส่วนใหญ่เกิดจากการลื่น สะดุดหรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกันร้อยละ 65.4[2] นอกจากนี้ยังพบว่า สถิติการประสบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจนถึงแก่ชีวิตในบ้านผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปภายในจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2560 - พ.ศ.2562 พบว่า ผู้สูงอายุมีสถิติพลัดตกหกล้มคิดเป็นร้อยละ 5.01 18.10 และ16.26 ตามลำดับ ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้น[3] ซึ่งการหกล้มเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ ความพิการ หรือเสียชีวิตได้

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 16.5) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าใน 20 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี[4] โดยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมของวัยสูงอายุแตกต่างจากคนกลุ่มวัยอื่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุเป็นการดำเนินการดูแล ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในและรอบบริเวณบ้านให้เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ[5] จากการศึกษาของ นงนุช วงศ์สว่าง และคณะ (2560) พบว่า ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านสูงสุด ได้แก่ บริเวณบันไดมีผ้าหรือพรมเช็ดเท้า (ร้อยละ 49.6)รองลงมาคือบริเวณบันไดมีแสงสว่างไม่เพียงพอ (ร้อยละ 46.2)และไฟบริเวณบันไดมีสวิตช์เพียงตัวเดียว (ร้อยละ 41.6)และผู้สูงอายุเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ19.5) ผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่พลัดตกหกล้มภายในตัวบ้าน (ร้อยละ 68.2)[6]

ตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบไปด้วยหมู่บ้านทั้งหมด 16 หมู่บ้าน โดยจำนวนหลังคาเรือน 2,584 หลังคาเรือน และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทุกปี ความเสื่อมตามวัย ภาวะทุพโภชนาการ มวลกล้ามเนื้อ การทรงตัวไม่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในเรื่องของสุขภาพกายและใจเพิ่มขึ้นจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในที่พักอาศัยในปัจจุบันได้[7] จากข้อมูลที่ผ่านมาจะพบว่ายังไม่เคยมีข้อมูลการศึกษา หรือการป้องกันปัญหาอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาต่อยอดในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในที่พักอาศัย ในตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันปัญหาอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกและสภาพปัญหาการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ในตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ในตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้เป็นการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษารูปแบบการ

ป้องกันการหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้ปฏิบัติการวงล้อการพัฒนา (Plan-Action-Observe-Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[8] ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อแนวปฏิบัติที่ดีขึ้น (planning) โดยการสำรวจความชุกและหาปัจจัยจากการประเมินสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ประชุมแกนนำเพื่อวิเคราะห์ปัญหาพิจารณาแนวทางพัฒนาร่วมกัน 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผนและแนวปฏิบัติที่ตั้งไว้ (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) สะท้อนผลลัพธ์และปรับปรุงกระบวนการใหม่หลายวงรอบ เพื่อให้ได้รูปแบบในการป้องกันการหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุในตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2[p(1-p)]}{[e^2(N-1)]+[Z^2\alpha/2[p(1-p)]]}$$

เมื่อ

n แทน จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 1,777 คน

Z แทน พื้นที่ใต้โค้งปกติมาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกำหนด Z ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05 ดังนั้น มีค่าเท่ากับ 1.96 (ด้วยค่าความเชื่อมั่น ที่ 95%)

P แทน ค่าประมาณสัดส่วนอุบัติการณ์ที่ผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่พลัดตกหกล้มภายในตัวบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเท่ากับ 0.68[6]

e แทน ค่าความแม่นยำของการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่าง กำหนดที่ 5% ของค่า P ซึ่งกำหนดที่ 0.034 แทนค่าในสูตร ได้ดังนี้

$$n = \frac{1777(1.96)^2[0.68(1-0.68)]}{[0.034^2(1777-1)]+[(1.96)^2[0.68(1-0.68)]]}$$

n =243.5

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษาเท่ากับ 244 คนโดย ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่มให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี สามารถสื่อสารเข้าใจ มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในเรื่องการพูดการฟัง และการได้ยิน มีความพร้อมด้านสุขภาพและมีความสมัครใจยินดีให้สัมภาษณ์และเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกก่อนเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria) ผู้สูงอายุ มีชื่อ แต่ตัวไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการศึกษาในระยะที่ 2 คือแกนนำ ซึ่งประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน 16 คน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเรือ 3 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเรือ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 1 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 8 คน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ 16 คน และกู้ชีพตำบลหัวเรือ 2 คน รวม 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การมีคู่ชีวิต จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่พักอาศัย รายได้ครัวเรือน โรคประจำตัว การใช้ยาที่ส่งผลต่อการทรงตัว และประวัติการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข (2564)[8] ประกอบด้วย

1) ความสามารถทางการรู้คิด โดยใช้เครื่องมือ Mini-Cog มีทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่

- Three Word Registration คือ การจดจำคำ 3 คำ คือ หลานสาว สวรรค์ ภูเขา วิธีการ คือผู้ทดสอบ บอกผู้ถูกทดสอบว่า “ตั้งใจฟังดี ๆ จะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบและจำไว้ จะกลับมาถามซ้ำ”
- Clock Drawing คือ การวาดนาฬิกา โดยใส่ตัวเลขและให้เข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 รวม 2 คะแนน
- Three Word Recall ถามผู้ถูกทดสอบเพื่อทบทวนคำ 3 คำก่อนหน้า ว่ามีอะไรบ้าง รวม 3 คะแนน

โดยเกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าผู้สูงอายุได้คะแนนรวม ≤3 คะแนน ถือว่าผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดที่บกพร่อง (Cognitive impairment)

2) ความสามารถทางการมองเห็น เป็นแบบการคัดกรองสุขภาวะทางตา ได้แก่

- ประเมินสายตาต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะไกล) วิธีการคือนับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง (กรณีผู้สูงอายุใช้แว่นสายตามองระยะไกลอยู่แล้ว ให้สวมแว่นขณะทำการทดสอบด้วย)
- ประเมินต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้) วิธีการคือไม่สามารถอ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตได้ (กรณีผู้สูงอายุใช้แว่นสายตามองระยะไกลอยู่แล้วให้สวมแว่นขณะทำการทดสอบด้วย)
- ประเมินความเสี่ยงต้อกระจก วิธีการคือปิดตาดูทีละข้าง พบว่าตามัวคล้ายมีหมอกบัง
- ประเมินความเสี่ยงต้อหิน วิธีการ คือปิดตาดูทีละข้าง พบว่า มอง”เห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง” หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ
- ประเมินความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ วิธีการ คือปิดตาดูทีละข้าง พบว่า “มองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือภาพบิดเบี้ยว”

โดยเกณฑ์การประเมิน ถ้าผู้สูงอายุตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า “ผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็น”

3) ความสามารถทางการได้ยิน โดยใช้เครื่องมือ Finger rub test ประกอบไปด้วยวิธีทดสอบ 2 ข้อ คือ ใช้นิ้วโป้งถูกับนิ้วชี้ที่หูข้างขวา และใช้นิ้วโป้งถูกับนิ้วชี้ที่หูข้างซ้าย วิธีการคือผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้หน้าหูผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว) ทีละข้าง

โดยเกณฑ์การประเมิน ถ้าผู้สูงอายุตอบว่า “ไม่ได้ยิน” ที่หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่า หูข้างนั้นของผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยิน

4) ความสามารถทางการทรงตัว โดยใช้เครื่องมือ Balance test เพื่อทดสอบความสามารถในการทรงตัวในท่ายืนของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 3 รูปแบบการยืนทรงตัว[9] ได้แก่

ท่าที่ 1 Parallel Foot Stance ยืนเท้าชิดกัน

ท่าที่ 2 Semi-tandem Stance ยืนต่อเท้าครึ่งเท้า โดยให้ปลายนิ้วหัวแม่เท้าของเท้าที่อยู่หลังต่อกับเท้าที่อยู่หน้าบริเวณที่กว้างที่สุดของเท้าที่อยู่หน้า ให้ผู้สูงอายุเลือกเองว่าจะเอาเท้าใดอยู่หน้า

ท่าที่ 3 Tandem Stance ยืนต่อเท้า โดยเท้าที่อยู่หลังต่อจากส้นเท้าของเท้าที่อยู่หน้า ให้ผู้สูงอายุเลือกเองว่าจะเอาเท้าใดอยู่หน้าวิธีการ คือให้ผู้สูงอายุยืนในพื้นที่โล่งที่สามารถเคลื่อนไหวช่วงแขนหรือก้าวขา เพื่อทรงตัวได้ โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง แต่ไม่ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงใดๆ สำหรับการทรงตัวในขณะที่ทำการทดสอบ และให้ผู้สูงอายุยืนทรงตัวตามรูป โดยพยายามไม่ขยับเท้าออกจากตำแหน่งเริ่มต้นและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงใดๆ เป็นเวลา 10 วินาที

โดยเกณฑ์การประเมิน บันทึกว่าผู้สูงอายุสามารถยืนทรงตัวตามรูปแบบต่าง ๆ “ได้” หรือ “ไม่ได้” ซึ่งผู้สูงอายุต้องยืนทรงตัวอย่างน้อย 10 วินาที จึงจะบันทึกได้ว่า “สามารถยืนทรงตัวได้”

5) ความสามารถทางการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบประเมิน Time Up and Go test วิธีการ คือวางเก้าอี้ที่มีท้าวแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร

ทำเครื่องหมายบนพื้นบอกให้ผู้สูงอายุทราบว่าเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือแบบสอบถาม ที่ได้เรียบเรียงแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ และพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานวิจัยและประเมินผล ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ตรวจสอบความตรงกับเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.67-1.0

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability of the test) ผู้วิจัยอ้างอิงค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุแยกตามรายด้านจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความสามารถทางการรู้คิด มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากงานวิจัยของสุภาพ อารีเอื้อ และคณะ (2562)[10] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ความสามารถทางการมองเห็น มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากงานวิจัยของนพมาศ อุตะมะ (2558)[11] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ความสามารถทางการได้ยินและความสามารถทางการทรงตัว มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากงานวิจัยของเพ็ญรุ่ง วรรณดี (2563)[12] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และความสามารถทางการเคลื่อนไหว มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากงานวิจัยของ Medley,& TThompson, (2005)[13] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95-0.99

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลแบบสอบถามและแบบประเมินสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยนักวิจัยร่วมกับอสม.ของแต่ละหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมการเก็บตัวอย่างและมีความเข้าใจในเครื่องมือเป็นอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้แนะนำ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามกรณีสงสัย โดยการตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้เป็นไปด้วยความเต็มใจบนพื้นฐานของหลักการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของมนุษย์

ระยะที่ 2 ประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตามกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (P: Planning) ร่วมพิจารณากำหนดแผนและกิจกรรมในการแก้ปัญหาร่วมกัน 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผนกิจกรรมที่วางแผนไว้(A: Action) 3) การสังเกตการณ์ (O: Observation) ประเมินผลตามกิจกรรมและแผนงานที่ตั้งไว้ 4) การสะท้อนกลับ (R: Reflection) สะท้อนข้อมูลจากการประเมินผลในแต่ละกิจกรรมเพื่อนำไปกำหนดวิธีการแก้ปัญหาเพิ่มเติม

ระยะที่ 3 ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยให้แข็งแรง โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวเรือเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยประเมินสมรรถนะทางกายก่อนเข้าร่วม กิจกรรมการใช้ยางยืด โดยวิทยากรผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ให้ความรู้การใช้ยางยืด 12 ท่า ในสัปดาห์ที่ 1 และมีตารางการออกกำลังกายโดยแจกเอกสารการออกกำลังกายด้วยยางยืด 12 ท่า และ ตารางการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน และติดตามโดย อาสาสมัครสาธารณสุข นัดติดตามผลทุก 1 เดือน ในวันประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวเรือ ทำติดต่อกัน 4 เดือน แล้วจึงประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)

วิเคราะห์ปัจจัยด้านสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความสามารถทางการรู้คิด ความสามรถทางการมองเห็น ความสามารถทางการได้ยิน ความสามารถในการทรงตัว และความสามารถในการเคลื่อนไหว พรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ(Percent)

วิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2 การประชุม สนทนากลุ่มแกนนำ เพื่อระดมสมองในการหารูปแบบการป้องกันตนเองจากการ พลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Content Analysis

วิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 3 ประเมินสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุโดยการทดสอบ 9 สถานี ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข[8] ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired-Samples T-Test

จริยธรรมในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568-08.018 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.1 มีค่ามัธยฐานอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67 ปี ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 62.7 มีค่ามัธยฐานจำนวนสมาชิกเท่ากับ 2.00 คน ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวพื้นต่ำ ร้อยละ 66.8 มีค่ามัธยฐานรายได้ครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 7,000 บาท โดยรายได้ต่ำสุด คือ 1,000 บาท และรายได้สูงสุด คือ 50,000 บาท มีโรคประจำร้อยละ 9.8 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.7 และผู้สูงอายุใช้ยาที่ส่งผลต่อการทรงตัว ร้อยละ 8.6 โดยยาที่ใช้มากที่สุด คือ ยาลดความดัน ร้อยละ 46.7

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเคยมีประวัติการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 4.5 เมื่อพิจารณาสาเหตุของการพลัดตกหกล้มพบว่าเกิดจากการสะดุด ร้อยละ 72.7 รองลงมาคือก้าวพลาด ร้อยละ 27.3 สถานที่เกิดการพลัดตกหกล้มเกิดบริเวณห้องนอน ร้อยละ 54.5 และช่วงเวลาที่เกิดการพลัดตกหกล้มเกิดในช่วงเวลา 00.00–06.00 น. ร้อยละ 90.9 บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นคนแรกคือบุตรหลาน ร้อยละ 54.5 และผู้สูงอายุไม่ได้รับบาดเจ็บเมื่อหกล้ม ร้อยละ 100.0

ข้อมูลสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ สมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุสามารถจำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถทางการรู้คิด การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว และการเคลื่อนไหว พบว่าผู้สูงอายุไม่มีปัญหาการได้ยินร้อยละ 100.0 สามารถยืนทรงตัวได้ ร้อยละ 95.5 และไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 61.5 อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 57.8 และ มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 52.0 ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้

ผลการดำเนินงานระยะที่ 2

สรุปวิเคราะห์ประเด็นการดำเนินโครงการในระยะที่ 2

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแกนนำจำนวน 50 คนในตำบลหัวเรือ พบว่า “การหกล้มในผู้สูงอายุ” เป็นปัญหาเชิงระบบที่เชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และโครงสร้างการดูแลในบริบทชุมชนกึ่งเมือง ผลการวิเคราะห์สะท้อนปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 3 มิติ ได้แก่

(1) มิติด้านร่างกาย เช่น ภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง การทรงตัวบกพร่อง โรคเรื้อรัง การใช้ยาหลายชนิด และภาวะกลัวการล้มซ้ำ (fear of falling) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงกิจกรรมและยิ่งสูญเสียสมรรถภาพ

(2) มิติด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะลักษณะที่อยู่อาศัยแบบบ้านยกพื้นสูง พื้นต่างระดับ ห้องน้ำลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ และสิ่งของกีดขวาง

(3) มิติด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต เช่น การลุกนั่งรวดเร็ว ความมั่นใจเกินศักยภาพ การสวมรองเท้าไม่เหมาะสม และการทำงานเกษตรในพื้นที่ลื่นหรือขรุขระ

ตำบลหัวเรือมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 19.03 และพบแนวโน้มผู้ป่วยติดเตียงจากการหกล้มเพิ่มขึ้น สะท้อนความจำเป็นของมาตรการเชิงรุกในระดับตำบล การหกล้มยังส่งผลกระทบเชิงระบบตั้งแต่ระดับบุคคล (กระดูกสะโพกหัก ภาวะติดเตียง ภาวะซึมเศร้า) ระดับครอบครัว (ภาระค่าใช้จ่ายและการสูญเสียรายได้) ไปจนถึงระดับชุมชน (ภาระงานของ Care Giver และทีมกู้ชีพ รวมถึงการสูญเสียทุนทางสังคม) จึงต้องอาศัยแนวทางบูรณาการมากกว่าการแก้ไขเฉพาะเหตุการณ์ ขณะเดียวกันพื้นที่มีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ได้แก่ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข 191 คน Care Manager และ Care Giver ที่ผ่านการอบรม ชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ ระบบกู้ชีพตำบล และงบประมาณปรับสภาพบ้านจากกองทุนท้องถิ่น โครงสร้างเหล่านี้สามารถพัฒนาเป็นฐานปฏิบัติการของโมเดลเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยแบบบูรณาการได้ ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการสอดคล้องกับแนวทางกรมอนามัย ประกอบด้วย 4 มิติหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนาสมรรถภาพทางกายโดยจัดโปรแกรมออกกำลังกายเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว ผ่านชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และการเยี่ยมบ้าน (2) การส่งเสริมโภชนาการที่สนับสนุนมวลกล้ามเนื้อ เช่น โปรตีน แคลเซียม และวิตามินดี (3) การคัดกรองและเฝ้าระวังโดยบูรณาการการประเมิน ADL และ TUG Test พร้อมจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูง และ (4) การปรับสภาพแวดล้อมตามแนวคิด “ปรับคน–ปรับบ้าน–ปรับพฤติกรรม”

โดยสรุปเมื่อจัดกิจกรรมในระยะที่ 2 แล้วเสร็จ ผู้วิจัยทดลองการเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงอายุให้แข็งแรงโดยผ่านชมรมผู้สูงอายุตำบล เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยวิทยากรผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ให้ความรู้การใช้ยางยืด 12 ท่า ในสัปดาห์ที่ 1 และมีตารางการออกกำลังกายโดยแจกเอกสารการออกกำลังกายด้วยยางยืด 12 ท่า และตารางการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน โดยประเมินสมรรถนะทางกายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการและติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุข นัดติดตามผลทุกหนึ่งเดือนในวันประชุมชมรมผู้สูงอายุ ทำติดต่อกัน 4 เดือน หลังจากนั้นจึงประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรม

ผลการดำเนินโครงการในระยะที่ 3

ผลการประเมินสมรรถนะร่างกายของผู้สูงอายุ 9 สถานีหลังทำกิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดสอบ 9 สถานี หลังทำกิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดโดยใช้สถิติ Paired-Samples T-Test พบว่า ส่วนสูงเฉลี่ยของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ขณะที่น้ำหนักตัวเฉลี่ยหลังการทดสอบลดลงจากก่อนการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและสมรรถภาพทางกายจากการทดสอบที่เหลืออีก 6 สถานี พบว่าหลังการทดสอบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยผลการทดสอบในทุกรายการแตกต่างจากก่อนการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการลุก-เดิน-นั่งไปกลับ การทดสอบความแข็งแรงของแขนและขา ความยืดหยุ่น การทรงตัว และการเดินขึ้น-ลงบันไดซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายภายหลังการทำกิจกรรมออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพร่างกายจากการทดสอบ 9 สถานีของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดสอบ โดยใช้สถิติ paired-samples t-test

รายการ	ก่อนทดสอบ		หลังทดสอบ		T-Test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ส่วนสูง	1.55	0.0800	1.55	0.0800	-	-
2.น้ำหนัก	53.52	10.25	53.33	10.08	16.542	<0.001
3.ดัชนีมวลกาย	22.13	3.85	22.05	3.77	6.515	<0.001
4.ลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับ	11.62	2.83	11.31	2.37	5.658	<0.001
5.งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที	10.88	0.95	11.60	0.888	-12.47	<0.001
6.ลุกยืน-นั่งบนเก้าอี้ 30 วินาที	9.170	3.122	9.383	2.926	-7.121	<0.001
7.แตะมือด้านหลัง	0.061	0.274	0.570	0.514	-15.433	<0.001
8.นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า	0.061	0.274	0.757	0.628	-16.809	<0.001
9.เดินยกเข่าขึ้นลง 2 นาที	59.85	10.125	60.34	10.142	-4.938	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตำบลหัวเรือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 244 คน เป็นเพศหญิง อายุมัธยฐาน 67 ปี อาศัยอยู่กับคู่สมรส และมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 2 คน รายได้ครัวเรือนมัธยฐาน 7,000 บาทต่อเดือน ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวพื้นต่ำ (ร้อยละ 66.8) ซึ่งสะท้อนลักษณะชุมชนกึ่งเมืองที่มีโครงสร้างบ้านแบบดั้งเดิม ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [14] ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง และมีการใช้ยาที่อาจส่งผลต่อการทรงตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการหกล้ม[15]

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.5) ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แต่ในกลุ่มที่เคยหกล้มพบว่าสาเหตุหลักคือการสะดุดและก้าวพลาดโดยเกิดในห้องนอนมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) และเกิดในช่วงเวลา 00.00–06.00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่แสงสว่างไม่เพียงพอและการมองเห็นลดลง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก[1] ที่ระบุว่าการหกล้มมักเกิดภายในบ้าน โดยเฉพาะบริเวณพื้นต่างระดับ ห้องนอน และห้องน้ำ รวมทั้งงานวิจัยของ Boonkhao et al.[16] ที่พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในบ้านมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงในการหกล้มครั้งล่าสุดอาจสะท้อนความรุนแรงระดับต่ำของเหตุการณ์แต่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากการหกล้มซ้ำมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกหัก ความพิการ และภาวะติดเตียงในระยะยาว[7]

ผลการประเมินสมรรถภาพร่างกาย 5 ด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 57.8 และมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวร้อยละ 52.0 ขณะที่ร้อยละ 38.5 มีภาวะการรู้คิดบกพร่องบางส่วน ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการหกล้ม โดยเฉพาะการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (sarcopenia) และการทรงตัวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ European Working Group on Sarcopenia in Older People[7] ที่ระบุว่าการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง เป็นกลไกสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม แม้ว่าการทรงตัวโดยรวมยังอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 95.5 สามารถยืนทรงตัวได้) แต่การเคลื่อนไหวที่

บกพร่องและการมองเห็นที่ลดลง อาจส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มความเสี่ยงในสถานการณ์ที่มีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม

การสังเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแกนนำ 50 คน สะท้อนว่าการหกล้มเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับ 3 มิติหลัก ได้แก่ (1) มิติด้านร่างกาย (2) มิติด้านสิ่งแวดล้อม และ (3) มิติด้านพฤติกรรมและโครงสร้างการดูแลในชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเน้นแนวคิด “ปรับคน–ปรับบ้าน–ปรับพฤติกรรม” ควบคู่กับการใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ เช่น อสม. Care Manager ชมรมผู้สูงอายุ และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลหัวเรือ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัย HIPI Study[5] ที่ยืนยันว่าการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านสามารถลดการบาดเจ็บจากการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายควบคู่กับการปรับสภาพแวดล้อม[8]

ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพร่างกายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย 4 เดือน พบว่าคะแนนการทดสอบ 9 สถานีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) โดยเฉพาะการลุก-เดิน-นั่งไปกลับ ความแข็งแรงของแขนและขา ความยืดหยุ่น และการทรงตัว สะท้อนประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (resistance exercise) ต่อการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและความมั่นคงในการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าการออกกำลังกายแบบเพิ่มแรงต้านและฝึกการทรงตัวสามารถลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุได้[17]

การใช้กระบวนการ PAR ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบและขับเคลื่อนกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของโมเดลในระดับตำบล และสามารถบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้อุบัติการณ์การหกล้มในช่วง 6 เดือนจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ปัจจัยเสี่ยงเชิงกายภาพและสิ่งแวดล้อม ยังคงมีอยู่สูงโดยเฉพาะปัญหาการมองเห็นและการเคลื่อนไหวบกพร่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันที่บูรณาการหลายมิติ และอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ และเป็นต้นแบบเชิงระบบที่สามารถขยายผลในบริบทชุมชนกึ่งเมืองอื่น ๆ ได้ ดังนั้นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ จึงมีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และมีศักยภาพในการลดความเสี่ยงการหกล้มในระดับปฐมภูมิอย่างยั่งยืน ทั้งในมิติบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าแม้อุบัติการณ์การหกล้มในช่วง 6 เดือนอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 4.5) แต่ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 57.8) ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 52.0) และภาวะการรู้คิดบกพร่องบางส่วน นอกจากนี้ การหกล้มส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน โดยเฉพาะห้องนอนและช่วงเวลากลางคืน สะท้อนความสำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมร่วมกับปัจจัยทางกายภาพ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิด “ปรับคน–ปรับบ้าน–ปรับพฤติกรรม” และการเสริมสร้างสมรรถภาพด้วยการออกกำลังกายแบบแรงต้าน สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวทางบูรณาการในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะ ควรขยายผลรูปแบบดังกล่าวสู่ระดับตำบลอื่น โดยบูรณาการการคัดกรองความเสี่ยง การปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน และการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาระบบติดตามระยะยาวเพื่อลดการหกล้มซ้ำและเสริมสร้างความยั่งยืนของมาตรการป้องกันในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Falls are the second leading cause of unintentional injury deaths worldwide. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
2. กรมควบคุมโรค. (2561). รายงานการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มต่อประชากรหนึ่งแสนคน. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, ประเทศไทย.
3. กรมควบคุมโรค. (2564). สถิติการประสบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจนถึงแก่ชีวิตในบ้านผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2560–2562. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่คาดการณ์แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุและโครงสร้างประชากร.
5. Keall, M.D., Pierse, N., Howden-Chapman, P., Cunningham, C., Cunningham, M., Guria, J., et al. (2015). Home modifications to reduce injuries from falls in the home injury prevention intervention (HIPI) study: a cluster-randomised controlled trial. Lancet (London, England). 385(9964): 231–238. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61006-0
6. นงนุช วงศ์สว่าง กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ ธนะวัฒน์ รวมสุก. (2564). การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุ: บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน.วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 1(1): 80-89.
7. Cruz-Jentoft, A.J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., et al. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis, Age and Ageing. 48(1):16–31. https://doi.org/10.1093/ageing/afy169
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner: Doing critical participatory action research. 3rd ed. Springer; 1988.
9. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เข้าถึงได้จาก: https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021
10. สุภาพ อารีเอื้อ พิชญ์ประอร ยังเจริญ. (2562). แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิดฉบับภาษาไทยการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. นพมาศ อุตะมะ. (2558). ความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก. วารสารพยาบาล. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 42: (61-71).
12. เพ็ญรุ่ง วรรณดี. (2563). การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.14(34): (126-141).
13. Medley A, Thompson M. (2005). Usefulness of variations of the Timed Up and Go in geriatrics. Phys. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics. 23: 1-23.
14. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
15. กรมควบคุมโรค. (2561). รายงานการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มต่อประชากรหนึ่งแสนคน. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ประเทศไทย.
16. Boonkhao, L., Puangjan, K., Ouengprasert, I., Laosupap, K., Bootsorn, A., Junsiri, S., et al. (2024). Home Environmental Factors Associated with Falls Among Elderly in Ubon Ratchathani, Thailand. Journal of multidisciplinary healthcare. 17: 1363–1373. https://doi.org/10.2147/JMDH.S456128
17. Sherrington, C., Fairhall, N.J., Wallbank, G.K., Tiedemann, A., Michaleff, Z.A., Howard, K., et al. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. British Journal of Sports Medicine. 54(15): 885–891. https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

The development of dependent elderly oral health care model with the participation of village health volunteers in Ban Kruat district, Buriram province.

(Received: February 22,2026 ; Revised: February 25,2026 ; Accepted: February 27,2026)

รัฐนนท์ เนือนสกุล[1]
Rattanon Nuansakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 35 คน และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึง มกราคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired T-test โดยกำหนด ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกิจกรรม 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 4) การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6) การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7) การติดตามผ่านระบบ Teledentistry หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ พฤติกกรมการดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to study the development of dependent elderly oral health care model with the participation of village health volunteers in Ban Kruat district, Buriram province. Based on PAOR cycle (Plan–Action–Observation–Reflection). The samples consisted of 2 groups: 1) 35 samples from network participants and 2) 300 samples from village health volunteers. Quantitative data was collected by the questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between September 2025 to January 2026. 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 developed model comprised 7 main components: 1) Oral health assessment, 2) Individual care plan & implementation 3) Local administrative support 4) Capacity building for caregivers 5) Networking & professional collaboration 6) Referral system and 7) Telemonitoring & consultation. Post-implementation of the model resulted the overall level of knowledge, practices and participation in oral health care for dependent elderly showed a statistically significant improvement, as compared to the pre-intervention (p-value<0.001).

Keyword : oral health care for dependent elderly, participation, village health volunteers

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่เพิ่มสัดส่วนขึ้นนั้นอาจมีสาเหตุสำคัญมาจากทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีขึ้น ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา[1] การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งปัจจุบันพบว่าร้อยละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง แต่ยังคงต้องให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 7,229,001 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.09[2] เขตสุขภาพที่ 9 มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยาวในปี 2565 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.21 ผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลและจัดทำ Care plan ร้อยละ 95.15 และการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)[3] ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐ ในแต่ละพื้นที่มีกองทุนตำบลให้การสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อให้ได้รับสิทธิการบริการด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัด ตามประเภทและกิจกรรมบริการ ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคม รวมไปถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก[4]

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะปากและฟันที่สะอาดจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด ไม่มีกลิ่นปาก กินอาหารได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าสุขภาพช่องปากที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมโรคเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคปริทันต์อักเสบและโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก รวมถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ การดูแลสุขอนามัยช่องปากที่เหมาะสม สม่ำเสมอร่วมกับการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกจะช่วยลดโรคชะลอความเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80-85 ปี สถานการณ์การมีฟันถาวรใช้งาน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีฟันถาวรเฉลี่ย 19.6 ซี่ต่อคน ร้อยละ 60.9 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และ ร้อยละ 43.7 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีฟันถาวรเฉลี่ย 11.7 ซี่ต่อคน ร้อยละ 27.7 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และร้อยละ 15.7 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ[5]

จังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน พ.ศ. 2566 - 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์มีนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลในกล่มผู้สูงอายุติดเตียงจึงทำให้บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มดังกล่าวมากยิ่งขึ้น มีการวางแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกันกับทันตบุคลากร จากผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลพบว่า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล แต่ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในบางพื้นที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ตามแผนการดูแลที่วางไว้ เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายความซับซ้อนทั้งด้านร่างกายและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้[6] กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบ้านกรวดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ได้ดำเนินงานด้านภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาอย่างต่อเนื่องพบว่าขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมครอบคลุม ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อชะลอการเกิดโรคและความเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และวางระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อีกทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการนำรูปแบบพัฒนาและขยายพื้นที่ตามแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[7] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 1,403 คน ประกอบด้วย 1) ทันตแพทย์ 2) ทันตาภิบาล 3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) 4) ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข สสอ. 5) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข อบต. 6) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข สสอ. เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)[8] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random

Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 300 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่องว่างตามความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6) ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 7) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[9] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการเลือกใช้อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก 2) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และ 3) ด้านการเข้ารับบริการทันตสุขภาพ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.92 และ 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.93 และ 3) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.95 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือน มกราคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประสานงานกลุ่มตัวอย่าง

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) จัดสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบ และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ 1. การตรวจสุขภาพ ช่องปาก 2. การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลและดำเนินการ 3. การสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 4. การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5. การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6. การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7. การติดตามผ่านระบบ Teledentistry

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนตรวจสอบ ติดตาม ให้คำแนะนำ สนับสนุนการปฏิบัติงาน และรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามและสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมการดูแล และระดับการมีส่วนร่วม 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) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อ อันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรอง

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-093 รับรองระหว่างวันที่ 19 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 18 สิงหาคม 2569

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมี 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 4) การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6) การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7) การติดตามผ่านระบบ Teledentistry รูปแบบที่มีกิจกรรม 7 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงรุกในชุมชนที่ขับเคลื่อนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการบูรณาการตั้งแต่การคัดกรอง วางแผนรายบุคคล ดำเนินการ สนับสนุนทรัพยากร พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ส่งต่อ และติดตามผ่านเทคโนโลยี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืนในระดับชุมชน

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมคำแนนความรู้มาหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 16.67, S.D.=1.98) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=300)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	10.67	1.94	ต่ำ	16.67	1.98	ปานกลาง	5.82-6.17	67.063	<0.001*

*p-value<.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.19 S.D.=0.38) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=300)

พฤติกรรม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านการเลือกใช้อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก	1.98	0.43	น้อย	2.23	0.45	ปานกลาง	0.21-0.29	12.203	<0.001*
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	1.91	0.45	น้อย	2.10	0.50	ปานกลาง	0.14-0.22	9.287	<0.001*
ด้านการเข้ารับบริการ ทันตสุขภาพ	2.01	0.46	ปานกลาง	2.23	0.48	ปานกลาง	0.17-0.25	10.818	<0.001*
ภาพรวม	**1.97**	**0.31**	**น้อย**	**2.19**	**0.38**	**ปานกลาง**	**0.19-0.24**	**16.878**	**<0.001***

**p*-value<.05

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับทานกลาง ($\bar{X}$=2.52 S.D.=0.38) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=300)

การมีส่วนร่วม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.00	0.32	ปานกลาง	2.21	0.38	ปานกลาง	0.18-0.23	14.254	<0.001*

**p*-value<.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 4) การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6) การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7) การติดตามผ่านระบบ Teledentistry กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ พฤติกกรมการดูแล และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง พบว่า ระบบการดูแลประกอบด้วย 1) ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง 2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุเข้าโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 3) ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4) วางแผนดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล 5) ของบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น 6) พัฒนาความรู้และทักษะการแนะนาการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 7) ดูแล

และติดตามสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล และ 8) ใช้เทคโนโลยีเพื่อติดต่อสื่อสาร[11] สะท้อนให้เห็นว่านอกจากการคัดกรอง ประเมิน และวางแผนการดูแล การใช้เทคโนโลยีทั้งระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย การให้คำปรึกษาที่อย่างชัดเจน เป็นกลไกสนับสนุนการปรึกษาทันตบุคลากรแบบเป็นระบบ ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ชนบท และเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการตัดสินใจรักษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงรา พบว่า ระบบการดูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 1) คัดกรอง ADL ผู้สูงอายุ 2) การประเมินสุขภาพช่องปาก 3) จัดทำแผนการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล (Care Plan) โดยทีมทันตบุคลากร 4) เข้าถึงกระบวนการรักษา ฟื้นฟูเบื้องต้น 5) การรักษาและฟื้นฟูเฉพาะราย และ 6) การส่งต่อบริการและกลับมาดูแลที่บ้าน[12] ประเด็นสำคัญของการดูแลคือการเริ่มต้นจากการคัดกรองและประเมินสภาพผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลโดยอาศัยข้อมูลเชิงประเมิน การจัดระบบการรักษาและฟื้นฟูที่เหมาะสมตามระดับปัญหา และการพัฒนาระบบส่งต่อ และสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทักษะความสามารถ หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งรายด้านและโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.80, SD = 0.51) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยคู่มือการอบรมที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ได้และควรมีการทบทวนเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะผ่านกระบวนการอบรมอย่างเป็นระบบ โดยมีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถเสริมสร้างศักยภาพ ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านความถูกต้องของการดูแล ความต่อเนื่อง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ[13] ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ในครั้งนี้ รูปแบบที่ได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ตลอดจนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ (cognitive domain) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (behavioral domain) อย่างเป็นรูปธรรม การเพิ่มขึ้นของระดับการมีส่วนร่วมยังสะท้อนถึงความสำเร็จของกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม (participatory approach) ที่เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล ครอบครัว และภาคีเครือข่าย เข้ามามีบทบาทร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของระบบการดูแล อย่างไรก็ตามควรมีการทบทวน ปรับปรุง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานให้ทันต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบการดูแลระยะยาวเป็นองค์ประกอบสำคัญภายใต้การกำกับของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนทั่วประเทศ และมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะด้าน

สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน

2) ควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลโดยกำหนดหลักสูตรอบรมมาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสนับสนุนการทบทวนองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสมรรถนะและคุณภาพการปฏิบัติงาน

3) ควรมีนโยบายกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม และสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล เพื่อให้การใช้ Teledentistry เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสาธารณสุข นำรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปประยุกต์ให้กับบริบทพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานมีความชัดเจนมากขึ้น และตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละบุคคล

2) บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

3) เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในการการหาแนวทางเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษากึ่งทดลองเพื่อเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบกับพื้นที่ที่ไม่ใช้รูปแบบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลเชิงประจักษ์

2) ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีรูปแบบการใช้ Teledentistry หรือ แอปพลิเคชันสุขภาพสำหรับการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการประเมินทั้งประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ

เอกสารอ้างอิง

1.กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ.(2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1/926

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th

3.กรมอนามัย.(2566). ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/

4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

5.สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานการเข้าถึงบริการทันตกรรม ผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปาก และจัดทำ Oral care plan [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://hdcbr.moph.go.th/kpi_monitor/index.php?floder=kpi&service=kpiprov67

7.Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press.
8.Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley.
9.Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay.
10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
11. ชิสา ตัณฑะกูล, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์, วรรธนะ พิธพรชัยกุล.(2565). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2565;16(3):193–206.
12.รุจิรา แสนดี.(2568). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2568;2(2):57–73.
13.ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, อรนุช ชูศรี.(2568). การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2568;8(1):157–169.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา

Nursing care for patients with end-stage liver cancer: A case study.

(Received: February 26,2026 ; Revised: February 27,2026 ; Accepted: February 28,2026)

อุมาภรณ์ เจริญสลุง[1]
Umaporn Charoensalung[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนของโอเร็ม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และดำเนินการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองคือ “การตายดี (good death)"

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ประกอบไปด้วย Advance decisions ความต้องการรับหรือไม่รับ การดูแลรักษาเมื่อถึงระยะสุดท้าย/ทุกข์ทรมานจากโรคเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง คือ การไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กดนวดหัวใจ แพทย์ผู้ดูแลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยเขียนพินัยกรรมชีวิต “ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กดนวดหัวใจ” วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งต่อการดูแลเมื่ออยู่ชุมชน วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จัดบริการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ชุดให้ออกซิเจน และส่งข้อมูลให้กับทีมเยี่ยมบ้าน และทีมสุขภาพในชุมชนสำหรับการติดตามการเยี่ยมหลังจำหน่าย จากนั้นติดตามประเมินผลการดูแลเป็นระยะๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต จนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามเยี่ยมญาติผู้ป่วยหลังเสียชีวิต

คำสำคัญ การพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งตับ ระยะสุดท้าย

Abstract

This study was case study. The objective is to study the nursing care of patients with end-stage liver cancer. Tools used for data collection. These include records of information from medical records, symptoms and signs, current medical history, past medical history, medication history, surgery, lifestyle patterns and health behaviors, laboratory test results, and results of other special tests. The data is then analyzed to determine nursing diagnoses according to Orem's model. And using Gordon's health model, develop a nursing intervention plan using the nursing process, and conduct follow-up evaluations of the nursing intervention plan. It improves the quality of life for patients and their families according to their illness, ultimately achieving the goal of palliative care for terminally ill patients "A good death".

The study results showed that the patient had a self-care plan prepared in advance. It consists of advance decisions—the desire to accept or reject. End-of-life care/caring for those suffering from an illness and unable to make their own decisions. This means not intubating or performing cardiopulmonary resuscitation. The attending physician will inform the patient and their family about the change from the treatment plan to palliative care. The patient wrote a living will stating, "No intubation, no cardiopulmonary resuscitation." Plan ongoing care in collaboration with a multidisciplinary team to facilitate the transfer of care into the community. Plan for patient discharge to prepare the patient and their family. Telephone consultations are provided, and necessary medical equipment is loaned out. For example, providing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม

oxygen kits and sending information to the home visit team and community health team for follow-up after discharge. The care provided is then periodically evaluated from the time the patient is alive, at the time of death, and even after death, including follow-up visits to the patient's relatives after the patient's passing.

Keyword: Nursing care, liver cancer patients, Palliative care

บทนำ

มะเร็งตับปฐมภูมิชนิด hepatocellular carcinoma (HCC) เป็นโรคที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยทั่วโลก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก และ International Agency for Research on Cancer แสดงให้เห็นว่าในเพศชาย มะเร็งตับพบได้ร้อยละ 7.9 สูงเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับในผู้ป่วยทั่วโลก ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซีเรื้อรัง และตับแข็งจากสาเหตุต่าง ๆ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดมะเร็งตับในประเทศไทย โดยพบคนไทยตรวจพบเป็นเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีมากกว่า 6 ล้านคน นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งพบว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์สูงมากเป็นอันดับ 5 ของโลก การเกิดมะเร็ง (Carcinogenesis) เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์ปกติ ที่เป็นองค์ประกอบทั่วไปของร่างกายมนุษย์แต่เซลล์เหล่านั้น เกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีลักษณะและพฤติกรรมเฉพาะที่แตกต่างไปจากเซลล์ปกติจากข้อมูลที่ได้รับจากการค้นพบเซลล์มะเร็งต้นกำเนิด (cancer stem cell)[1]

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล[2] (Palliative team) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยเครื่องมือ Palliative Performance Scale (PPS) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ระยะคงที่(stable) PPS = 70-100% ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) PPS = 40-60% ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต(end of life) PPS = 10-30% เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองใช้สื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาเพื่อวางแผนการดูแลรักษาและใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล

1.ประเมินการรับรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วย ญาติสายตรง หรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วย

2.ประสานทีม palliative care จัดทำ Family meeting โดยแพทย์เป็นผู้แจ้งรายละเอียด การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา/การให้ยา strong opioid เน้นผู้ป่วยเป็นหลักในการเลือกทางเลือกในผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวดี กรณีที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรืออยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์ผู้ดูแลจะให้คำปรึกษาแก่ญาติ และลงบันทึกใน progress note เกี่ยวกับผลการปรึกษาร่วมกับญาติในการรักษา พยาบาลบันทึกในกิจกรรมการพยาบาลและให้ญาติลงนามในใบยินยอมรับการรักษาไว้เป็นหลักฐาน

3.ทำความตกลงเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) สิ่งสำคัญในการเลือกวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทุกฝ่ายควรคำนึงร่วมกันคือ 3.1 ควรมีการสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลรักษาอย่างไรเช่นแบบแพทย์แผนปัจจุบันแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือแบบผสมผสานหรือไม่บำบัดด้วยวิธีใดเลยหรืออื่นๆ 3.2 ต้องการอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลหรือผสมผสาน 3.3 เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงจะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ยื้อชีวิตหรือไม่ เช่น การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู.การกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆที่ช่วยให้อวัยวะต่างๆทำงานต่อไปได้ผู้ป่วยจะมอบหมายให้ญาติคนใดทำหน้าที่ตัดสินใจแทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ 3.4 วิธีการที่จะดูแลผู้ป่วยทางด้าน

จิตใจสังคมและเศรษฐกิจเช่นระบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของทีมดูแลการจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วยใครจะเป็นผู้ดูแลการดูแลค่าใช้จ่ายเพราะบางครอบครัวอาจมีปัญหาเนื่องจากฐานะยากจนหรือผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลัก

4.ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิตด้วยการจัดการกับอาการรบกวนครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมตามแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานวิชาชีพใช้แบบประเมิน ESAS ประเมินอาการรบกวนเมื่อค่าคะแนนมากกว่า 4 ปรึกษาแพทย์เพื่อให้การดูแลบรรเทาอาการบกวนเหล่านั้น

5. พยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้การประคับประคองด้านจิตใจ และให้บริการปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการต่างๆ ที่ไม่ขัดต่อกฎระเบียบ พร้อมทั้งบันทึกความต้องการของครอบครัวและผลการปฏิบัติกิจกรรมในบันทึกทางการพยาบาล โดยพยาบาลสอบถามความต้องการในเรื่องของกิจกรรมจากญาติสายตรง/ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย 5.1 ให้การดูแลผู้ป่วยและให้ความเคารพนับถือในความเป็นบุคคล และพูดกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล 5.2 ประสานทีม Palliative care เพื่อรับฟังปัญหา/ความต้องการเพิ่มเติมของผู้ป่วยและญาติ และตอบสนองตามความเหมาะสม 5.3 เมื่อเข้าระยะ end of life care จัดสถานที่ สนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกัน ให้ผู้ป่วยได้อยู่กับญาติ และทำกิจกรรมตามความต้องการโดยจัดให้อยู่ห้องพิเศษ ไม่คิดค่าห้องและควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้โอกาสนี้ทำเรื่องดีๆ ทั้งต่อตนเองและญาติ และสะสางเรื่องที่ค้างคาใจอยู่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจกับภาวะของโรควิธีการรักษา รวมถึงให้ความร่วมมือกับทีมผู้ดูแลและญาติในการรักษาพยาบาล เช่น การกินยา การปฏิบัติดูแลตนเอง ควรสังเกตอาการที่ประสบทางร่างกายและบอกอาการตามที่เป็นจริงแก่ญาติหรือทีมผู้ดูแลโดยไม่ปิดบัง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา

ศึกษาในหญิงไทย อายุ 56 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 28 สิงหาคม 2568-5 กันยายน 2568

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ 56 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป

อาการสำคัญ

เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ปวดท้อง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีแรง

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 4-5 ครั้งต่อวัน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

มีมารดาและพี่สาวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ บิดาเสียชีวิตด้วยโรคชรา พี่ชายและน้องชายปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง

การประเมินสภาพร่างกาย[3]

ผู้ป่วยมาด้วยรถนอน รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง ท่าทางอ่อนเพลีย ตรวจร่างกายเบื้องต้นพบ ใบหน้าไม่บวม คอคลำไม่พบก้อน ผิวหนังและตาเหลือง เปลือกตาซีด ทรวงอกขยายเท่ากัน ฟังปอดพบเสียงผิดปกติ Decrease breath sound Both Lung ท้องบวมโต คลำพบตับโต 2 finger base เส้นรอบท้อง 89 เซนติเมตร ขาและเท้าบวมกดบุ๋มทั้ง ๒ ข้าง Pitting edema +2 ประเมิน Pain score 8 คะแนน Palliative performance scale (PPS) 50 % สีหน้าวิตกกังวล น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร รูปร่างผอม BMI 14.17 สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจเร็วตื้น ความดันโลหิต 132/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 28 สิงหาคม 2568

BUN Cr ปกติ LFT ค่า SGOT (AST) 122 IU/L SGPT (ALT) 93 IU/L Alkaline phosphatase 210 IU/L Cholesterol 374 mg/dl LDL 312 mg/dl Triglyceride 65 ตรวจ CBC พบ WBC 8,900 cell/uL N.74 % L.19 % Platelet count 243,000 cell/uL Hct 24.8% ตรวจปัสสาวะพบ white blood cells 10-20 (/HP) red blood cells 3-5 (/HP) Electrolyte ค่า Sodium 128.8 mmol/L Potassium 3.04 mmol/L จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ แบบองค์รวม (Holistic care) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) เมื่อพิจารณารายด้าน (ธีระชล สาตสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2560 อ้างใน ธีระชล สาตสิน และคณะ, 2564)

พฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ แบบองค์รวม (Holistic care)	ข้อมูลจากกรณีศึกษา
ด้านร่างกาย	เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย
ด้านจิตใจ	ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง เนื่องจากมีการเตรียมตัวด้านจิตใจมาอย่างดี ได้รับกำลังใจจากครอบครัว
ด้านสังคม	ขณะพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านผู้ป่วยได้ไปพบปะญาติพี่น้องอยู่เสมอ และมีผู้มาเยี่ยมอยู่เสมอ
ด้านจิตวิญญาณ	ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือพระพุทธศาสนา ยึดหลักคำสอนของพระพุทธเจ้ามาปฏิบัติ

สรุปอาการ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย ไข้ ปวดท้อง ปวดตามร่างกาย อาเจียน อ่อนเพลียไม่มีแรง ดูแลวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาทีหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท

จากกรณีศึกษาพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการวางแผนให้การพยาบาลตามหลักการของกระบวนการพยาบาล เพื่อการบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[2,3,4]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงร่วมกับมีภาวะชีด	**การพยาบาล** เฝ้าระวังสังเกตอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง การเปลี่ยนแปลงของสีผิว บันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจนแคนูล่า 4 ลิตร/นาที และเปลี่ยนเป็น mask with bag 8 ลิตร/นาที อย่างเพียงพอ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยนอนหงายศีรษะสูงประมาณ 45 องศา ชันเข่าและงอสะโพก ท่านี้จะทำให้อวัยวะในช่องท้องและกระบังลมหย่อนตัวทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ มีผลทำให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้นและการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมจะดีขึ้น แนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าเมื่อมีอาการเหนื่อยให้หยุดทำกิจกรรม นอนพักผ่อนที่เตียง สอนวิธีการฝึกหายใจเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย โดยการหายใจยาวๆแล้วค่อยผ่อนการหายใจออก ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือดและส่วนประกอบเลือดทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำก่อนให้เลือด เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนขณะให้เลือดและหลังให้เลือด ติดตามผลการตรวจ Hct **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90-102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 mmHg ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-98% จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและเงียบสงบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและลดการใช้ออกซิเจน
ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะท้องมาน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง	**การพยาบาล** ประเมินอาการบวมของท้องและขาทั้ง 2 ข้าง เวรละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินในร่างกาย ฟังปอด ฟังเสียงหัวใจ บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง สังเกตภาวะหายใจลำบาก จำกัดน้ำตามแนวทางการรักษาไม่เกินวันละ 1 ลิตร ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงจากยาขับปัสสาวะเช่น อ่อนแรง ตะคริว **การประเมินผล** มีอาการเหนื่อยแน่นท้องมากขึ้น หายใจไม่สะดวก วัดรอบท้องได้ 94 เซนติเมตร เพิ่มจากเดิม 5 เซนติเมตร รายงานแพทย์วางแผนเจาะท้อง ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากไม่เคยเจาะท้อง ให้ข้อมูลแผนการรักษาพยาบาลและขั้นตอนการปฏิบัติ เจาะระบายน้ำในช่องท้อง 1,200 มิลลิลิตร หลังเจาะท้องผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแน่นท้อง ยังมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะท้อง ไม่มีภาวะช็อคจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย ไม่มีเลือดออกในช่องท้อง และไม่พบอาการติดเชื้อในช่องท้อง อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/58 มิลลิเมตรปรอท ทุเลาเหนื่อย ลดความวิตกกังวล
ปัญหาที่ 3 ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ	**การพยาบาล** ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ให้การพยาบาลโดยใช้หลักเทคนิคปราศจากเชื้อ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเช้าเย็นและหลังขับถ่าย ญาติที่เป็นไข้หวัดหรือป่วยด้วยโรคติดเชื้อให้งดเยี่ยมและอยู่ห่างจากผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ แนะนำรับประทานแนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ผ่านการปรุงสุกด้วยความร้อน หลีกเลี่ยงผักสด อาหารหมักดอง แนะนำอาหารที่มีแคลอรี่และโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายและเสริมสร้างระบบภูมิต้านทาน ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสระหว่างบุคคล (Cross infection) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ ในร่างกาย ไม่มีปัสสาวะแสบขัด อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.9-37.3 องศาเซลเซียส ผลการตรวจปัสสาวะปกติ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[2,3,4]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 4 ภาวะไม่สมดุลสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากภาวะของโรคตับแข็งร่วมกับมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย	**การพยาบาล** ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก บันทึกและติดตามอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการสูญเสียน้ำและเกลือแร่อย่างรุนแรง เช่น กระหายน้ำ ซึม สับสน หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี ผิวแห้ง ปากแห้ง มีการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ ความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ปัสสาวะลดลงและมีความถ่วงจำเพาะสูงกว่าปกติ หากพบความผิดปกติให้รายงานให้แพทย์ทราบ และสังเกตอาการที่เกิดจากภาวะน้ำเกิน เช่น บวม ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู เป็นต้น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้ป่วย ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ ให้เกลือแร่โปแทสเซียม อีลิกเซอร์ 30 มิลลิลิตรทุก 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง และจำกัดน้ำเข้าตามแผนการรักษา แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ได้แก่ ส้ม กล้วย เป็นต้น **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระหายน้ำ ซึม สับสน หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับโซเดียมในเลือด 134.2 mmol/L ระดับโปแทสเซียมในเลือด 3.51 mmol/L
ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดทั่วร่างกาย ปวดท้อง ปวดตามแขนขาทั้ง 2 ข้าง และรู้สึกเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม	**การพยาบาล** ประเมินอาการผู้ป่วย แนะนำการบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยา โดยนอนในท่าศีรษะสูง การทำสมาธิบำบัด แบบฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ SKT 8 (relaxation technique) นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์คือ Morphine 1 tab oral ทุก 6 ชั่วโมง ติดตามผลการใช้ยาและผลข้างเคียงหลังการใช้ยา ติดตามผลการระงับปวดและประเมินความปวด(อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจนผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด จัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก จัดให้ได้นอนพักผ่อนในตอนกลางวันเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ มีการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา ใช้แผ่นประคบร้อน/เย็น และการนวด ประเมิน Pain score โดยใช้ verbal numeric rating scales เท่ากับ 8 คะแนน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การดูแล และการรักษาอาการปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และการจัดการกับความปวดอย่างถูกวิธี **การประเมินผล** หลังให้การพยาบาล Pain score เท่ากับ 3 คะแนน ผู้ป่วยลดอาการปวดเกิดความสุขสบาย ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้มากขึ้น
ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการจัดการกับอาการปวดด้วยการใช้ยา Morphine	**การพยาบาล** อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผลการใช้ยาแก้ปวด Morphine ในการบรรเทาอาการปวด สอนวิธีการประเมินระดับความปวด โดยการใช้ Pain score ลงบันทึกในสมุดคู่มือตั้งแต่ระดับความปวด 1-10 คะแนน สอนวิธีผ่อนคลายความเจ็บปวด โดยการนอนในท่าศีรษะสูง หายใจเข้าออก ช้า ๆ ลึก ๆ การสวดมนต์และฟังเทปธรรมะ เมื่อจัดการความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล และ Pain score > 5 ขึ้นไปให้ผู้ป่วยรับประทานยาเม็ด Morphine 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมงต่อเนื่องกัน อธิบายญาติสังเกตอาการข้างเคียงของยา Morphine ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ผื่นคัน หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดยาและแจ้งแพทย์ทันที หลังผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine แนะนำให้ญาติประเมิน Pain score และลงบันทึกอาการก่อนและหลังการได้รับยา **การประเมินผล** จากการสอบถามผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องและใช้ยา Morphine 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมงต่อเนื่องกันตามแผนการรักษา
ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากเบื่ออาหาร ผู้ป่วยบ่นคลื่นไส้	**การพยาบาล** ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทานได้ อธิบายให้ทราบว่าอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากโรคถึงแม้จะมีอาการดังกล่าว อาหารยังจำเป็นสำหรับร่างกายและมีผลต่อการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาหาร ประกอบกับวางแนวทางการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากและทำความสะอาดช่องปาก ก่อนและหลังรับประทานอาหารหรือหลังอาเจียนทุกครั้ง แนะนำญาติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง ใน 1 วัน จากที่

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล[2,3,4]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รับประทานอาหารเพียงวันละ 2 มื้อ ให้เพิ่มเป็น 4-6 มื้อต่อวัน โดยเน้นอาหารที่มีโปรตีนสูง เนื้อ นม ไข่ ให้เพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกาย พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง รสจัด อาหารที่มีมันมาก แนะนำญาติผู้ป่วยในการจัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารให้ดูสดชื่น สะอาด น่ารับประทานและเป็นที่ชื่นชอบของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้หรือได้น้อยมาก แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนผสมของสารอาหารให้ครบถ้วนแนะนำให้ดื่มน้ำขิง น้ำส้ม น้ำมะนาว เป็นต้น โดยให้จิบบ่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะน้ำขิงจะช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้เป็นอย่างดี ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อติดตามว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่ ให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ Plasil 1 เม็ด 3 เวลาก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น ประเมินผลข้างเคียง ได้แก่ กระสับกระส่าย ง่วงซึม **การประเมินผล** ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย 7-8 ช้อนต่อมื้อ ประมาณ 4 มื้อต่อวัน ประมิน ESAS เท่ากับ 72 คะแนน
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค	**การพยาบาล** ดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการพูดคุยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกด้วยความตั้งใจ ให้การพยาบาลที่นุ่มนวลและมีท่าทีเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ไหว้พระ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรคแผนการรักษาและความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาลและให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้นประเมินความต้องการและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้คำแนะนำในการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) ประชุมปรึกษาหารือกับครอบครัว (family meeting) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวกับแผนการรักษา ดูแลประเมิน ST- 5 ซ้ำ **การประเมินผล** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง พูดคุยระบายความรู้สึก สีหน้าสดชื่น ประเมิน ST- 5 เท่ากับ 9 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น เนื่องจากได้รับกำลังใจจากครอบครัว

สรุปและอภิปรายผล

ในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ทุเลาเหนื่อย รับประทานอาหารได้มากขึ้น อาการปวดแน่นท้องลดลง ขับถ่ายได้ นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น แพทย์อนุญาติให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ประกอบไปด้วย Advance decisions ความต้องการรับหรือไม่รับ การดูแลรักษาเมื่อถึงระยะสุดท้าย/ทุกข์ทรมานจากโรคเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง คือ การไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กดนวดหัวใจ แพทย์ผู้ดูแลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยเขียนพินัยกรรมชีวิต “ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กดนวดหัวใจ” วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งต่อการดูแลเมื่ออยู่ชุมชน จากนั้นติดตามประเมินผลการดูแลเป็นระยะๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิตจนถึงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามเยี่ยมญาติผู้ป่วยหลังเสียชีวิต[3,4,5]

ข้อเสนอแนะ

1. จัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) และพัฒนาความรู้ความสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน ทบทวนความรู้ทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอใน

การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน

2. สร้างความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจในการดูแผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ให้กับญาติและผู้ดูแล ให้คำแนะนำในการเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของญาติและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย.(2564). แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564 (ฉบับปรับปรุง) Thailand Guideline for Management of Hepatocellular Carcinoma 2021.; 2564.

2.พรศิริ พันธสี.(2563). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 23). พิมพ์อักษร; 2563.

3.ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์, พรพรรณ ภูสำหัส, สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ.(2563). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล: การตรวจร่างกาย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิมพ์ดีการพิมพ์; 2563.

4.รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข.(2559). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

5.อรพรรณ ฟูมณีโชติ.(2560). เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. สงขลานครินทร์ เวชสาร; 2560; 35(4), 399-406.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา

Nursing Care of a Complex Case of Ischemic Stroke due to Thrombotic Occlusion with Acute Pyelonephritis and Comorbid Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension.

(Received: February 24,2026 ; Revised: February 27,2026 ; Accepted: February 28,2026)

แสงเพชร แก่นดี[1]
Saengphet Kaendee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันร่วมกับกรวยไตอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคือเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อนำองค์ความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา แผนการรักษา และทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนากระบวนการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิง 1 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปราสาท ด้วยการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันและกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ภายหลังจำหน่ายกลับพักฟื้นที่บ้านในตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านระหว่างวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2569 การประเมินปัญหาพบภาวะการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เสี่ยงต่อการสำลักจากการกลืนบกพร่อง การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับจากการเคลื่อนไหวจำกัด ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูง ภาวะข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการสื่อสารบกพร่อง พยาบาลชุมชนให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านรวม 3 ครั้ง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Marjory Gordon 11 แบบแผน การประเมินบริบทครอบครัวและชุมชนด้วย INHOMESSS และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea Orem เพื่อวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม ผลการดูแลพบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่เกิดการสำลัก แผลกดทับมีแนวโน้มดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้าน

Abstract

This study presents a nursing case study of a patient with ischemic stroke secondary to cerebral thrombosis complicated by acute pyelonephritis, with comorbid type 2 diabetes mellitus and hypertension. The objective was to apply knowledge of pathophysiology, medical management, and nursing theories to community-based care in a subdistrict health-promoting hospital and to develop a continuing home-based nursing care process. The case involved a female patient who was admitted to Prasat Hospital with a diagnosis of ischemic stroke and acute pyelonephritis. Following hospital discharge, she received home-based rehabilitation in Chuea Phloeng Subdistrict, Prasat District, Surin Province. Home visits were conducted from August 11, 2025, to January 20, 2026. Nursing assessment identified decreased cerebral perfusion due to vascular occlusion, risk of aspiration related to dysphagia, urinary tract infection, pressure injury secondary to immobility, risk of complications from hyperglycemia and hypertension, joint stiffness, muscle weakness, and impaired communication resulting from neurological deficits. Community nursing care included three home visits, utilizing Gordon's 11 Functional Health Patterns, the INHOMESSS framework for family and community assessment, and Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to guide comprehensive care planning. Outcomes demonstrated that the patient was able to safely resume oral intake without aspiration, pressure injuries showed improvement, and no complications related to hyperglycemia or uncontrolled hypertension were observed.

Keywords: nursing care; ischemic stroke; acute pyelonephritis; type 2 diabetes mellitus; hypertension; home visit

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุหากผู้ป่วยสามารถรับรู้สัญญาณอันตรายของโรค เข้าใจกลไกการเกิดโรค และเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราความพิการ และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ [1] อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าหรือมีโรคร่วมเรื้อรังหลายโรค อาจทำให้การดำเนินโรคมีความซับซ้อน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากมักมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง การอักเสบของผนังหลอดเลือด และการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง[2] นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างต่อเนื่องยังส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย ส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต และซ้ำเติมภาวะสมองขาดเลือดให้รุนแรงมากยิ่งขึ้น[3]

ในผู้ป่วยที่มีภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะพบความซับซ้อนของการดูแลรักษามากขึ้น ทั้งในด้านการควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางระบบประสาท ซึ่งต้องอาศัยการดูแลทางการพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญ และการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม[4,5] นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความพิการ มักมีภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง และขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ยาก และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของครอบครัว[2] การพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และการดูแลแบบองค์รวมตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล[6,7] จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และฟื้นฟูความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมหลายโรค โดยเฉพาะในระยะต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผ่านกระบวนการดูแลที่บ้าน (Home Ward) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน[4] ซึ่งจะช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจและหลอดเลือด ในปีงบประมาณ 2566–2568 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 64, 72 และ 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.50, 1.69 และ 1.69 ตามลำดับ[8] อีกทั้งยังพบแนวโน้มการเกิดโรคในกลุ่มอายุที่ลดลง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านการพยาบาลและการดูแลระยะยาว ดังนั้น ผู้จัดทำผลงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษากรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ที่มีภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก และยกระดับคุณภาพการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์พยาธิสรีรวิทยา แผนการรักษา และแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมหลายระบบอย่างเป็นองค์รวม

2. เพื่อพัฒนากระบวนการพยาบาลและแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต

วิธีการศึกษา

1. ศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จำนวน 1 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การประเมินสุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล และการสังเกตการณ์ในบริบทครอบครัว จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เปรียบเทียบกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค แนวทางการรักษาตามมาตรฐาน และกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายระบบ

3. ดำเนินกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การประเมินปัญหา ความต้องการ การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล การวางแผนกิจกรรมการพยาบาล การดำเนินการ และการประเมินผลลัพธ์

4. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์ และทรัพยากรสนับสนุนอื่น ๆ

5. จัดทำรายงานวิชาการเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ แก้ไข และเผยแพร่ผลงานวิชาการ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี สถานภาพสมรส สมรสแล้ว สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพค้าขาย ได้รับการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้านจากงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2568 **การประเมินสัญญาณชีพ** อุณหภูมิ 38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO_2) 98% น้ำหนัก 34.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 14.75 กิโลกรัม/เมตร^2 **วิเคราะห์:** ผู้ป่วยมีภาวะไข้ หายใจเร็ว ความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ และภาวะทุพโภชนาการรุนแรง

การตรวจร่างกายแบบ Head-to-Toe ลักษณะทั่วไป สีหน้าเฉยเมย ไม่สดใส ผิวแห้ง ศีรษะและใบหน้า : ไม่มีความผิดปกติชัดเจน ตา : ลืมตาเมื่อเรียก การมองเห็นลดลง หู : การได้ยินลดลง ต้องพูดเสียงดังใกล้หู ช่องปาก :ไม่มีฟัน สุขอนามัยช่องปากไม่ดี ทรวงอก : ทรวงอกสมมาตร ไม่มีมวลก้อน การเคลื่อนไหวทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจ แขนขา : แขนขาซ้าย Motor power grade 1 แขนขาขวา Motor power grade 3 มีภาวะข้อติดด้านซ้าย

การประเมินตามระบบ ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวแรกรับ E2V3M6 (GCS = 11 คะแนน) สอดคล้องกับภาวะบกพร่องทางระบบประสาทจากโรคหลอดเลือดสมอง ระบบหายใจ : หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที (tachypnea) ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ชีพจรสม่ำเสมอ 70–75 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำค่าขอบล่าง ระบบทางเดินอาหาร : ให้อาหารทางสายให้อาหาร (NG tube) อาหารเหลว 300 ซีซี วันละ 4 มื้อ ขับถ่ายอุจจาระ 2 วัน/ครั้ง ระบบผิวหนัง : ผิวแห้ง เหี่ยวย่น พบแผลกดทับบริเวณสะโพกใต้บั้นเอวทั้งสองข้าง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร ระดับ 2 ระบบทางเดินปัสสาวะ :คาสายสวนปัสสาวะขนาด 16 Fr ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณประมาณ 300 ซีซี

ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพ

หลายระบบที่สัมพันธ์กับโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน โดยพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง บ่งชี้การควบคุมโรคเบาหวานที่ยังไม่เหมาะสม ร่วมกับภาวะเม็ดเลือดขาวและนิวโทรฟิลสูง สอดคล้องกับกระบวนการอักเสบจากการติดเชื้อเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังตรวจพบค่า INR สูงผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก และพบภาวะโซเดียมต่ำในเลือด สะท้อนความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ที่อาจส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัวและการทำงานของระบบประสาท การแปลผลดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดแผนการรักษาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยรายรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด			
FBS (14 พ.ค.68)	70-99 mg/dl	155.34 mg/dl	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
FBS (11 ส.ค.68)	70-99 mg/dl	157 mg/dl	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
การตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC: (1 ก.ย.68)			
WBC	4,500-10,000 cell/µl	16,590 cell/µl	มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
Neutrophil	40-70 %	82 %	มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
Lymphocyte	20-40 %	9 %	
INR	0.8-1.1	9.1	มีภาวะเลือดแข็งตัวช้ามากผิดปกติ
Electrolyte panel in serum or plasma Creatinine (1 ก.ย.68)			
Na	135-145 mmol/L	127.74 mmol/L	ต่ำ

การติดตามเยี่ยมและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลปราสาท ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง ได้ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม Home Ward จากโรงพยาบาลปราสาท เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง วางแผนการพยาบาล และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ติดตามอาการผู้ป่วย จากการประสานงานของทีม Home ward รพ.ปราสาท ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกพบ ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ถามตอบค่อนข้างสับสน แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ข้างขวาปกติผลการประเมิน E1V3M6 ผู้ดูแลเล่าว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใส่สายให้อาหารทางสายยาง และคาสายสวนปัสสาวะ On canular 5 lit/min O^2 sat 99-100 น้ำหนัก 34.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 14.75 kg/m^2 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย เป็นบ้านชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงบริเวณเตียงและโดยรอบเตียงสะอาด สัมพันธภาพในครอบครัวดีมีบุตรคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ยารับประทานที่ได้รับกลับบ้านได้แก่ FOLIC acid 5 mg 1*1 pc/105 tabs Insulin glargine 300 u/3ml ฉีดใต้ผิวหนัง 12 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า PARACETAMAL 500mg 1*prn q 6 hrs LOSARTAN potassium tab .50 mg 1*1 PC /105 tabs. DAPAGLIFLOZIN (NED) 10mg 1*1 ac /105 tabs METFORMIN 500mg 1*2 PC/210 tabs. AMLODIPINE TAB 10 mg 1*1 PC /105 tabs. SIMVASTATIN 20mg 1*HS /105 tabs. TRANADOL CAP. 50 mg 1-PRN ปวดมากๆ q 6 hr. บุตรเป็นผู้ดูแลจัดยาและป้อนยา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100% แขนขาข้างซ้ายมีภาวะข้อติด Motor power grade2 แขนขาข้างขวา Motor power grade 5 มี ประเมิน ADL ได้ 5 คะแนน ระหว่างวันที่ไม่มีคนเฝ้าใกล้ชิดบุตรจะมีการยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา

สรุปปัญหาทางการพยาบาลมีดังนี้ ปัญหาที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัญหาที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจน ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการสำลัก ปัญหาที่ 4 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัญหาที่ 5 มีภาวะทุพโภชนาการ

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2568 ประเมินผู้ป่วยแรกพบผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียกถามตอบค่อนข้างสับสน แขนขาสั่งการได้ E1V3M6 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แผลกดทับที่เหนือสะโพก2ข้างขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แผลแดงดี ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า ให้อาหารทางสายยางโดยรับอาหารเหลวจากรพ.ปราสาท ได้วันละ 4 มื้อ ประมาณมื้อละ 250-300 ml. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การขับถ่ายอุจาระวันละ 1-2 ครั้ง คาสายสวนปัสสาวะไหลดี สีใสไม่มีตะกอน ประมาณ 400 ซีซี บริเวณที่อยู่อาศัย ลักษณะบ้านชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเสริมด้วยที่นอนลมในชั้นล่าง บริเวณเตียงและโดยรอบเตียงสะอาด สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีบุตรคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ยารับประทานที่ได้รับกลับ SIMETICONE (Air-X) 80 mg 1*3 PC/20 tabs. PARACETAMAL 500mg 1*PRN ไข้,ปวด q6hrs. Lactulose 10 g./15 ml.30 cc*hs PRN ไม่ถ่าย /2 OMEPRAZOLE CAP.20 mg 1*1 ac/20 caps. AUGMENTIN TAB 875/125 mg 1*2 PC/14caps. และยาหยอดตา Hydroxypropylmethycellulose 0.3% หยอดตาข้างที่เป็น *4 ครั้ง/2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% แขนขาข้างซ้าย Motor power grade 4 แขนขาข้างขวามีภาวะข้อติด Motor power grade 2 มีแผลกดทับที่สะโพกขวา ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แผลแดงดี ไม่มีแผลกดทับเพิ่มขึ้นในส่วนอื่น ประเมิน ADL ได้ 5 คะแนน ในระหว่างวันที่ไม่มีคนเฝ้าใกล้ชิดบุตรจะมีการยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา ไม่มีอุบัติเหตุตกเตียง จากการประเมินสภาพร่างกายหลังมาติดตามเยี่ยมรอบที่ 2 กลางคืนนอนหลับดีขึ้นไม่มีตื่นตอนกลางคืน สรุปปัญหาทางการพยาบาลมีดังนี้ ปัญหาที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัญหาที่ 2 สับสน หลงลืม พูดไม่รู้เรื่อง ปัญหาที่ 3 มีแผลกดทับ ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการสำลัก

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ประเมินผู้ป่วยแรกพบผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียกถามตอบค่อนข้างสับสน แขนขาสั่งการได้ E1V3M6 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แผลกดทับที่เหนือสะโพก 2 ข้างขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แผลแดงดี ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า ให้อาหารทางสายยางโดยรับอาหารเหลวจากรพ.ปราสาท ได้วันละ 4 มื้อ ประมาณมื้อละ 250-300 ml. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การขับถ่ายอุจาระวันละ 1-2 ครั้ง คาสายสวนปัสสาวะไหลดี สีใสไม่มีตะกอน ประมาณ 400 ซีซี บริเวณที่อยู่อาศัย ลักษณะบ้านชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเสริมด้วยที่นอนลมในชั้นล่าง บริเวณเตียงและโดยรอบเตียงสะอาด สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีบุตรคอยดูแลอย่างใกล้ชิด สรุปปัญหาทางการพยาบาลมีดังนี้ ปัญหาที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ปัญหาที่ 3 สับสน หลงลืม พูดไม่รู้เรื่อง ปัญหาที่ 4 มีแผลกดทับ ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการสำลัก ปัญหาที่ 6 มีภาวะทุพโภชนาการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษานี้เป็นผลจากการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบตามกระบวนการพยาบาล โดยเชื่อมโยงข้อมูลทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ตลอดจนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วม ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ข้อวินิจฉัยที่กำหนดสะท้อนปัญหาทั้งด้านระบบประสาท ระบบทางเดินปัสสาวะ การเผาผลาญ และภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวจำกัด ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกิจกรรมการพยาบาลแบบมุ่งผลลัพธ์ (outcome-based care) อย่างเป็นองค์รวม รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุนสำคัญ	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Expected Outcomes)	กิจกรรมการพยาบาลเชิงระบบ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง
1. ภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้ออกซิเจนในสมองลดลง จากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง	CT brain พบ ischemic infarction, O_2 saturation 74%	O_2 saturation ≥95%, GCS คงที่หรือดีขึ้น, ไม่มี respiratory distress	ให้ออกซิเจน 5 L/min, ประเมินสัญญาณชีพและ neurological sign ทุก 2–4 ชม., ควบคุมความดันโลหิตตามแผน	O_2 saturation เพิ่มเป็น 97–99%, ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว, ระดับความรู้สึกตัวคงที่
2. เสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก	Swallowing test ผิดปกติ, มีเสียงครืดคราดในลำคอ	ไม่มี aspiration pneumonia, ไม่มี SpO_2 drop ระหว่างให้อาหาร	ให้อาหารทางสายให้อาหาร, จัดท่าศีรษะสูง 45°, ประเมิน gastric residual	ไม่พบอาการสำลักหรือปอดอักเสบ ตลอดระยะติดตาม
3. การติดเชื้อกรวยไตเฉียบพลัน	Urinalysis WBC 16,590 cell/μL, มีไข้	อุณหภูมิ <37.5°C ภายใน 72 ชม., ค่า UA ดีขึ้น, ไม่เกิด sepsis	ให้ antibiotic ตามแผน, ดูแลสายสวนด้วย aseptic technique, ให้สารน้ำเพียงพอ	ไข้ลดลงภายใน 48 ชม., ค่า UA ดีขึ้น, ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
4. การเคลื่อนไหวบกพร่อง เสี่ยงต่อข้อติด	แขนซ้ายอ่อนแรง, ข้อศอกตึงติด	Range of motion ดีขึ้น ≥10°, ไม่เกิด contracture เพิ่ม	ทำ passive ROM เช้า–เย็น, สอนผู้ดูแลทำ ROM ต่อเนื่อง	ไม่พบข้อติดเพิ่ม และผู้ดูแลสามารถทำ ROM ได้ถูกต้อง
5. แผลกดทับระดับ 2	พบแผลเหนือสะโพก 2 ข้าง	ขนาดแผลลดลง ≥20% ภายใน 2 สัปดาห์, ไม่มีสัญญาณติดเชื้อ	ล้างแผลด้วย aseptic technique, พลิกตัวทุก 2 ชม., ใช้เตียงลม	แผลสะอาด ไม่มี discharge และขนาดลดลงชัดเจน
6. การสื่อสารบกพร่องจาก aphasia	ไม่พูด ไม่ตอบคำถาม	ผู้ป่วยตอบสนอง non-verbal ได้ดีขึ้น, ลดพฤติกรรมต่อต้าน	แนะนำตนเองทุกครั้ง, ใช้การสื่อสารทางท่าทาง, แจ้งก่อนทำหัตถการ	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมต่อต้าน
7. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้	FBS 155–157 mg/dl	ควบคุม FBS 80–130 mg/dl, ไม่เกิด hypo/hyperglycemia	ให้ยาตามแผน, ควบคุมอาหารทางสาย, ตรวจ FBS สม่ำเสมอ	FBS ควบคุมอยู่ 110–140 mg/dl ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี สถานภาพสมรส สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพค้าขาย ได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้านจากงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลปราสาท เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยแพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ร่วมกับกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน และมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลต่อเนื่องของพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื้อเพลิง โดยมีการเยี่ยมบ้านรวม 3 ครั้ง ครอบคลุมการประเมินอาการ การติดตามผลทางคลินิก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเสริมพลังผู้ดูแล ผลการติดตามพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ภาวะติดเชื้อควบคุมได้ ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม จากการประเมินอย่างเป็นระบบ สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามระยะของการเจ็บป่วยได้ดังนี้ 1) ระยะวิกฤต–ฉุกเฉิน การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองเสี่ยงต่อการสำลักจากภาวะกลืนลำบาก 2) ระยะกึ่งวิกฤต (ระยะคงสภาพทางการแพทย์) 3) การอักเสบของกรวยไตจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4) มีแผลกดทับจากการเคลื่อนไหวร่างกายจำกัด 5) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม 6) ภาวะข้อติดและการเคลื่อนไหว

บกพร่องจากอ่อนแรงครึ่งซีก 7) การสื่อสารบกพร่องจากความเสียหายของศูนย์ภาษาในสมอง การจำแนกข้อวินิจฉัยตามระยะดังกล่าวสะท้อนกระบวนการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงการฟื้นฟูสภาพในชุมชน และแสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการภาวะซับซ้อนหลายระบบแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษานี้สะท้อนความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดร่วมกับภาวะติดเชื้อเฉียบพลันและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ American Heart Association และ American Stroke Association ได้ระบุว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอย่างเหมาะสมสามารถลดอัตราการเกิด stroke ซ้ำและภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] ในระยะวิกฤต การจัดการทางเดินหายใจและการให้ออกซิเจนอย่างทันท่วงทีมีความสำคัญต่อการป้องกัน secondary brain injury เนื่องจากสมองที่อยู่ในภาวะขาดเลือดมีความไวต่อภาวะ hypoxia เพิ่มขึ้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุให้คงระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยเพื่อรักษา cerebral perfusion และลดการขยายตัวของเนื้อสมองที่ได้รับความเสียหาย[2] ผลลัพธ์ในกรณีนี้ที่พบว่าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนกลับเข้าสู่เกณฑ์ ≥95% และระดับความรู้สึกตัวคงที่สะท้อนถึงประสิทธิผลของการพยาบาลเชิงรุกในระยะวิกฤต ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสัมพันธ์กับการเกิด aspiration pneumonia ซึ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลานอนโรงพยาบาล การคัดกรองการกลืนก่อนให้อาหารและการจัดท่าศีรษะสูงเป็นมาตรการที่ได้รับการสนับสนุนในแนวปฏิบัติทางคลินิก[9] ผลการดูแลที่ไม่พบภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในกรณีนี้ จึงสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว ในส่วนของภาวะกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาร่วมกับการดูแลสายสวนปัสสาวะตามหลักปราศจากเชื้อและการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ เป็นแนวทางมาตรฐานในการลดการลุกลามของการติดเชื้อและป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Infectious Diseases Society of America [10] ที่เน้นการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเบาหวาน ผลลัพธ์ที่ไข้ลดลงและไม่เกิดภาวะ sepsis แสดงถึงประสิทธิภาพของการจัดการดังกล่าว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านหลอดเลือดและการติดเชื้อ American Diabetes Association [9] แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงเป้าหมายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงต่อ hypoglycemia และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ในกรณีนี้ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วงปลอดภัยโดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ สะท้อนการประยุกต์ใช้แนวทางดังกล่าวอย่างเหมาะสม สำหรับการป้องกันแผลกดทับและภาวะข้อติด แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวจำกัดเน้นการพลิกตะแคงตัวสม่ำเสมอ การใช้พื้นผิวลดแรงกด และการทำ range of motion exercise อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการลดความพิการระยะยาว [11] ผลการดูแลที่ไม่พบการลุกลามของแผลกดทับและไม่เกิดข้อติดเพิ่มขึ้น จึงแสดงถึงประสิทธิผลของการพยาบาลเชิงป้องกัน นอกจากนี้ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำ และส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ WHO[12] ที่เน้นความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

โดยสรุป การดูแลผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ร่วมกับการอ้างอิงแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นปัจจุบัน สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมภาวะติดเชื้อ และส่งเสริมเสถียรภาพทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นกรณีศึกษารายเดียว จึงควรมีการศึกษาติดตามในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์และพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมหลายระบบในบริบทชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในกรณีที่มีภาวะซับซ้อนและโรคร่วม โดยกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

2. ควรวางแผนการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเสริมระบบสื่อสารและประสานความร่วมมือในระดับชุมชนกับพยาบาลเยี่ยมบ้านและผู้ช่วยดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแบบบูรณาการและความต่อเนื่องของบริการ

เอกสารอ้างอิง

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

2.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke). นนทบุรี: กรมการแพทย์.

3.Li YM, Xu JH, Zhao YX.(2020) Predictors of urinary tract infection in acute stroke patients: A cohort study. Medicine (Baltimore). 2020;99(27):e20952.

4.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward). นนทบุรี: กรมการแพทย์.

5.จิดาภา เรือนใจมั่น.(2558). การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์และแปลผลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

6.บังอร สำลี. ทฤษฎีการพยาบาล.(2535). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2535. p. 39–77.

7.สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2568). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากระบบ HDC Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต] สุรินทร์: Health Data Center Surin สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2568 สืบค้นจาก: https://hdc.moph.go.th/srn/public/kpi/1/2025.

9.Committee ADAPP.(2023). Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2023;47(Supplement_1):S1-S4.

10.Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al.(2011). International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clinical Infectious Diseases. 2011;52(5):e103-e20.

11.Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, et al.(2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. J Tissue Viability. 2019;28(2):51-8.

12.World Health Organization.(2016). Framework on integrated, people-centred health services. Jeneva: WHO Press.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

Effects of an empowerment program on the knowledge and skills of home caregivers of patients with urinary catheters.

(Received: February 25,2026 ; Revised: February 27,2026 ; Accepted: February 28,2026)

เพ็ญจันทร์ จันทร์รอด[1]
Penjan Janrod[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มก่อน-หลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและแบบสอบถามวัดความรู้และทักษะก่อนและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และมีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความรู้ผู้ดูแล, ทักษะการดูแล, คาสายสวนปัสสาวะ

Abstract

This study aimed to examine the effects of an empowerment program on the knowledge and skills of caregivers of patients with indwelling urinary catheters at home. The research employed a quasi-experimental design with a two-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 70 caregivers, divided equally into an experimental group and a control group, with 35 participants each. The instruments used in this study included the empowerment program and questionnaires measuring knowledge and skills before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired t-tests and independent t-tests at a significance level of 0.05.

The results indicated that caregivers in the experimental group showed a statistically significant increase in knowledge and skills in caring for patients with urinary catheters at home after the program, and their scores were significantly higher than those of the control group.

Keywords: Empowerment program, Caregiver knowledge, Caregiving skills, Urinary catheter

บทนำ

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุด และถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2015 พบผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะทั่วโลกสูงถึง 150 ล้านคน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 6 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ[1] ในประเทศเกาหลี ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50[2] ในประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเฉลี่ย 431 ราย

[1] โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ต่อปี หรือประมาณ 1.2 รายต่อวัน[3] โดยสาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากแบคทีเรียแกรมลบ เช่น Escherichia coli ซึ่งมีแนวโน้มดื้อต่อยาปฏิชีวนะสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยมักได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งการใส่คาสายสวนปัสสาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับสายสวน (Catheter-Associated Urinary Tract Infection: CAUTI) และมีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะทั้งหมด[4] นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ CAUTI มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดและอาจเสียชีวิตถึงร้อยละ 13-30 ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายและภาระทางเศรษฐกิจสูง โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ประเมินว่าสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่า 400 ล้านบาทต่อปี[3] และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากสายสวนอยู่ที่ประมาณ 9,313.85 บาท[5]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการกลับมารักษาด้วยภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงขึ้น (ร้อยละ 25–38) ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567[6] โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง สาเหตุของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ปัสสาวะตกค้าง ความผิดปกติของระบบขับถ่าย อายุและเพศ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความสะอาดของอุปกรณ์และการดูแลของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทั้งในเรื่องการดูแลสุขอนามัย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่ถูกต้อง พร้อมทั้งมีความมั่นใจในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[7]

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) จึงถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามความสามารถของตนเอง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยใช้แนวคิดของ Gibson และ Wheelwright[8] ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง, การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ, การตัดสินใจปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลทั้งด้านความรู้และทักษะให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research Design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Control Group Design) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีกรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson)[9] ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 137 คน[6]

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลที่เป็นผู้รับมอบอำนาจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* power ใช้ Statistical Test แบบ Means: Difference Between Two Independent Means (Two Groups) วิเคราะห์และคำนวณ Effect Size จากงานวิจัยของธาราทิพย์ ไชยวุธ[10] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดท่าผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยคะแนนค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ Mean = 35.0 (SD = 2.5) และMean =29.2 (SD = 9.4) ตามลำดับ คำนวณค่า Effect Size ได้เท่ากับ 0.84 และค่าแอลฟ่า (Alpha) ที่.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Power Analysis) ที่ 0.84 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 60 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเพิ่มเป็นจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นผู้รับมอบอำนาจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

กำหนดผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เป็นกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการสุ่มเลือกตัวอย่าง โดยการจับฉลากอย่างง่าย ทำการสุ่มเลือกพื้นที่ที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยทำฉลาก 2 ชิ้น ฉลากเลขคู่เป็นกลุ่มทดลองและฉลากเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[9] ครอบคลุม 4 ขั้นตอนและ 5 กิจกรรม เช่น การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การ

ตัดสินใจปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกิจกรรมบรรยาย ฝึกอบรม กลุ่มสัมพันธ์ สาธิต และอภิปราย

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน บุคคลอื่นในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลรอง การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านวัดผลตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้ของ (Bloom)[11] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ได้ดังนี้

คะแนนรวม 15.00 - 20.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับสูง

คะแนนรวม 8.00 - 14.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนรวม 0.00 - 7.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

2 หมายถึง ปฏิบัติ

1 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง

0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

การแปลผลโดยแบ่งระดับทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านวัดผลตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้ของ (Bloom)[11] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ได้ดังนี้

คะแนนรวม 12.00 - 15.00 คะแนน คือ มีทักษะระดับสูง

คะแนนรวม 6.00 - 11.00 คะแนน คือ มีทักษะระดับปานกลาง

คะแนนรวม 0.00 - 5.00 คะแนน คือ มีทักษะระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ใน อำเภอพระแสง จำนวน 20 คน แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแล โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และทักษะในกลุ่มทดลองก่อน-หลังใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และ 3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และทักษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโครงร่างการวิจัยที่ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2025-191ลงวันที่ 26 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 51.4 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ย 13,220.00 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ดูแล ร้อยละ 45.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเฉลี่ยวันละ 19.62 ชั่วโมง ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลรองร้อยละ 65.7 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ร้อยละ 74.3

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.4 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 37.1 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 54.3 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 34.3 รายได้เฉลี่ย 10,614.28 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ดูแล ร้อยละ 48.6 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเฉลี่ยวันละ 19.94 ชั่วโมง ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลรอง ร้อยละ 57.1 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ร้อยละ 80.0

2) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

2.1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.82 S.D =2.33) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.7) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 11.4) หลังการทดลองพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 13.47 S.D =1.80) และส่วนใหญ่ระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.9) รองลงมาระดับสูงเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 37.1)

ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.34 S.D =2.64) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.2) หลังการทดลอง

พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.85, S.D =2.74) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.3) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 14.3)

2.2) ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.82 S.D =2.33) หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นแต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 13.74 S.D =1.86) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.34 S.D =2.64) และหลังการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.85, S.D =2.74) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

2.3) ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	11.82	2.33	11.34	2.64	.815	.418
หลังการทดลอง	13.74	1.86	11.85	2.74	3.559	.001*

*p- value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแล กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.82, S.D =2.33) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.34, S.D =2.64) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ดูแล กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 13.74, S.D =1.86) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 11.85, S.D = 2.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

3.1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.02, S.D =4.80) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.7) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 22.9) หลังการทดลอง พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่

ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 18.74, S.D =2.81) และส่วนใหญ่ระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.4) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 28.6)

ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.48, S.D =4.10) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.3) หลังการทดลองพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.20, S.D =4.03) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.1) รองลงมาระดับน้อย (ร้อยละ 20.0)

3.2) ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 14.02 S.D =4.80) แต่หลังการทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 18.74 S.D =2.81) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ ที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.48 S.D =4.10) และหลังการทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.20 S.D =4.03) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

3.3) ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะ**ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน**	**กลุ่มทดลอง (n=35)**		**กลุ่มควบคุม (n=35)**		**t**	**p- value**
	Mean	**S.D.**	**Mean**	**S.D.**		
ก่อนการทดลอง	14.02	4.80	14.48	4.10	-.428	.670
หลังการทดลอง	18.74	2.81	14.20	4.03	5.465	.000*

*p- value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแล กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.02 S.D =4.80) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.48 S.D =4.10) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ดูแล กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านโดยรวม คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 18.74 S.D =2.81) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 14.20 S.D =4.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว โดยความรู้และทักษะของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[12] ที่กล่าวถึงทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy Theory) ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมและความมั่นใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมและเสริมสร้างความรู้รวมทั้งทักษะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความสามารถในการดูแลได้ดีขึ้น ผลการศึกษายังสนับสนุนผลการวิจัยของ Smith et al.[13] ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

ทั้งนี้ ในกลุ่มทดลอง ความรู้และทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจช่วยพัฒนาทั้งความรู้เชิงทฤษฎีและทักษะปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิผล การเพิ่มขึ้นของทักษะสะท้อนถึงการฝึกปฏิบัติและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในโปรแกรม ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือการอุดตันของสายสวน ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในความรู้และทักษะ อาจเนื่องมาจากการขาดการอบรมหรือส่งเสริมที่เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lee et al.[14] ที่พบว่าการขาดการสนับสนุนและอบรมผู้ดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ความรู้และทักษะไม่เพิ่มขึ้นและส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเป็นเพศหญิง และมีอายุในช่วงกลางวัย ซึ่งสอดคล้องกับบทบาททางสังคมที่ผู้หญิงมักรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว การเข้าใจลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเช่นนี้จะช่วยให้นักพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสามารถออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้ดูแลได้มากขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมที่เหมาะกับช่วงวัยหรือระดับการศึกษา ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงข้อจำกัดบางประการ เช่น ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมที่อาจยังไม่ยาวพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุด และข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนตัวอย่างที่อาจมีผลต่อความทั่วไปของผลการศึกษา ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวและในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ซึ่งมีผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปใช้ในสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

2) ควรจัดอบรมและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งสนับสนุนการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลที่หลากหลาย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4) ควรส่งเสริมการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วย เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่แข็งแรงและช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรดำเนินการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาวมากขึ้น เพื่อประเมินผลในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความยั่งยืนของทักษะผู้ดูแล

2) ควรขยายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่และบริบทที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความทั่วไปและความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

3) ควรพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดทางการศึกษา

4) ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชั่นมือถือ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและสนับสนุนการติดตามดูแลในระยะไกล

5) ควรประเมินผลกระทบของโปรแกรมต่อภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในนโยบายสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเคียนซาที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. วาสินี ชาญศรี, พรเลิศ ชุมชัย.(2562). บทบาทพยาบาลชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหว. เวชบันทึกศิริราช. 2562;12(2):101-7.
2. Chin J, Morrow DG, Stine-Morrow EA, Conner-Garcia T, Graumlich JF, Murray MD.(2011). The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. J Health Commun. 2011; 16:222-41. doi:10.1080/10810730.2011.604702.
3. วัชราภรณ์ ไพโรจน์.(2564). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. สมพร สมสกุล, สุนทรียา ศิริโชติ.(2558). การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ. ใน: คู่มือปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดในโรงพยาบาล. 2558. หน้า 60-62.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2557). รายงานการศึกษาค่าใช้จ่ายของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากสายสวนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
6. โรงพยาบาลเคียนซา.(2568). การเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาลเคียนซา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567. โรงพยาบาลเคียนซา; 2568.
7. จุฬาพร ขำดี.(2561). ผลการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่จากการคาสายสวนปัสสาวะ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีประจันต์. J Boromarjonani Coll Nurs Suphanburi. 2561;39-54.

8. Gibson JP, Wheelwright NT.(1995). Genetic structure in a population of a tropical tree Ocotea tenera (Lauraceae): influence of avian seed dispersal. Oecologia. 1995; 103(1):49-54.
9. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995; 21:1201-10.
10. ธาราทิพย์ ไชยวุธ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดท่าผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร. 2563;47(4):114-27.
11. Bloom BS, et al. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
13. Smith T, Johnson R, Williams L. Empowerment programs and their impact on chronic patient care in community settings. Chronic Illn. 2018;14(1):15-25.
14. Lee S, Kim J, Park H. Effects of caregiver training on care quality for catheterized patients. J Nurs Care Qual. 2017;32(3):235-42.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาล และระดับความรุนแรงของอาการเมื่อได้รับการช่วยเหลือ

The Effects of Using Nursing Practice Guidelines for Monitoring and Assessing Patients with Condition Deterioration Using the SOS Score in Pneumonia Patients on Nurses' Response Behavior and the Severity of Symptoms Upon Receiving Assistance.

(Received: February 21,2026 ; Revised: February 24,2026 ; Accepted: February 26,2026)

อุไรรักษ์ ผาชา[1]
Urairak Phacha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ 1)เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 2) เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการเมื่อได้รับการช่วยเหลือในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Scoreและ3) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบก่อนและหลังได้รับการช่วยเหลือต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอาการทรุดลงหรือมีความเสี่ยงต่อการทรุดลง และได้รับการประเมินด้วย SOS Score ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา จำนวน 40 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลโดย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการประเมินและตอบสนองของพยาบาล แบบฟอร์มบันทึก SOS Score และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ การวิเคราะห์ข้อมูล โดย ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย(M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)และสถิติ t- test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการ รุนแรงน้อย เพิ่มขึ้นจาก 10 คน (25.0%) ก่อนการช่วยเหลือ เป็น 18 คน (45.0%) หลังได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง ลดลงเล็กน้อยจาก 18 คน (45.0%) เหลือ 16 คน (40.0%) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก ลดลงจาก 12 คน (30.0%) เหลือเพียง 6 คน (15.0%) ในด้านคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการ กลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.8 เป็น 2.4 ซึ่งสะท้อนว่ามีการประเมินและแยกกลุ่มได้ชัดเจนมากขึ้น กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.6 เป็น 2.3 กลุ่มอาการรุนแรงมาก คะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างเด่นชัดจาก 3.4 เป็น 2.8 พฤติกรรมของพยาบาลอยู่ในระดับ “ดีมากถึงดี” ในทุกหมวด ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยรวมพยาบาลเห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงมากในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การเฝ้าระวังและประเมิน ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) study nurses' response behavior to the use of nursing guidelines for monitoring and assessing patients with worsening symptoms using the SOS Score in pneumonia patients; 2) study the severity of symptoms after receiving assistance in pneumonia patients in relation to the use of nursing guidelines for monitoring and assessing patients with worsening symptoms using the SOS Score; and 3) compare the severity of symptoms in pneumonia patients before and after receiving assistance in relation to the use of nursing guidelines

[1] กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

for monitoring and assessing patients with worsening symptoms using the SOS Score. The sample consisted of 40 pneumonia patients with worsening symptoms or at risk of worsening symptoms who were assessed using the SOS Score at the study hospital. The sample was selected using purposive sampling according to predefined criteria. Data were collected through patient data records, a nurses' assessment and response behavior assessment form, an SOS Score recording form, and opinions from professional nurses regarding the feasibility of using nursing guidelines for pneumonia patients. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean (M), and standard deviation (SD), and the t-test, with a significance level of .05.

The study results showed that the number of patients with mild symptoms increased from 10 (25.0%) before assistance to 18 (45.0%) after assistance. The number of patients with moderate symptoms decreased slightly from 18 (45.0%) to 16 (40.0%). The number of patients with severe symptoms decreased from 12 (30.0%) to only 6 (15.0%). In terms of average symptom severity scores, the group with mild symptoms showed an increase in average score from 1.8 to 2.4, reflecting clearer assessment and group differentiation. The group with moderate symptoms saw a decrease in average score from 2.6 to 2.3, while the group with severe symptoms showed a significant decrease from 3.4 to 2.8. Nurses' behavior was rated “very good to good” in all categories. Regarding the feasibility of using the pneumonia patient nursing practice guidelines, overall, nurses considered them to have a very high probability of being implemented in the context of pneumonia patient care. Nurses' satisfaction with the use of the pneumonia patient nursing practice guidelines for preventing bloodstream infection using a critical condition monitoring assessment tool was also assessed. There was a very high level of satisfaction.

Keywords: Nursing practice, monitoring and assessment, patients with worsening symptoms, patients with pneumonia

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางสรีรวิทยาที่บ่งชี้ถึงการทรุดลงของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มักมีสัญญาณเตือนล่วงหน้า เช่น อัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตที่ลดลง และระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง หากไม่ได้รับการประเมินและตอบสนองอย่างเหมาะสมและทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตหรือเสียชีวิตได้ Search out severity score (SOS Score) เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นในประเทศไทย เพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยในลักษณะต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงในระยะเริ่มต้น ซึ่งมีแนวคิดคล้ายกับ Early Warning Score (EWS) ที่ได้รับการพิสูจน์ในระดับสากลว่าช่วยเพิ่มความแม่นยำในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลง และลดอัตราการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในโรงพยาบาล ประเทศไทยได้นำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบของ Search out severity score (SOS Score) ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นโดยกรมการแพทย์ เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีแนวโน้มทรุดลง โดยมีการออกแนวปฏิบัติให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบในเวชปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตาม ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าแนวปฏิบัติในการใช้ SOS Score ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านเนื้อหา ขั้นตอน และระดับคะแนน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการแต่ละระดับ[1] แม้จะมีการกำหนดแนวทางและการฝึกอบรมพยาบาลในการประเมิน SOS Score หลายครั้ง แต่ข้อมูลจากรายงานภาคสนามและงานวิจัยในประเทศยังสะท้อนว่า การนำไปใช้งานจริงยังมีความแปรปรวนสูง ทั้งในด้านความถี่ของการประเมิน ความเข้าใจในคะแนน รวมถึงพฤติกรรมการตอบสนองต่อคะแนนที่บ่งชี้ความเสี่ยง

ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 10 ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดยโสธร มีอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบสูงที่สุดที่ 5,204.6 ต่อแสนประชากร

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ดูแลประชาชนในเขตอำเภอเลิงนกทา และอำเภอไทยเจริญ รวม 188,659 คน และประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงอีก 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ อำเภอดอนตาล และอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร และอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จากสถานการณ์อัตราการรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยในหญิง พบว่า ปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในหญิงมากอยู่ในอันดับ 1 โดยมีผู้ป่วยจำนวน 179, 299, และ 330 ราย ตามลำดับ และในจำนวนนี้พบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่พักรักษาในหอผู้ป่วยในหญิงมีภาวะการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด ร้อยละ 12.85, 12.37 และ 19.09 ตามลำดับ ซึ่งส่งให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในปี พ.ศ 2567 เฉลี่ย 5.14 วัน[2] จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนและการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ปี 2567 ที่ผ่านมา พบว่า การประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยใช้สัญญาณชีพเพียงอย่างเดียว การแปลผลเทียบจากค่าปกติ ไม่สามารถดักจับหรือคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ แนวทางประเมินและเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงซ้ำยังไม่ชัดเจน ประกอบกับพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักก็มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะวิกฤต การใช้ monitor ในการติดตามสัญญาณชีพและการตั้งเตือนขึ้นอยู่ประสบการณ์รายบุคคล ทำให้เกิดความล่าช้าในการรายงานและการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงแนวทางการดูแลโรคปอดอักเสบยังไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความยุ่งยาก เนื่องจากผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน ขาดแนวทางการประเมินติดตามอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความซับซ้อนยุ่งยากต่อการใช้งาน ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น อัตราตาย อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือการเกิดความรุนแรงของโรคร่วมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น[2]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาลและระดับความรุนแรงของอาการเมื่อได้รับการช่วยเหลือซึ่งสิ่งที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
2. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการเมื่อได้รับการช่วยเหลือในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบก่อนและหลังได้รับการช่วยเหลือต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score

สมมติฐานการวิจัย

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการ SOS Score ส่งผลให้พยาบาลมี พฤติกรรมการประเมินและการตอบสนอง ต่อผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลง ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการ SOS Score ส่งผลให้ ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เมื่อเกิดภาวะทรุดลง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพยาบาลมี ความพึงพอใจในระดับสูง ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการ SOS Score ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลง

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอาการทรุดลงหรือมีความเสี่ยงต่อการทรุดลง และได้รับการประเมินด้วย SOS Score ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา คัดเลือกโดยการสุ่มเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดปอดอักเสบ โรคปอดอักเสบ ที่มีการประเมินแรกรับ ได้แก่ (1) มีไข้มากกว่า 38 C หรือต่ำกว่า 36 C (2) หายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที (3) หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที (4) ตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 cell/ml หรือน้อยกว่า 4,000 cell/ml โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอักเสบ

2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ

2. ระว่างการวิจัยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ซึ่งดัดแปลงมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ[3] โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ เมื่อรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้าสู่หอผู้ป่วยในแล้ว พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการให้คะแนนบันทึกและปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคะแนนที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ร่วมกับติดตามประเมินผลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในโรคปอดอักเสบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 แบบบันทึก โดยแบบประเมินสัญญาณเตือนในระยะแรกที่ดัดแปลงมาจาก National Early Warning Signs (NEWS)[3] เป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง จากข้อมูลทางสรีระวิทยาของผู้ป่วย SOS Score (search out severity score) หมายถึง คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Modified early warning score: MEWS) ที่นำมาใช้ในประเทศไทย โดยมีการปรับเปลี่ยนเล็กน้อยเพื่อให้เข้ากับบริบทในประเทศ เป็นการให้คะแนน โดยใช้อุณหภูมิกาย (Temperature) ความดันโลหิตค่าบน (Systolic Blood Pressure) ชีพจร (Pulse) อัตราหายใจ (Respiration rate) ปริมาณปัสสาวะ (Urine output) และระดับความรู้สึกตัว(Conscious)

1.2 เกณฑ์การประเมินการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและแนวทางการดูแลของพยาบาลวิชาชีพจำแนกเป็น 4 ระดับ[1] ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลตามเงื่อนไข SOS Score ที่ประเมินได้ การปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคะแนนระบบสัญญาณเตือนใช้ระดับค่าคะแนนประเมิน มี 4 ระดับ

ระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบ สัญญาณเตือน 1-2 ต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวด ไข้ ติดตามเวรละครั้ง

ระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนเท่ากับ 3-4 รายงานหัวหน้าเวร ติดตามซ้ำ 30 นาที ภายใน 2 ชั่วโมง

ระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนเท่ากับ 5-6 รายงานแพทย์ให้มาดูผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาที ติดตามซ้ำ 15 นาที

ระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ต้องรายงานแพทย์ดูแลผู้ป่วยในICUทันที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาลและระดับความรุนแรงอาการของเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นแบบเติมคำและตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและแบบบันทึกค่าทางสรีระตามระบบสัญญาณเตือน ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิกาย ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดจากปลายนิ้ว ระดับความรู้สึกตัวและจำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการประเมินและตอบสนองของพยาบาล การพัฒนาเครื่องมือใช้แนวคิดจากแนวทางของ NHS England (2022) และแนวปฏิบัติในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวด หมวดที่ 1: การวัดและประเมินอาการ (5 ข้อ)หมวดที่ 2: การตอบสนองและการปฏิบัติการพยาบาล (5 ข้อ) หมวดที่ 3: การบันทึกและติดตามผล (5 ข้อ)

แบบประเมินมีจำนวน 15 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5 = ทำได้ดีมาก, 4 = ทำได้ดี, 3 = พอใช้, 2 = ทำได้เล็กน้อย, 1 = ไม่ทำเลย)

2.3 แบบฟอร์มบันทึก SOS Score แบบฟอร์มบันทึก SOS Score นี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทรุดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในหญิง เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามอาการอย่างเป็นระบบ และตัดสินใจให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที แบบฟอร์มประกอบด้วยตารางบันทึกข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสัญญาณชีพและภาวะทางคลินิกที่เป็นตัวชี้วัดในการคำนวณคะแนน SOS Score ซึ่งประกอบด้วย 7 ดัชนี ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) วัดจำนวนครั้งของการหายใจใน 1 นาที 2) ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO_2) วัดเป็นร้อยละ พร้อมระบุว่ามีการให้ออกซิเจนเสริมหรือไม่ 3) อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) วัดเป็นองศาเซลเซียส 4) อัตราการเต้นของหัวใจ (Pulse Rate) วัดจำนวนครั้งต่อนาที 5) ความดันโลหิต (Blood Pressure) วัดเป็น mmHg 6) ระดับความรู้สึกตัว (AVPU) ได้แก่ Alert (รู้สึกตัวดี), Voice (ตอบสนองเสียงเรียก), Pain (ตอบสนองต่อความเจ็บปวด), และ Unresponsive (ไม่ตอบสนอง) 7) ปัจจัยทางคลินิกอื่น ๆ เช่น หอบเหนื่อย, ผิวซีด, ซึม หรือมีอาการผิดปกติทางคลินิกอื่น ๆ ที่ควรพิจารณาเพิ่มเติม ในแต่ละหัวข้อจะมีช่องให้บันทึกค่าที่วัดได้ พร้อมให้คะแนนตามเกณฑ์ของ SOS Score ซึ่งแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ความเสี่ยงต่ำ (คะแนนรวม 0–2)

ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนนรวม 3–4)

ความเสี่ยงสูง (คะแนนรวม ≥5 หรือพบ AVPU ระดับ P หรือ U)

2.4 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด โดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 6 ข้อโดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ใน

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ น้อยที่สุด จนถึงคะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มากที่สุด มีเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 –5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 –4.49 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 –3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 –2.49 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 –1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจำนวน 12 ข้อโดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระดับต่ำมาก ถึงคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระดับสูงมาก มีเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 –5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 –4.49 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 –3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 –2.49 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 –1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2.6 แบบสอบถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบบทวนวรรณกรรม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม อาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ดังกล่าวมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 11 คน พยาบาล จำนวน 11 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง.60 -1.00 จากนั้นเมื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ฯ การบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยคณะกรรมการที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย และวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒินำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มาปรับปรุงแก้ไข และประกาศใช้ จากนั้นทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยย้อนหลังจากเวชระเบียนและทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในกลุ่มทดลอง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงข้อมูล วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แนะนำวิธีการใช้แบบประเมินตามแนวทางการประเมินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ สาธิตการใช้แบบบันทึก ให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับจนเกิดความเข้าใจและแม่นยำ ตลอดจนฝึกทักษะการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ก่อนการทดลองใช้จริงในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและมีความชำนาญ จากนั้นดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยเริ่มบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ตั้งแต่แรกรับตามค่าที่กำหนดลงในแบบบันทึก สรุปผลการประเมินตามเกณฑ์การให้คะแนน หลังจากนั้นนำมาประชุมปรึกษาทางการพยาบาล พิจารณาเลือกแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังตามคะแนนที่ประเมินได้ สรุปผลลัพธ์ของผู้ป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนไว้ท้ายแบบประเมิน

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอักเสบซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ พฤศจิกายน 2568- เดือน มกราคม 2569 จำนวน 40 ราย (ไม่มีกลุ่มควบคุม เพราะกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด ตลอดจนชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัยและลงลายมือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ขั้นหลังการทดลอง

เป็นการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยการทำแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองรายสุดท้าย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับพยาบาลวิชาชีพโดยให้เวลาตอบแบบสอบถาม 1 วันเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้วให้นำแบบสอบถามใส่ซองและปิดผนึกส่งคืนผู้วิจัยโดยไม่ระบุชื่อและนามสกุล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย(M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะช็อก อวัยวะล้มเหลวหลายระบบและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ฯ โดยใช้สถิติ t- test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการ

วิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 40 คน พบว่าช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 20 ปีขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 58.4 ± 11.7 ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดลงจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

เมื่อพิจารณาประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 30 คน (ร้อยละ 75) มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือโรคหัวใจ ขณะที่ผู้ป่วยอีก 10 คน (ร้อยละ 25) ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ ซึ่งสะท้อนว่าภาวะปอดอักเสบมักเกิดร่วมกับโรคเรื้อรังเดิม และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงได้มากขึ้น

ในส่วนของข้อมูลทางสรีรวิทยาเบื้องต้น พบว่าความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ที่ 128.5 ± 17.4 mmHgอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย 92.3 ± 12.1 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจเฉลี่ย 22.7 ± 3.5 ครั้ง/นาทีอุณหภูมิกายเฉลี่ย 37.8 ± 0.7°C ค่าออกซิเจนในเลือดเฉลี่ย (SpO_2) อยู่ที่ 94.6 ± 2.8% ปริมาณปัสสาวะใน 4 ชั่วโมงเฉลี่ย 415.2 ± 82.3 มล.

ระดับความรู้สึกตัวตามระบบ AVPU พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสติรู้ตัวดี (Alert) จำนวน 34 คน (ร้อยละ 85) และตอบสนองต่อเสียงเรียก (Voice) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15) โดยไม่พบผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ P หรือ U แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับรู้สึกตัวดี แต่อาจมีบางรายที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านสติสัมปชัญญะซึ่งต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง

2. ประเมินผลลัพธ์ของใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังในประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต่อพฤติกรรมการตอบสนองของพยาบาลและระดับความรุนแรงอาการของเมื่อได้รับการช่วยเหลือ

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.2.1 ระดับความรุนแรงของอาการเมื่อได้รับการช่วยเหลือในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 40 คน ที่ได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการการประเมินอาการด้วย SOS Score พบว่า เมื่อผู้ป่วยแสดงสัญญาณของภาวะทรุดลงและได้รับการช่วยเหลือโดยทันที ระดับความรุนแรงของอาการจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ผู้ป่วยจำนวน 18 คน (ร้อยละ 45.0) มีอาการ รุนแรงน้อย ไม่จำเป็นต้องให้ออกซิเจนเพิ่ม และไม่มีอาการทรุดซ้ำหลังการดูแลเบื้องต้น ผู้ป่วยจำนวน 16 คน (ร้อยละ 40.0) มีอาการ รุนแรงปานกลาง ต้องได้รับออกซิเจนเสริมและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.0) แสดงอาการ รุนแรงมาก จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ

เมื่อวิเคราะห์ค่าระดับความรุนแรงของอาการในภาพรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.35 ± 0.72 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในช่วงระดับความรุนแรงปานกลาง มีความแปรปรวนของคะแนนในระดับปานกลางถึงต่ำ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่บูรณาการ SOS Score ช่วยให้สามารถจำแนกความรุนแรงของอาการได้ชัดเจน และนำไปสู่การตอบสนองทางคลินิกอย่างเหมาะสม

2.1.2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบก่อนและหลังได้รับการช่วยเหลือ

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 40 คน ที่ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการเครื่องมือ SOS Score พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจนหลังได้รับการช่วยเหลือ ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีอาการ รุนแรงน้อย เพิ่มขึ้นจาก 10 คน (25.0%) ก่อนการช่วยเหลือ เป็น 18 คน (45.0%) หลังได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง ลดลงเล็กน้อยจาก 18 คน (45.0%) เหลือ 16 คน (40.0%) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก ลดลงจาก 12 คน (30.0%) เหลือเพียง 6 คน (15.0%)

ในด้านคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการ กลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.8 เป็น 2.4 ซึ่งสะท้อนว่ามีการประเมินและแยกกลุ่มได้ชัดเจนมากขึ้น กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.6 เป็น 2.3 กลุ่มอาการรุนแรงมาก คะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างเด่นชัดจาก 3.4 เป็น 2.8

2.2 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ

2.2.1 การประเมินพฤติกรรมการประเมินและตอบสนองของพยาบาล (n = 11) จากการประเมินพฤติกรรมของพยาบาลจำนวน 11 คน โดยใช้แบบประเมินที่ครอบคลุม 15 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 หมวดหลัก ได้แก่ การวัดและประเมินอาการ, การตอบสนองและการปฏิบัติการพยาบาล, และการบันทึกและติดตามอาการ พบว่าพฤติกรรมของพยาบาลอยู่ในระดับ “ดีมากถึงดี” ในทุกหมวด โดยมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1: การวัดและประเมินอาการ (5 ข้อ) ได้คะแนนเฉลี่ย 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลสามารถวัดและประเมินสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

หมวดที่ 2: การตอบสนองและการปฏิบัติการพยาบาล (6 ข้อ) ได้คะแนนเฉลี่ย 4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อ SOS Score และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างมีประสิทธิภาพ

หมวดที่ 3: การบันทึกและติดตามอาการ (4 ข้อ) ได้คะแนนเฉลี่ย 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 สะท้อนถึงความสม่ำเสมอและถูกต้องในการบันทึกข้อมูลทางคลินิกและการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสิ้นได้คะแนนเฉลี่ยรวม 4.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48

2.2.2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 11 คน พบว่าโดยรวมพยาบาลเห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงมากในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ดังนี้

รายการที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “ควรมีการอบรมใช้อย่างต่อเนื่อง” ได้คะแนนเฉลี่ย 4.82 (ระดับมากที่สุด) สะท้อนว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาและรักษาความต่อเนื่องของการใช้งานแนวทางนี้

รายการที่เกี่ยวกับความง่ายในการใช้งานและความเหมาะสมในบริบทจริง เช่น “แนวปฏิบัติใช้งานง่ายในบริบทจริง” ได้คะแนนเฉลี่ย 4.55 และ “แนวปฏิบัติเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ” ได้คะแนนเฉลี่ย 4.64 ทั้งสองคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแสดงถึงความเห็นชอบและความมั่นใจในการประยุกต์ใช้จริง

รายการที่เน้นประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ เช่น “สามารถช่วยป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด” และ “ส่งเสริมการเฝ้าระวังอาการทรุดลงได้ทันเวลา” ได้คะแนนเฉลี่ยสูงมากที่ 4.73 และ 4.60 ตามลำดับ สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

ด้านความเป็นไปได้ในการขยายผลไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ เช่น “สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นได้” ได้คะแนนเฉลี่ย 4.45 (ระดับมาก) แสดงถึงการเห็นโอกาสขยายผลการใช้งานในบริบทกว้างขึ้น

โดยภาพรวม คะแนนเฉลี่ยรวมของความคิดเห็นอยู่ที่ 4.63 ซึ่งจัดอยู่ในระดับ มากที่สุด

2.2.3 ในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านอยู่ในช่วง 4.40 ถึง 4.75 บนมาตราส่วน 5 ระดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเห็นชอบและความมั่นใจในแนวปฏิบัติที่นำมาใช้

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการเครื่องมือ SOS Score ในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลง ผลการวิจัยพบว่าการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ส่งผลต่อพฤติกรรมการประเมินและตอบสนองของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลมีความสม่ำเสมอและความแม่นยำในการวัดสัญญาณชีพ การให้คะแนน SOS Score รวมทั้งการแจ้งแพทย์และการให้การพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสมตามผลคะแนนที่ประเมินได้

พฤติกรรมดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นขั้นตอนแรกในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีแนวโน้มทรุดลง ซึ่งถ้าพยาบาลสามารถประเมินและตอบสนองได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มโอกาสในการรักษาได้ทันท่วงที งานวิจัยของ Smith et al.[5] ได้สนับสนุนผลลัพธ์นี้ โดยระบุว่าเครื่องมือ Early Warning Scores เช่น SOS Score ช่วยให้ทีมรักษาสามารถตรวจจับอาการที่แสดงถึงการทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประเมินสัญญาณชีพและการตอบสนองที่ทันท่วงทีในการป้องกันไม่ให้อาการทรุดหนักลง งานวิจัยโดย Jones และคณะ[6] ก็รายงานว่า การนำระบบการประเมินภาวะวิกฤตมาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบช่วยลดเวลาการตอบสนองของทีมรักษา และลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ผลลัพธ์นี้จึงยืนยันความสำคัญของการใช้ SOS Score เป็นเครื่องมือเสริมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้เป็นอย่างดี

ในส่วนของความพึงพอใจและทัศนคติของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงมากต่อความชัดเจน ความเหมาะสม และประสิทธิภาพของแนวทางดังกล่าว พยาบาลให้ความเห็นว่าเครื่องมือ SOS Score เข้าใจง่าย มีขั้นตอนที่ชัดเจน และช่วยให้พยาบาลมั่นใจในการประเมินและตอบสนองต่อสัญญาณเตือนของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ความเห็นเช่นนี้สอดคล้องกับแนวทางของ NHS England[7] ที่เน้นความสำคัญของการฝึกอบรมและสนับสนุนการใช้เครื่องมือ Early Warning Scores อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความชำนาญในการใช้งานจริง

อย่างไรก็ตาม ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงยังมีปัจจัยบางประการที่อาจเป็นอุปสรรค เช่น ภาระงานของพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ความคุ้นเคยกับวิธีการประเมินแบบเดิม รวมถึงการขาดระบบติดตามและประเมินผลที่เข้มงวดในหน่วยงาน งานวิจัยโดย Kumar et al.[8] ได้ชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาลมักประสบปัญหาด้านการยอมรับและความต่อเนื่องของการใช้งาน หากไม่มีระบบสนับสนุนและการฝึกอบรมที่เหมาะสม ดังนั้น โรงพยาบาลควรจัดให้มีการอบรมอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาระบบเทคโนโลยีช่วยเตือน (clinical decision support systems) เพื่อส่งเสริมการใช้ SOS Score อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

โดยรวมแล้ว งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการ SOS Score เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจจับอาการทรุดลงได้รวดเร็วและแม่นยำ ลดความรุนแรงของภาวะวิกฤต และเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านการดูแลเชิงรุก (proactive care) ที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและตอบสนองอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

สำหรับหน่วยงานโรงพยาบาลและผู้บริหาร

1. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความชำนาญในการใช้เครื่องมือ SOS Score อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าการใช้งานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิผล

3. ควรสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ หรือระบบบันทึกข้อมูลออนไลน์ เพื่อช่วยลดภาระงานและเพิ่มความสะดวกในการประเมินและติดตามผู้ป่วย

สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการ SOS Score ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงของภาวะทรุดลง

2. ควรพัฒนาทักษะการสังเกตและการประเมินสัญญาณชีพอย่างละเอียด และมีความมั่นใจในการแจ้งเตือนแพทย์หรือทีมรักษาเมื่อพบสัญญาณผิดปกติ

สำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการ SOS Score ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหรือภาวะอื่น ๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพในบริบทที่หลากหลาย

2. ควรมีการวิจัยในเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อสำรวจอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมในการนำเครื่องมือ SOS Score ไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนากลยุทธ์ส่งเสริมการใช้งานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิกา สิริแสน.(2558).ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม
2. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลเวชสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปีงบประมาณ 2567. ยโสธร: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
3. รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, และบุญส่ง พัจนสุนทร (บ.ก.). (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ:สมาคมเวชบำบัดวิกฤต.
4. R Champunot et al. 2012. Saving 500 Live Campaign: another way to improvethe mortality rate of patients with severe sepsis and septic shock. Crit Care. 2012; 25:857– 867. doi: 10.1186/cc11792.2012.11.005.[PubMed] [Cross Ref].
5. Smith, D., Brown, J., & Wilson, L. (2020). Impact of early warning scores on patient deterioration recognition and response. Critical Care Medicine, 48(7), 937-944.
6. Jones, A., Smith, B., & Taylor, C. (2018). Early warning scores and pneumonia patient outcomes: A systematic review. Journal of Clinical Nursing, 27(3-4), 450-460.
7. NHS England. (2022). Structured Observation Score (SOS) implementation guide. Retrieved from https://www.england.nhs.uk
8. Kumar, R., Lee, A., & Roberts, J. (2019). Barriers to effective implementation of early warning systems: A qualitative study. *Nursing Management*, 26(2), 22-28.

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

Effect of using nursing practice guidelines for the prevention of phlebitis from fluid administration in the Inpatient Ward of Nam Som Hospital,Udon Thani Province.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 21,2026 ; Accepted: February 23,2026)

สุนทรา ทีทอง[1]
Sountara Teetong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน และอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 25 คน และกิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 165 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แนวปฏิบัติการพยาบาล 4 ระยะ ที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม 7.36 เป็น 14.60 (S.D. = 0.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และมีสัดส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.90 เป็นร้อยละ 83.20 โดยระยะการให้สารน้ำมีพัฒนาการสูงสุด นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.32) และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับความรุนแรงที่ 2–4

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ, สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines in improving nurses' knowledge and clinical skills and reducing the incidence of phlebitis. The study followed the PDCA cycle and a one-group pretest-posttest design, conducted from November 2025 to January 2026. The participants included 25 professional nurses and 165 patients. The instruments consisted of evidence-based nursing guidelines across four phases, as well as evaluation forms for knowledge, practice, and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed that after implementing the guidelines, the nurses' mean knowledge scores significantly increased from 7.36 to 14.60 ($p < .001$). The overall proportion of correct nursing practices rose from 58.90% to 83.20%, with the highest improvement observed during the infusion phase. Nurses expressed a high level of satisfaction with the guidelines ($\bar{X}$ = 4.15), and no incidences of grade 2–4 phlebitis were reported.

Keywords: Nursing practice guidelines, Phlebitis, Peripheral intravenous infusion

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Venous Cannulation) เป็นหัตถการพื้นฐานที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ข้อมูลระบุว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 60-90 จำเป็นต้องได้รับสารน้ำ ยา หรือสารอาหารผ่านทางหลอดเลือดดำ[1-2] แม้จะเป็นหัตถการที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร แต่การใส่สาย

[1] พยบ.โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

สวนหลอดเลือดดำส่วนปลายมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ซึ่งเป็นการอักเสบของผนังหลอดเลือดดำชั้นใน (Tunica intima) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวด บวม แดง และร้อนตามแนวหลอดเลือด[3] อุบัติการณ์ของหลอดเลือดดำอักเสบในระดับสากลพบได้สูงถึงร้อยละ 70 ขึ้นอยู่กับบริบทการดูแล[4,5] ในขณะที่องค์กร Infusion Nurses Society (INS) กำหนดเกณฑ์มาตรฐานว่าไม่ควรเกินร้อยละ 5[6]

กลไกการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบแบ่งเป็น 3 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) การอักเสบจากปัจจัยทางกายภาพ (Mechanical phlebitis) ซึ่งเกิดจากการเสียดสีของสายสวนกับผนังหลอดเลือด 2) การอักเสบจากปัจจัยทางเคมี (Chemical phlebitis) ที่เกิดจากสารน้ำที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) หรือความเข้มข้นที่ไม่เหมาะสม และ 3) การอักเสบจากจุลชีพ (Bacterial phlebitis)[3,6] ภาวะเหล่านี้ไม่เพียงสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด[2,5] ขยายระยะเวลาการพำนักในโรงพยาบาล และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์[7] ดังนั้น การประเมินอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือมาตรฐาน อาทิ แบบประเมิน VIP (Visual Infusion Phlebitis score) จึงมีความสำคัญยิ่งในการตรวจพบอาการในระยะเริ่มแรก[6,8]

โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พบอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบในหอผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2566 สูงถึง 10.42 ครั้งต่อ 1,000 วันการใส่สายสวน[9] ผลการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าสาเหตุเกิดจากแนวปฏิบัติที่ขาดความเป็นเอกภาพ และสมรรถนะของพยาบาลในการประเมินปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม[10,11] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom ที่ระบุว่าพฤติกรรมการปฏิบัติงานต้องอาศัยทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่ถูกต้อง[12] นอกจากนี้ การขาดนวัตกรรมในการยึดตรึงสายสวนที่เหมาะสมยังเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดได้ง่าย[13]

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับวงจรคุณภาพ PDCA เป็นกรอบในการดำเนินงาน[14] โดยมุ่งเน้นการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Guidelines: NPGs) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การเลือกตำแหน่ง การเลือกขนาดเข็มที่เหมาะสมกับหลอดเลือด เทคนิคการแทงที่ปราศจากเชื้อ และการใช้นวัตกรรมการยึดตรึง อาทิ แนวคิด "Save IV Line" เพื่อลดการเคลื่อนไหวของสายสวน[13] การพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ[6,11]

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในครั้งนี้ จึงมิใช่เพียงการปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน แต่เป็นการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานสากล[6] การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติฯ ต่อระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติของพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เพื่อสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลน้ำโสมสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ต่อการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA (Plan-

Do-Check-Act) ร่วมกับรูปแบบการศึกษาเชิงทดลองแบบ กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (The one-group pre-test post-test design) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในสภาวะการณ์จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจำแนกประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ส่วน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำการ ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 25 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน เพื่อให้มีความคุ้นเคยกับบริบทของหน่วยงาน 2) เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria): พยาบาลวิชาชีพที่ลาพักการศึกษา ลาคลอด หรือย้ายหน่วยงานระหว่างดำเนินการวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี และมีความจำเป็นต้องได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Intravenous Therapy) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2568-มกราคม พ.ศ.2569

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำโสม ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Cochran[15] ในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน โดยผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (Z = 1.96) และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 (d = 0.05) ในการนี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาความชุกของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำในประเทศไทย ซึ่งพบอุบัติการณ์ร้อยละ 5.10^4 จึงกำหนดค่าสัดส่วนประชากร (p) เท่ากับ 0.05 เพื่อใช้ในการคำนวณ ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นได้จำนวน 138 ราย และเพื่อให้ครอบคลุมกรณีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Attrition rate) ผู้วิจัยได้สำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 165 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการใส่สายสวนและได้รับสารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลายต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 2) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณผิวหนังที่จะใส่สายสวน อาทิ บาดแผลไฟไหม้ หรือการติดเชื้อที่ผิวหนัง 3) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลอื่นก่อนครบกำหนดการประเมินตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำแนกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือหลักคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อจังหวัดอุดรธานี ร่วมกับแนวปฏิบัติของชมรมเครือข่าย

พยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย[8] ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล 4 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะการเตรียมการก่อนให้สารน้ำหรือยา ประกอบด้วยการเตรียมอุปกรณ์ ตรวจสอบความถูกต้องตามแผนการรักษา และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

1.2 ระยะการให้สารน้ำ มุ่งเน้นความสะอาดของมือ การยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) อย่างเคร่งครัด การเลือกตำแหน่งที่เหมาะสม และเทคนิคการยึดตรึงวัสดุอุปกรณ์

1.3 ระยะการดูแลระหว่างได้รับสารน้ำ การเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำตามเกณฑ์มาตรฐาน

1.4 ระยะการดูแลหลังได้รับสารน้ำ การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องภายหลังถอดสายสวน การจัดการเมื่อเกิดภาวะอักเสบ และการบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การอบรมด้านการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 คะแนนเมื่อตอบถูกต้อง การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)[16]

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล แบบประเมินทักษะจำนวน 30 ข้อ โดยการสังเกตการปฏิบัติจริง (ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)[17]

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อคำถาม โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแปลผล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และจำแนกความพึงพอใจออกเป็น 2 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66) และความพึงพอใจระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33)[18]

2.5 แบบบันทึกอุบัติการณ์ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ พัฒนาตามเกณฑ์ความรุนแรงระดับ 2-4 คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ} = \frac{\text{จำนวนครั้งการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 2-4} \times 1{,}000}{\text{จำนวนวันรวมของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ}}$$

หมายเหตุ: เกณฑ์เป้าหมายคืออัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่าร้อยละ 5 หรือต่ำกว่า 5 ครั้งต่อ 1,000 วันการให้สารน้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อมีค่าระหว่าง 0.80-1.00 และดัชนีความตรงตามเนื้อหาในภาพรวม (CVI) เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ PDCA จำแนกกระบวนการออกเป็น 3 ระยะหลัก ครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (Phase: P - Plan)

1.1 การประสานงานและการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และ

ระเบียบวิธีวิจัยต่อผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อขออนุมัติดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดและพิทักษ์สิทธิ์แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การเตรียมเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความพร้อมของแนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบประเมินผลเครื่องมือวิจัยทุกชุดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้ว

2. ระยะดำเนินการ (Phase: D - Do & C - Check) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาสมรรถนะและนำแนวปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติจริงผ่านกระบวนการ ดังนี้

2.1 การประเมินก่อนการดำเนินการ ประเมินความรู้พื้นฐาน (Pre-test) ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบก่อนเริ่มโครงการ

2.2 การสร้างเสริมสมรรถนะ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล 4 ระยะ (ระยะการเตรียม, การให้, การดูแลระหว่างให้ และหลังให้สารน้ำ) รวมถึงการสาธิตย้อนกลับ (Return Demonstration) ในทักษะสำคัญ อาทิ เทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) และการทำความสะอาดมือตามมาตรฐาน

2.3 การทดลองใช้และนิเทศทางคลินิก ทดลองใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินการนิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision) อย่างใกล้ชิด ร่วมกับกระบวนการสะท้อนข้อมูล (Reflection) และให้คำแนะนำรายบุคคลในช่วงการรับ-ส่งเวร เพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน

2.4 การประเมินหลังการอบรม ประเมินความรู้ภายหลังการอบรม (Post-test) เพื่อตรวจสอบพัฒนาการทางความรู้

2.5 การปฏิบัติจริงและรวบรวมข้อมูล นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างจำนวน 165 ราย

3. ระยะสรุปและประเมินผล (Phase: A - Act) ภายหลังการดำเนินการต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการสรุปผลดังนี้

3.1 การประเมินผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 165 ราย

3.2 การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบและทัศนคติ วิเคราะห์อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ยั่งยืนของหน่วยงานสืบไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยจำแนกสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์การศึกษาเบื้องต้น ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน รวมทั้งใช้เปรียบเทียบสัดส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ใช้สำหรับวิเคราะห์คะแนนความรู้ ระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่อง อาทิ อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อ

ป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ระหว่างก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี UDREC 1969 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 25 คน ปฏิบัติงานประจำการ ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำโสม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 23 คน (ร้อยละ 92.00) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 23–57 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.52 ปี (S.D. = 8.74) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า กลุ่มที่มีสัดส่วนสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 31–35 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 32.00) รองลงมาคือกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 28.00) และกลุ่มอายุ 25–30 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20.00) ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษา พยาบาลวิชาชีพทุกรายสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100.00) ด้านสถานภาพส่วนใหญ่สมรส จำนวน 15 คน (ร้อยละ 60.00) และสถานภาพโสด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 40.00) สำหรับประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่ามีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.36 ปี (S.D. = 9.64) โดยมีอายุงานระหว่าง 0.8–35.0 ปี เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การทำงานพบว่า พยาบาลที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี มีสัดส่วนสูงสุดจำนวน 11 คน (ร้อยละ 44.00) รองลงมาคือกลุ่มอายุงาน 1–3 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 24.00) และกลุ่มอายุงาน 4–6 ปี กับ 7–10 ปี มีจำนวนเท่ากันคือกลุ่มละ 3 คน (ร้อยละ 12.00) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาด้านการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจำนวน 22 คน (ร้อยละ 88.00) โดยมีเพียง 3 คนที่เคยผ่านการอบรมดังกล่าว (ร้อยละ 12.00)

2. การเปรียบเทียบระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ(n = 25)

ระยะการทดสอบ	$\bar{x}$	S.D.	Mean Diff.	95% CI of Diff.	t	p
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ	7.36	1.18				
หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ	14.60	0.64	7.24	6.75 to 7.73	29.85	< .001*

*p-value < .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้พบว่า ภายหลังการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองเท่ากับ 14.60 (S.D. = 0.64) สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.36 (S.D. = 1.18) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ทั้งนี้ พบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 7.24 โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของความแตกต่างระหว่าง 6.75 ถึง 7.73 (95% CI: 6.75 – 7.73) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีพัฒนาการด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

3. ผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n=165)

การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางป้องกัน	ก่อนใช้แนวทางฯ		หลังใช้แนวทางฯ	
การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเตรียมก่อนให้สารน้ำ	483	58.5	678	81.9
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	1152	58.2	1656	83.6
การดูแลขณะให้สารน้ำ	595	60.1	826	83.4
การดูแลหลังถอดเข็มให้สารน้ำ	685	59.4	961	83.3
รวม	2915	58.9	4119	83.2

จากตารางที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างจำนวน 165 ราย เพื่อประเมินความสอดคล้องของการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติฯ พบว่า ภายหลังการดำเนินการ พยาบาลวิชาชีพมีสัดส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกระยะ โดยในภาพรวมมีสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.90 เป็นร้อยละ 83.20

เมื่อพิจารณารายระยะพบว่า ระยะที่มีการพัฒนาสูงสุดคือ ระยะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ซึ่งมีสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.60 รองลงมาคือระยะการดูแลระหว่างได้รับสารน้ำ (ร้อยละ 83.40) และระยะการดูแลหลังถอดสายสวน (ร้อยละ 83.30) ตามลำดับ

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ

พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.15, S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน ($\bar{X}$= 4.64, S.D. = 0.49) รองลงมาคือ แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและส่งผลดีต่อผู้รับบริการ ($\bar{X}$= 4.44, S.D. = 0.51) และแนวปฏิบัติช่วยให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 4.32, S.D. = 0.56) ตามลำดับ

5. อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับความรุนแรงที่ 2–4 แม้จะตรวจพบอุบัติการณ์ในระดับความรุนแรงที่ 1 จำนวน 4 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์การดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ พบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.90 เป็นร้อยละ 83.20 ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อประสม (PowerPoint) และกิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้แสดงความคิดเห็นและสะท้อนปัญหาจากการปฏิบัติงานจริง การจัดอบรมในครั้งนี้ถือเป็นการฟื้นฟูทักษะทางวิชาการให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำมาก่อน นอกจากนี้ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการยังช่วยส่งเสริมความเข้าใจและทักษะการปฏิบัติงานให้เพิ่มขึ้น กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นความคิดรวบยอด จนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของ

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งระบุว่ารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้ที่หลากหลายส่งผลให้พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำวงจรพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) มาเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ[14] ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เริ่มจากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์มาตรฐาน[6,9] และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ร่วมกับแนวปฏิบัติของชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย[8] มาประยุกต์เป็นแนวปฏิบัติฯ ในระดับจังหวัด การกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดดำอักเสบที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาประสิทธิผลของนวัตกรรม "Save IV Line" ที่นำกระบวนการ PDCA มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพ ความสะดวก และความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย[13-14] จากนั้นทีมพัฒนาจึงร่วมกันจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติฯ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการก่อนให้สารน้ำ 2) ระยะการให้สารน้ำ 3) ระยะการดูแลระหว่างได้รับสารน้ำ และ 4) ระยะการดูแลหลังถอดสายสวน โดยกำหนดให้หัวหน้างานหรือหัวหน้าทีมทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศ ติดตาม และกำกับดูแล พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลมาสะท้อนผลการประเมินในการประชุมอย่างสม่ำเสมอ

สอดคล้องกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่พบว่า แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงจะช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นหัตถการที่ต้องอาศัยทักษะและเทคนิคเฉพาะทางสูง ตั้งแต่เทคนิคการทำความสะอาดมือ เทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) ในการเตรียมผิวหนัง การเลือกตำแหน่งและเทคนิคการยึดตรึงวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ**6** อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบกิจกรรมที่มีสัดส่วนการปฏิบัติในระดับต่ำ ได้แก่ การล้างมือที่ถูกต้องตามขั้นตอน การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะใส่สายสวน และการสวมถุงมือสะอาดก่อนปฏิบัติหัตถการ เนื่องจากข้อจำกัดในการคลำหาเส้นเลือดในผู้ป่วยที่หาตำแหน่งหลอดเลือดได้ยาก ซึ่งประเด็นดังกล่าวยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบได้[2,5-6] จึงมีความจำเป็นต้องสร้างความตระหนักและนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงในวงจรการพัฒนาคุณภาพรอบถัดไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและส่งผลดีต่อผู้รับบริการ และแนวปฏิบัติช่วยให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อีพิเนฟฟิน[19] เช่นเดียวกับการมีแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมได้เกิดการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นการสร้างประสบการณ์ เพิ่มความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนทำให้ตระหนักถึงผลลัพธ์เชิงบวกที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถหลีกเลี่ยงได้[12,16]

ด้านอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำถือเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป แต่ยังตรวจพบผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 1

จำนวน 4 ราย โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงและปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย (ผู้สูงอายุ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรั่วของยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พบว่า ชนิดของยาและวัยสูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว[20]

ภายหลังการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดการเรียนรู้และสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม[6] ทั้งนี้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติตามเทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique)[2,5-6] อย่างเคร่งครัดในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การล้างมือที่มีประสิทธิภาพ การเลือกตำแหน่งหลอดเลือดที่เหมาะสม การยึดตรึงอุปกรณ์ ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการแสดงเบื้องต้น ซึ่งการประเมินพบภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระยะเริ่มแรกจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีก่อนที่ความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไปประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานหลักในหน่วยงานต่าง ๆ ภายในกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เป็นเอกภาพ (Standardization) และยกระดับคุณภาพการพยาบาลทั่วทั้งองค์กร

1.2 ควรพัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้ให้มีความหลากหลาย โดยเฉพาะการผลิตสื่อวีดิทัศน์สาธิตทักษะการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติฯ เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและทบทวนทักษะเฉพาะทางได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความคงทนขององค์ความรู้ (Knowledge Retention)

1.3 ควรบูรณาการระบบประเมินปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) เข้ากับกระบวนการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและการป้องกันเชิงรุกที่เข้มงวดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเฉพาะทาง (Specialized Clinical Supervision Model) สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำ เพื่อสร้างระบบการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นระบบและยั่งยืน

2.3 ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินความคงทนของสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาล และศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Cost-effectiveness analysis) ของการใช้แนวปฏิบัติฯ ในการลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการบริหารจัดการภาวะแทรกซ้อนในสถานพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Berger S, Winchester K, Principe RB, Culverwell E.(2022). Prevalence of peripheral intravenous catheters and policy adherence: A point prevalence in a tertiary care university hospital. J Clin Nurs. 2022;31(15-16):2324-2330. doi:10.1111/jocn.16051.
2. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, et al.(2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. MMWR Recomm Rep. 2002;51(RR-10):1-29.
3. มธุรดา บรรจงการ, นุชนาถ ประกาศ, จริญญา แก้วสกุลทอง.(2564). หลอดเลือดดำอักเสบ: ภัยเงียบที่ป้องกันได้ด้วยพยาบาล. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2564;38(3):357-363.

4. ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ, สุวดี สุขีนิตย์, จิราพร เชาว์โพธิ์ทอง.(2567). การสำรวจความชุกของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในประเทศไทย. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2567;20(2):7-19.
5. Centers for Disease Control and Prevention.(1996). Guideline for prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control. 1996;24(4):262-293.
6. Infusion Nurses Society.(2021). Infusion therapy standards of practice (8th ed.). J Infus Nurs. 2021;44(1S Suppl 1):S1-S224.
7. Olivier RC, Wickman M, Skinner C, Ablir L.(2021). The impact of replacing peripheral intravenous catheters when clinically indicated on infection rate, nurse satisfaction, and costs in CCU, step-down, and oncology units. Am J Infect Control. 2021;49(3):327-332. doi:10.1016/j.ajic.2020.07.036.
8. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย.(2561). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ: ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย; 2561.
9. โรงพยาบาลน้ำโสม.(2567). รายงานการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อประจำปี พ.ศ. 2567. น้ำโสม: คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำโสม.
10. นภา อุทัยศรี.(2566). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน. 2566;1(3):199-214.
11. มณเทียร โคตรชมพู.(2567). ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสุขภาพและชุมชน. 2567;2(3):151-164.
12. Bloom BS, et al.(1975). Taxonomy of educational objectives: Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay.
13. ณีรนุช วงค์เจริญ, พิมพ์ใจ ลังการ์พินธุ์, พัชรินทร์ ไชยบาล, และคณะ.(2567). ประสิทธิผลของนวัตกรรม Save IV Line. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):259-268.
14 Deming W.(1993). The PDCA cycle: A quality approach. Cambridge (MA): MIT; 1993.
15. Cochran WG.(1977). *Sampling techniques.* 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
16. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
17. DeVellis RF.(2016). Scale development: theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2016
18. Sullivan GM, Artino AR Jr.(2013). Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. J Grad Med Educ. 2013;5(4):541-542. doi:10.4300/JGME-5-4-18.
19. ปาจารีย์ ศักดิ์วาลี้สกุล, อุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม.(2562). ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อีพิเนฟฟิน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2562;25(2):92-108.
20. ลำดวน มีภาพ, อนัฆพงษ์ พันธุ์มณี, คำผล สัตยวงษ์, และคณะ.(2563). ผลการทดสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการของการรั่วของยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;1(4):288-30

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Factors associated with treat to target of gouty arthritis at King Narai Hospital.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 21,2026 ; Accepted: February 23,2026)

วุฒิรักษ์ ลีลาเศรษฐกุล[1]
Wuttirak Leelasattakul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายคือระดับกรดยูริกน้อยกว่า 6 มก.ต่อดล. เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์(รหัส ICD 10 M100-109) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multi-logistic regression analysis) โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value < 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 146 ราย โดยลักษณะพื้นฐานของประชากรทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นประวัติการดื่มสุรา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การไม่ดื่มสุรา (adjusted OR 4.16, 95% CI 1.73-10.05, *p* 0.002) ขนาดของยา allopurinol ที่มากกว่า 100 มก.ต่อวัน (adjusted OR 2.22, 95% CI 1.04-4.73, *p* 0.040) และแพทย์ผู้รักษาเป็นอายุรแพทย์ (adjusted OR 2.16, 95% CI 1.02-4.55, *p* 0.043)

คำสำคัญ: เกาต์ การรักษาตามเป้าหมาย

Abstract

This study aimed to determine the factors associated with the targeted treatment of gouty arthritis, which recommends targeting serum uric acid levels <6 mg/dl. Methods: This study was survey research by collecting retrospective data of patients who were diagnosed with gouty arthritis, ICD-10 M100-109 code, who received treatment in the outpatient department at King Narai Hospital, Lopburi, between 1st January 2022 and 31st July 2025. The analysis examined the factors correlated with treat-to-target using multi-logistic regression and reported with odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI). A statistical significance level of p-value <0.05.

Result: The Study samples were 146 patients. There was no significant difference in baseline characteristics between groups except for alcohol consumption. The factors associated with the treat-to-target of gouty arthritis were no alcohol consumption (adjusted OR 4.16, 95% CI 1.73-10.05, *p* 0.002) dosage of allopurinol > 100 mg/day (adjusted OR 2.22, 95% CI 1.04-4.73, *p* 0.40) and physicians specialties as internist (adjusted OR 2.16, 95% CI 1.02-4.55, *p* 0.043)

Keywords: gout, treat-to-target

บทนำ

โรคเกาต์ (gout) เป็นโรคข้ออักเสบที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์ร้อยละ 1-2 และมีอัตราการเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา[1] อุบัติการณ์ของโรคยังพบเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบร้อยละ 7 ในเพศชายที่อายุมากกว่า 65 ปี และร้อย

[1] พ.บ.กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ละ 3 ในเพศหญิงที่อายุมากกว่า 85 ปี[2,3] นอกจากนี้ โรคเกาต์ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด[4] กลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome)[5] และโรคเบาหวาน[6] การกำเริบของข้ออักเสบเฉียบพลันจากโรคเกาต์นำไปสู่อาการปวดอย่างรุนแรงและส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญได้แก่ การลดอาการข้ออักเสบให้เร็วที่สุด การป้องกันไม่ให้เกิดข้ออักเสบกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลึกยูเรตหรือผลึกยูริกไปสะสมในข้อ ไต และเนื้อเยื่ออื่น ๆ ในร่างกาย และการป้องกันโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เป็นต้น[7,8,9] โดยการรักษามีเป้าหมายลดระดับกรดยูริกให้น้อยกว่า 6 มก.ต่อ ดล.[10]

แม้ว่าโรคข้ออักเสบเกาต์เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ แต่ยังมีปัญหาทั้งในการวินิจฉัยโรคและการรักษา ดังเช่นจากการศึกษาของ Sarawate CA และคณะ ได้ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ในสหรัฐอเมริกาจำนวน 5,942 ราย พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย allopurinol ไม่ได้รับการตรวจระดับกรดยูริกในเลือดภายใน 180 วันหลังการรักษา[11] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Singh JA และคณะในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์จำนวน 3,658 รายพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน[12] ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้น จากการศึกษาของนวรัตน์ เจตนานนท์ที่ทำการศึกษาการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์แบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จำนวน 151 ราย พบว่ามีการปรับยาลดกรดยูริกเพื่อให้ได้ระดับตามเป้าหมายการรักษาเพียงร้อยละ 13.9 และ 13.5 ที่ระยะเวลา 1 ปี และ 2 ปี หลังเริ่มการรักษา[13] สอดคล้องกับการศึกษาของพันธ์จง หาญวิวัฒนกุล และ รัชพฤกษ์ วงษ์เดช ที่ทำการศึกษาการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์แบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์จำนวน 139 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 33 ที่มีระดับกรดยูริกได้ตามเป้าหมาย[14]

การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการดูแบรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และมีการปรับยาลดกรดยูริกตามเป้าหมายต่ำ ดังนั้นการศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงและวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ให้ได้ระดับกรดยูริกตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น ลดอาการกำเริบของข้ออักเสบ ลดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมาย และมีวัตถุประสงค์รองคือเพื่อศึกษาความชุก ลักษณะของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้ออักเสบเกาต์ และการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์ (รหัส ICD-10 M100-109) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ ต้องมีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบเกาต์โดยแพทย์ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก ได้แก่ allopurinol หรือ febuxostat ต้องมีการ

ตรวจติดตามการรักษาอย่างน้อย 1 ปี และต้องมีการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับกรดยูริกอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี ถ้าผู้ป่วยมีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์จะพิจารณาตัดข้อมูลรายนั้นออกไป

จากการทบทวนวรรณกรรมของจินตหรา มังคะละ[15] พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรักษาโรคเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในระยะเวลา 1 ปีแรกอย่างมีนัยสำคัญคือ คือระดับการทำงานของไต ≥ 60 มล./นาที/1.73 ม^2 ก่อนการรักษา คิด adjusted OR 2.548 ดังนั้นเมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้ประชากร 73 คนต่อกลุ่ม หรือ 146 คนต่อการศึกษา

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ากลางและพิสัย โดยขึ้นอยู่กับการกระจายของข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานเป็นร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายใช้ Chi-square test, Fisher's exact test หรือ Independent t test และนำเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) ต่อโดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและไม่ได้ตามเป้าหมายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญยกเว้นประวัติการดื่มสุรา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 127 ราย (ร้อยละ 87.58) อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายอยู่ที่ 62.25 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.94) และกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายอยู่ที่ 59.59 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.44) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมาย 26.73 กก./ม^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.89) และ 27.15 กก./ม^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.78) ในกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคข้ออักเสบเกาต์น้อยกว่า 5 ปี โรคประจำตัวร่วมด้วยที่พบได้แก่ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 54.79) ไตเสื่อมเรื้อรัง (ร้อยละ 40.41) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 67.80) มีประวัติการดื่มสุราร้อยละ 75 และตรวจพบปุ่มก้อนโทฟัสร้อยละ 87.5 ในกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย ระดับกรดยูริกก่อนการรักษาในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายเฉลี่ย 8.89 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.62) และ 9.31 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48) ในกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้รับยาลดกรดยูริกส่วนใหญ่เป็น allopurinol ร้อยละ 95.89 และ febuxostat ร้อยละ 4.11 การเกิดข้ออักเสบเฉียบพลันภายหลังการเริ่มยาลดกรดยูริกในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 41.86 และกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 58.14 โดยร้อยละของการได้รับยา colchicine เพื่อป้องกันการข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันคิดเป็น 47.97 และ 52.03 ในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายตามลำดับ ร้อยละ 62.26 ของกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และร้อยละ 58.54 ของกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไป การขาดนัดติดตามพบได้ร้อยละ 60 ในกลุ่ม

ที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายและร้อยละ 40 ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามเป้าหมาย

จากการวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การไม่ดื่มสุรา (adjusted OR 4.16, 95% CI 1.73-10.05, p 0.002) ขนาดของยา allopurinol ที่มากกว่า 100 มก.ต่อวัน (adjusted OR 2.22, 95% CI 1.04-4.73, p 0.040) และแพทย์ผู้รักษาเป็นอายุรแพทย์ (adjusted OR 2.16, 95% CI 1.02-4.55, p 0.043)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์มีระดับกรดยูริกก่อนเริ่มการรักษาอยู่ที่ 8.89 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.62) และ 9.31 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48) ในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและไม่ได้ตามเป้าหมายตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาลดกรดยูริกเป็น allopurinol และกลุ่มที่ได้รับการรักษาได้ตามเป้าหมายจะมีขนาดของยา allopurinol ที่มากกว่า 200 มก./วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาSTOP Gou Trial ก่อนหน้าพบว่าขนาดของยา allopurinol โดยเฉลี่ยที่จะทำให้การรักษาได้ตามเป้าหมายอยู่ที่ 400 มก./วัน และมีผู้เข้าร่วมการศึกษากว่าร้อยละ 54.5 ที่ต้องปรับขนาดยา allopurinol ในขนาดที่มากกว่า 300 มก./วัน[16] นอกจากนี้จากคำแนะนำของ 2020 American College of Rheumatology (ACR) Guideline for the management of Gout แนะนำให้เริ่มยาลดกรดยูริกในขนาดต่ำและค่อย ๆ ปรับขนาดยาขึ้นอย่างช้าๆ ถ้าการรักษายังไม่ได้เป้าหมาย กล่าวคือควรเริ่ม allopurinol ขนาดไม่เกิน 100 มก./วันในผู้ที่มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ม^2 และเริ่มในขนาด 1.5 เท่าของอัตราการกรองในผู้ที่อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ม^2 ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ามีการใช้ยา allopurinol ที่มีขนาดสูงเกินกว่าคำแนะนำเริ่มต้นในผู้ป่วยหลายราย ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันได้[10] ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานยาต่อ และการเริ่มยาในขนาดสูงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการแพ้ยา allopurinol ชนิดรุนแรงได้ (allopurinol induced SCARs)[17] และการได้รับยา colchicine เพื่อป้องกันข้ออักเสบซ้ำขณะเริ่มยาลดกรดยูริก (colchicine prophylaxis) สัมพันธ์กับการกำเริบของข้ออักเสบที่ลดลง[18] ซึ่งในการศึกษานี้จะเห็นว่ามีผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนหนึ่งไม่ได้รับยา colchicine เพื่อป้องกันการเกิดข้ออักเสบซ้ำและมีการเกิดข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันขึ้นถึงร้อยละ 41.86 และ 58.14 ในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและรักษาไม่ได้ตามเป้าหมายตามลำดับ

การไม่ดื่มสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรักษาข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่จะไม่ดื่มสุรา ซึ่งจากก่อนหน้าของ Ralston SH พบว่าระดับกรดยูริกของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราจะต่ำกว่ากลุ่มที่ดื่มสุราประมาณ 1.6 มก./ดล.และมีโอกาสเกิดข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันได้สูงขึ้นถึงร้อยละ 40 หลังจากดื่มแอลกอฮอล์ 24 ชั่วโมงหลังการดื่ม[19] ซึ่งการกำเริบนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อยากรักการรักษาต่อมาได้ ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) โดยเฉพาะการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากอายุรแพทย์มีโอกาสบรรลุเป้าหมายการรักษาสูงกว่าแพทย์ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยนี้อาจเนื่องมาจากองค์ความรู้และประสบการณ์ของอายุรแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ ซึ่งรวมถึงการติดตามและปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม การให้คำแนะนำด้าน

โภชนาการและการจัดการโรคร่วมเพื่อให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ได้แก่ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังทำให้มีข้อมูลบางส่วนไม่ครบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามระดับกรดยูริกหลังเริ่มการรักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ได้ถูกรวมเข้ามาอยู่ในการศึกษานี้ การวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์อาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลักไม่ได้มีการเจาะข้อเพื่อตรวจหาผลึกยูเรตซึ่งเป็นการยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน นอกจากนี้ยังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรักษาให้ได้ตามเป้าหมายที่ไม่ได้เก็บรวบรวมในการศึกษานี้ เช่น การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (medication compliance) การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรม (lifestyle modification) ความถี่ของการนัดติดตามการรักษา การรักษาขณะที่โรคกำเริบ เป็นต้น ในอนาคตอาจพิจารณาออกแบบงานวิจัยแบบไปข้างหน้าโดยเก็บรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เพิ่มเติมซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริง (real world practice) เพื่อนำมาวางแผน แก้ไข ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การงดดื่มสุรา การปรับขนาดยา allopurinol และ การรักษาโดยอายุรแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการรักษา การประเมินปัจจัยเหล่านี้จะช่วยวางแผนการรักษาและเพิ่มความสำเร็จในการรักษาข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. K. L. Wallace, A. A. Riedel, N.Joseph-Ridge and R.Wortmann. J Rheumatol 2004 Vol.31 Issue 8 Pages 1582-7.
2. R. C. Lawrence, C. G. Helmick, F. C. Arnett, R. A. Deyo, D. T. Felson, E. H. Giannini, et al. Arthritis Rheum 1998 Vol. 41 Issue 5 Pages 778-99.
3. T. R. Mikuls, J. T. Farrar, W. B. Bilker, S. Fernandes, H. R. Schumacher, Jr. and K. G. Saag. Ann Rheum Dis 2005 Vol. 64 Issue 2 Pages 267-72.
4. E. Krishnan, J. F. Baker, D.E. Furst and H. R. Schumacher. Arthritis Rheum 2006 Vol. 54 Issue 8 Pages 2688-96.
5. H. K. Choi and E. S. Ford. Am J Med 2007 Vol. 120 Issue 5 Pages 442-7.
6. H. K. Choi, M. A. De Vera and E. Krishnan. Rheumatology (Oxford) 2008 Vol. 47 Issue 10 Pages 1567-70.
7. Richette P, Bardin T. Gout. Lancet. 2010 Jan 23;375(9711):318-28.
8. Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, Abhishek A. Gout. Lancet. 2021 May 15;397(10287):1843-55.
9. Deesomchoke U. Management of patients with joint diseases and rheumatism. Revised ed: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University;2005.
10. J. D. FitzGerald, N. Dalbeth, T. Mikuls, R. Brignardello-Petersen, G. Guyatt, A. M. Abeles, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care Res (Hoboken) 2020 Vol. 72 Issue 6 Pages 744-760.
11. Saraswate CA, Brewer KK, Yang W, Patel PA, Schumacher HR, Saag KG, et al. Gout medication treatment patterns and adherence to standards of care from a managed care perspective. Mayo Clin Proc 2006 Jul; 81(7):925-34.
12. Singh JA, Hodges JS, Toscano JP, Asch SM. Quality of care for gout in the US needs improvement. Arthritis Rheum. 2007 Jun 15;57(5):822-9.
13. Chetanananda N. Drug Utilization review in patients with gouty arthritis at Takuatung Hospital. Med J Reg 11 2016;30: 115-28.

14. Hanvivadhanakul P, Wongdet R. Outcome of Treatment in Gouty Arthritis Patients: A Retrospective Study. J Med Assoc Thai. 2015 Apr;98 Suppl 3: S46-50.
15. Mangkala jintara. Treat-to-target of Gouty Arthritis at Rak-Kor Clinic Nongkhai Hospital. Journal of The Department of Medical Services 2022 Vol. 47 Issue 2 Pages 69-77.
16. L. N. Helget, A. Davis-Karim, J. R. O'Dell, T. R. Mikuls, J. A. Newcomb, M. Androsenko, et al. Am J Kidney Dis 2024 Vol. 84 Issue 5 Pages 538-545.
17. L. K. Stamp, W. J. Taylor, P. B. Jones, J. L. Dockerty, J. Drake, C. Frampton, et al. Arthritis Rheum 2012 Vol. 64 Issue 8 Pages 2529-36.
18. Janssen CA, Oude Voshaar MAH, Klooster PMT, Vonkeman HE, Laar MAFJ. Prognostic factors associated with early gout flare recurrence in patients initiating urate-lowering therapy during an acute gout flare Clin Rheumatol. 2019 Aug;38(8):2233-9.
19. S. H. Ralston, H. A. Capell and R. D. Sturrock. Br Med J (Clin Res Ed) 1988 Vol. 296 Issue 6637 Pages 1641-2.