ECH Journal

of environmental and community health

VOL.11 NO.3 May - July 2026

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2569

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2569 VOL.11 NO. 3 May – June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม 1
สมบูรณ์ จันทรศิริ ,อุไรวรรณ ประเสริฐสังข์ ,มะรีวัล ไหลหาโคตร์

การพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตกอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 10
สุภาพร ชื่นอภัย

ผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 21
อภิญญา จำปาทอง,พิสิษฐ์นันท์ ปานตัระษี

การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด 29
นวรัตน์ หริ่มปราณี

ผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าปลา อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 40
รองรัตน์ หนูแก้ว

การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Track เพื่อลดระยะเวลารอผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย 48
วัชราภรณ์ เฉลิมมิตร ,ธัญญารัตน์ พันธฤทธิ์

การพยาบาลผู้คลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับการคลอดในโรงพยาบาลมัญจาคีรี: กรณีศึกษา 2 ราย 62
ประครอง ไชยศรี

ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น (Brief Advice / Brief Intervention)โรงพยาบาลโกสุมพิสัย 72
พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร 79
ประมวลรัตน์ พจนา

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม 87
ภูนีรัตน์ ลี้พล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 94
วิภาดา คุยสี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 101
สุพัตรา บุญเอก

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ 110
ปกรณ์ เกียรติวุฒิอมร

การพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ . 121
อังคเรศ บุตรศรีรักษ์

การพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร 137
ปรางค์ทิพย์ พรหมสาขา ณ สกลนคร

การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก; เปรียบเทียบ 2 กรณี 151
ดารุณี แสนโคตร

การพยาบาลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษา 159
ปิยวรรณ ประดิษฐ์ผล

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2569 VOL.11 NO. 3 May – June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี ..... วนิดา จันทรปดา ,สันธนา เสียงอ่อน	169
พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ..... พจนา อัดโดดดร ,จริยา จันทรวิภาค ,พัชยาภรณ์ คงดี	181
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา ..... พุทธินันท์ ชาญโพธิ์	192
การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม : กรณีศึกษา ..... พิษณุ พงษ์สุวรรณ	200
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา ..... ณัชณิชา สุคันธี	209
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็กแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ..... ศรีสุดา สมัดชัย	217
ผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย สุพรรษา มีวิชา ,เอกรินทร์ โปตะเวช และละอองดาว จันทศิลป์	230
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ..... พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์	239
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย ..... จีรญาดา สีหาราช	251
ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ..... เทวารัตน์ แพงคำดี ,ภานุเดช โต๊ะชาลี ,อิศรา ศรีทอง	265
ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในความถี่ที่แตกต่างกันต่อดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่จังหวัดตรัง: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มแยกกลุ่ม ..... วิชัย คุ้นเคย	276
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ..... ประกอบ นารัมย์	287
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย ..... สมพิศ ฉิมพาลี	296
บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน: กรณีศึกษา ..... นิตดาพร มาตรา	308
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน : กรณีศึกษา วัชรี เกตุแก้ว	319
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ..... คะลม ศิริ	330

ECH
JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2569 VOL.11 NO. 3 May – June 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ 340
วิชิต จีนชาติ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี 349
ปัญชนิศ อักษร

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลบ้านฝาง กรณีศึกษา 2 ราย 359
กนกพร ศิริวรประสาท

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันร่วมกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 366
ณัฐฐ์ธนัน โพนนอนสันต์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน 378
กรีเพชร์ แสงศร

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ .. 389
อนุพง นามวงค์

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 39 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – มิถุนายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน การสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม การนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพร การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด การบริบาลทางเภสัชกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Track การพยาบาลผู้คลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับการคลอดในโรงพยาบาลมัญจาคีรี การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ การพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน การกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินกระทรวงสาธารณสุข การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การพยาบาลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว การเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็ก ผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในความถี่ที่แตกต่างกันต่อดัชนีลูกน้ำยุงลาย การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลบ้านฝาง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of a Fast-Track System for Screening and Referral of Patients with Sepsis at the Outpatient Department of Mahasarakham Hospital.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

สมบูรณ์ จันทรศิริ[1] อุไรวรรณ ประเสริฐสังข์[2] มะรีวัล ไหลหาโคตร์[2]
Somboon Jansiri[1] Uraiwan Prasroethsang[2] Mareewan Laihakhot[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการใน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Paired t-test

ผลการศึกษาผลการศึกษาระยะที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยยังไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน บุคลากรใช้ประสบการณ์เป็นหลัก ระบบส่งต่อมีความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง ระยะที่ 2 ได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรอง 2) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 3) การส่งต่อแบบเร่งด่วน และ 4) การดูแลต่อเนื่อง โดยใช้เกณฑ์ SIRS, qSOFA และ S-NEWS มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า บุคลากรสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ครบถ้วน การบันทึกข้อมูลและการใช้เกณฑ์มีความถูกต้องในระดับสูง ระยะที่ 4 สามารถลดระยะเวลาคัดกรอง ระยะเวลาตัดสินใจส่งต่อ และระยะเวลาส่งต่อถึงห้องฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.64)

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, การคัดกรอง, ระบบทางด่วน, การส่งต่อผู้ป่วย

Abstract

This study was a Research and Development (R&D) aimed at developing a screening and referral model for patients with sepsis using a fast-track system in the outpatient department of Mahasarakham Hospital. The study was conducted in four phases: Phase 1, situational and contextual analysis of the existing screening and referral system for sepsis patients; Phase 2, development of the screening and referral model; Phase 3, implementation of the developed model; and Phase 4, evaluation of the model's effectiveness. Data collection instruments included semi-structured interviews, a model suitability assessment form, and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using paired t-test.

The results revealed that in Phase 1, patient screening lacked standardized guidelines, with personnel relying primarily on clinical experience. The referral system was delayed and lacked continuity. In Phase 2, the developed model consisted of four components: (1) screening, (2) decision-support system, (3) fast-track referral, and (4) continuity of care, incorporating SIRS, qSOFA, and S-NEWS criteria. The content validity

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหาสารคาม ผู้รับผิดชอบบทความ: somo2513@ hotmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหาสารคาม

index was 0.89. In Phase 3, implementation results showed that personnel achieved complete screening coverage, with high levels of accuracy in documentation and application of screening criteria. In Phase 4, the model significantly reduced screening time, decision-making time for referral, and time to transfer patients to the emergency department ($p < 0.001$). Personnel satisfaction with the model was at the highest level (mean = 4.64).

Keywords: sepsis; screening; fast-track system; patient referral

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที[1] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 49 ล้านราย และเสียชีวิตมากถึง 11 ล้านราย[2] คิดเป็น ร้อยละ 20 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[3] ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความรุนแรงคือ การวินิจฉัยล่าช้า การประเมินอาการเบื้องต้นไม่ชัดเจน และการเริ่มต้นรักษาที่ไม่ทันเวลา โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่ไม่มีระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะอันตรายได้อย่างรวดเร็ว[4] งานวิจัยในหลายประเทศพบว่าการลดเวลาจากจุดเริ่มต้นของการสงสัยภาวะติดเชื้อจนถึงการให้ยาปฏิชีวนะและการให้สารน้ำสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ[5] ดังนั้นการพัฒนาระบบที่สามารถคัดกรองภาวะ Sepsis ได้ตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นแนวทางสำคัญที่สามารถเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย

แม้จะมีแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เช่น แนวทาง Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) หรือ National Early Warning Score (NEWS) แต่การนำแนวทางเหล่านี้ไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในประเทศไทยยังพบข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านทรัพยากรมนุษย์ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และระยะเวลาที่จำกัดสำหรับการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะ Sepsis มักแสดงอาการไม่จำเพาะ เช่น ไข้ต่ำ อ่อนเพลีย หรือเวียนศีรษะ ซึ่งอาจถูกมองข้ามได้ง่ายในระบบบริการเบื้องต้น[6] ส่งผลให้การวินิจฉัยและการส่งต่อเพื่อการรักษาล่าช้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยอย่างมาก[7] ดังนั้น ระบบการคัดกรองที่รวดเร็วและแม่นยำในแผนกผู้ป่วยนอกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบทางด่วนหรือ “Sepsis Fast Track” ได้อย่างทันท่วงที[8]

แผนกผู้ป่วยนอกถือเป็นประตูด่านแรกของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงในเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการของภาวะติดเชื้อในระยะเริ่มต้น ซึ่งอาจไม่แสดงอาการรุนแรงในทันที จึงทำให้มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง และไม่ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบรักษาอย่างเร่งด่วน[9] การขาดระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในแผนกผู้ป่วยนอกจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา ความจำเป็นในการออกแบบระบบที่สามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Sepsis ได้ตั้งแต่จุดแรกของการรับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ[7]

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับจังหวัดที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความซับซ้อนในการดูแล ในปี พ.ศ.2566-2568 ในโรงพยาบาลมหาสารคามคัดกรองและค้นพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 1,131 คน, 1,398 คน และ 1,341 คน เห็นได้ว่าพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอย่างไรก็ตาม จากการศึกษาภายในและข้อมูลทางระบบงานคุณภาพพบว่าโรงพยาบาลยัง

ไม่มีรูปแบบการคัดกรองภาวะ Sepsis ที่ชัดเจนในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบกับจำนวนผู้เข้ารับบริการจำนวนมากต่อวัน ทำให้การประเมินอาการและการจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงอาจไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ระบบส่งต่อระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกกับแผนกฉุกเฉินยังขาดความเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบเร่งด่วนอาจเกิดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา การพัฒนารูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความผิดพลาดจากการประเมินเบื้องต้น และเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย และจากข้อมูลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย Sepsis โอกาสเสียชีวิต 0.3–1.8 ต่อชั่วโมงที่ล่าช้าและทุก ๆ การล่าช้า 1 ชั่วโมงของการให้ยาปฏิชีวนะทำให้อัตรารอดชีวิตลดลงเฉลี่ย ร้อยละ 7.6 ต่อชั่วโมง[10]

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องอาศัยแนวคิดจากหลายสาขาวิชา ทั้งด้านการพยาบาล การเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และการบริหารระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะแนวคิดของการจัดระบบ Fast Track ที่เน้นการลดเวลารอคอย (Time to Treatment) การวิเคราะห์กระบวนการดูแล (Process Mapping) และการประยุกต์ใช้ Clinical Decision Tools สามารถช่วยให้บุคลากรสามารถจำแนกความรุนแรงของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอย่างมีประสิทธิภาพ[9] นอกจากนี้การออกแบบต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ทั้งในด้านทรัพยากร ความพร้อมของบุคลากร และระบบการส่งต่อภายใน เพื่อให้สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ได้จริงและยั่งยืน[11]

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเกิดคำถามวิจัยว่ารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร จึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้ระบบทางด่วนในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อออกแบบระบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลระดับจังหวัด และสามารถลดระยะเวลาการวินิจฉัยและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในโรงพยาบาลเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่นในเครือข่าย ทั้งนี้คาดว่าการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในยุคที่เน้นความปลอดภัยและความทันเวลา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์กรอบแนวคิด CIPP Model เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วนในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของระบบการคัดกรองและส่งต่อ โดยทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและเก็บข้อมูลเชิงลึกจากบุคลากรด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อนำมาวิเคราะห์ช่องว่างของระบบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การส่งต่อแบบเร่งด่วน และการดูแลต่อเนื่อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ

ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีการอบรมบุคลากรและติดตามการดำเนินงาน และระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในด้านระยะเวลาและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเมินความพึงพอใจของบุคลากร

ประชากรประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหรือด้านระบบบริการ จำนวน 3 คน ระยะที่ 3 บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 คน ที่เข้าร่วมอบรมและทดลองใช้รูปแบบผู้ป่วยจำนวน 30 คน ระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินรูปแบบ และแบบสอบถาม ดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับสภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย Sepsis เก็บข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะเชิงระบบ ระยะที่ 2 ใช้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ด้านความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับบริบท และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยแปลผลตามเกณฑ์ของ Best[12] ระยะที่ 3 ใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อประเมินตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาต้านจุลชีพ ความแม่นยำของการคัดกรอง และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ร่วมกับแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแปลผลตามเกณฑ์ของ Best[12] ระยะที่ 4 ใช้แบบประเมินประสิทธิผลของระบบตามกรอบแนวคิด CIPP Model ครอบคลุมด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแปลผลตามเกณฑ์ของ Best[12] วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Paired t-test

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis (ธันวาคม 2568) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อ (มกราคม 2569) ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (กุมภาพันธ์-เมษายน 2569) และระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (เมษายน 2569)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการ MSKH_REC 68-01-091 ลงวันที่ 29 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกยังไม่มีเครื่องมือหรือแนวทางที่เป็นรูปแบบเดียวกัน บุคลากรใช้การประเมินจากอาการทางคลินิกและประสบการณ์เป็นหลัก กระบวนการส่งต่อยังไม่มีระบบทางด่วนที่ชัดเจน มีขั้นตอนการประสานงานหลายขั้นตอน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา การดูแลผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี อัตรากำลังบุคลากรมีข้อจำกัด และมีความแตกต่างด้านความรู้และประสบการณ์ของบุคลากร

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่ระบบทางด่วน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การส่งต่อแบบเร่งด่วน และการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ SIRS, qSOFA และ S-NEWS ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.89

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ พบว่า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเจ้าหน้าที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยด้วยแบบประเมินได้ครบถ้วนร้อยละ 100.00 รองลงมาคือการบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพและอาการสำคัญถูกต้องร้อยละ 96.67 และการใช้เกณฑ์ SIRS, qSOFA หรือ S-NEWS ได้ถูกต้องร้อยละ 93.33 ด้านการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและการตัดสินใจส่งต่อพบว่ามีความถูกต้องในระดับสูงเช่นกัน โดยอยู่ที่ร้อยละ 90.00 ทั้งสองรายการ อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการดำเนินการส่งต่อเข้าสู่ระบบ Fast Track และการประสานงานกับหน่วยงานปลายทาง พบว่ามีความครบถ้วนลดลงเล็กน้อย อยู่ที่ร้อยละ 83.33

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

แบบประเมินคัดกรองมีความไวร้อยละ 94.44 ความจำเพาะร้อยละ 83.33 ค่าความสามารถในการทำนายผลบวกร้อยละ 89.47 และค่าความสามารถในการทำนายผลลบร้อยละ 90.91

ตารางที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพของแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการคัดกรอง	วินิจฉัย		รวม
	Sepsis จริง	Sepsis (ไม่จริง)	
คัดกรอง มีภาวะติดเชื้อ	17	2	19
คัดกรอง ไม่มีภาวะติดเชื้อ	1	10	11
รวม	**18**	**12**	**30**

Sensitivity = 17 / (17+1) = 94.44%
Specificity = 10 / (10+2) = 83.33%
Positive Predictive Value = 17 / 19 = 89.47%
Negative Predictive Value = 10 / 11 = 90.91%

การเปรียบเทียบระยะเวลา พบว่า ระยะเวลาคัดกรองก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 15.87 ± 4.21 นาที และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 8.63 ± 2.75 นาที ระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองถึงการตัดสินใจส่งต่อก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 25.14 ± 6.32 นาที และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 14.52 ± 4.18 นาที และระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองจนถึงการส่งต่อถึงห้องฉุกเฉินก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 38.76 ± 8.45 นาที และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 22.33 ± 6.12 นาที โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลากระบวนการคัดกรอง ตัดสินใจส่งต่อถึง ส่งต่อถึง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30)

ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)		t	*p*-value
	ก่อน	หลัง		
คัดกรอง	15.87 ± 4.21	8.63 ± 2.75	9.42	<0.001
คัดกรอง ตัดสินใจส่งต่อ	25.14 ± 6.32	14.52 ± 4.18	10.11	<0.001
คัดกรอง ตัดสินใจส่งต่อถึง ส่งต่อถึงห้องฉุกเฉิน	38.76 ± 8.45	22.33 ± 6.12	11.27	<0.001

ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวม 4.63 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านความสะดวกในการปฏิบัติจริงมีค่าเฉลี่ย 4.70 ด้านความเป็นไปได้ในการใช้ต่อเนื่อง 4.67 ด้านความชัดเจนของขั้นตอนการคัดกรอง 4.63 และด้านความเหมาะสมกับภาระงาน 4.57 ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

สภาพปัญหาและบริบทของรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการวิจัยพบว่าแผนกผู้ป่วยนอกยังไม่มีเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การประเมินผู้ป่วยยังอาศัยประสบการณ์ของบุคลากรเป็นหลัก กระบวนการส่งต่อยังไม่มีระบบทางด่วนที่ชัดเจน การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบเดียวกัน และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ล่าช้า การขาดเครื่องตรวจ รวมถึงข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์และกำลังคน เนื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะที่มีอาการเริ่มต้นไม่จำเพาะ ผู้ป่วยจำนวนมากมาด้วยไข้ อ่อนเพลีย หรืออาการติดเชื้อทั่วไป จึงทำให้การคัดกรองในจุดบริการแรก โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก มีโอกาสคลาดเคลื่อนได้หากไม่มีเครื่องมือที่ช่วยกำหนดเกณฑ์ตัดสินใจอย่างชัดเจน อีกทั้งเมื่อระบบบริการมีผู้ป่วยจำนวนมาก บุคลากรต้องเร่งคัดกรองและตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกทำได้ยากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง Surviving Sepsis Campaign 2021 ที่ระบุว่าเครื่องมือคัดกรองมีบทบาทสำคัญต่อการตรวจพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะต้น และระบบการพัฒนาคุณภาพที่มีการคัดกรองและติดตามตัวชี้วัดจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วย sepsis มีประสิทธิภาพมากขึ้น[5] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบว่า ปัญหาหลักของหน่วยบริการอยู่ที่การคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยระยะแรกรับ รวมถึงความจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับธรรมชาติของโรคและการดูแลแบบ fast track[13] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ เรืองวัฒนา และคณะ, 2568 พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และการประเมิน NEWS score ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากงานที่ดำเนินในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยบางแห่ง ซึ่งมักเริ่มต้นจากบริบทที่มีการตระหนักถึง sepsis สูงกว่า และมีระบบตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจนอยู่แล้ว ความแตกต่างดังกล่าวน่าจะเกิดจากบริบทของแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นจุดรับบริการแรก ผู้ป่วยมีอาการหลากหลายและยังไม่ชัดเจนเหมือนในห้องฉุกเฉิน จึงต้องการเครื่องมือคัดกรองที่ไว ใช้ง่าย และเหมาะกับงานประจำมากกว่า[14]

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า สามารถพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่ระบบทางด่วนได้ โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การส่งต่อแบบเร่งด่วนและการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาแบบประเมินที่ใช้เกณฑ์ SIRS, qSOFA และ S-NEWS ร่วมกัน โดยแบบประเมินมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.75–1.00 และค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.89 เห็นได้ว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในเชิงเนื้อหาและเชิงการใช้งานจริง เหตุผลสำคัญคือการออกแบบเครื่องมือไม่ได้อิงเฉพาะเกณฑ์ทางคลินิกอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่พัฒนาโดยนำปัญหาหน้างานจริงมาร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงทำให้เครื่องมือมีความสอดคล้องกับบริบทของแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น อีกทั้งการใช้ SIRS, qSOFA และ S-NEWS ร่วมกันยังสอดคล้องกับแนวทาง SSC 2021 ที่แนะนำว่าไม่ควรใช้ qSOFA เพียงอย่างเดียวเป็นเครื่องมือคัดกรอง sepsis แต่ควรพิจารณาใช้ร่วมกับเครื่องมือคัดกรองอื่นที่เหมาะสม เช่น SIRS, NEWS หรือ MEWS[5] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ตาวิการ รุกชวนจิก[15] พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบหลักคือ การค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การรักษาที่รวดเร็ว และการส่งต่อที่เหมาะสม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ แข็งแรง[16] พบว่าว่ารูปแบบการดูแล sepsis ที่ดีต้องเชื่อมการคัดกรอง การรักษา และการส่งต่อเข้าไว้ในระบบเดียวกัน

การทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ในระดับสูง โดยการคัดกรองผู้ป่วยด้วยแบบประเมินทำได้ครบถ้วนร้อยละ 100.00 การบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพและอาการสำคัญครบถ้วนร้อยละ 96.67 การใช้เกณฑ์ SIRS, qSOFA หรือ S-NEWS ถูกต้องร้อยละ 93.33 การจำแนกระดับความรุนแรงและการตัดสินใจส่งต่อถูกต้องร้อยละ 90.00 ส่วนการส่งต่อเข้าสู่ระบบทางด่วนและการประสานงานครบถ้วนร้อยละ 83.33 เนื่องจากเมื่อมีแบบประเมินที่ชัดเจนและผ่านการเตรียมความพร้อมบุคลากรอย่างเป็นระบบแล้ว การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่จะเป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น บุคลากรไม่ต้องพึ่งประสบการณ์เฉพาะบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มีแนวทางที่ช่วยลดความไม่แน่นอนในการตัดสินใจ นอกจากนี้ การประชุมชี้แจงและการเตรียมเครื่องมือก่อนใช้งานจริง ยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความครบถ้วนในการปฏิบัติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ แข็งแรง[16] พบว่าหลังจากพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 ชั่วโมงแรกทำได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาระบบคุณภาพ sepsis care ที่เน้นว่า “การมีโปรแกรมคัดกรองและมีตัวชี้วัดติดตาม” สำคัญพอ ๆ กับตัวเครื่องมือเอง[5]

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความไวร้อยละ 94.44 ความจำเพาะ ร้อยละ 83.33 ค่าความสามารถในการทำนายผลบวก ร้อยละ 89.47 และค่าความสามารถในการทำนายผลลบ ร้อยละ 90.91 แสดงให้เห็นว่า แบบประเมินมีความสามารถในการตรวจพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจริง เหตุผลสำคัญน่าจะมาจากการใช้เกณฑ์หลายองค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ SIRS, qSOFA และ S-NEWS ทำให้เครื่องมือมีทั้งความไวต่อการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะต้น และยังมีความจำเพาะในระดับดีพอสมควรในการแยกผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ออกได้ การออกแบบให้ใช้ใน OPD ซึ่งเป็นจุดคัดกรองแรก จึงควรให้ความสำคัญกับ sensitivity สูงเป็นอันดับแรก เพื่อไม่ให้พลาดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทาง SSC 2021 ที่ไม่สนับสนุนการใช้ qSOFA เป็นเครื่องมือคัดกรองเพียงลำพัง และสนับสนุนการใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความเหมาะสมกับ

บริบทหน่วยบริการ รวมทั้งการวัด lactate ในผู้ป่วยที่สงสัย sepsis[5] อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานที่เปรียบเทียบเครื่องมือคัดกรอง sepsis ซึ่งพบว่า qSOFA มักมี specificity สูงกว่า แต่ sensitivity ต่ำกว่า SIRS หรือ NEWS ในการระบุผู้ป่วย sepsis ระยะแรก ดังนั้นการใช้หลายเกณฑ์ร่วมกันจึงช่วยให้สมดุลระหว่างการตรวจพบเคสและการคัดกรองเกิน[17]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการใช้รูปแบบระยะเวลาคัดกรองลดลงจาก 15.87 ± 4.21 นาที เหลือ 8.63 ± 2.75 นาที ระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองถึงการตัดสินใจส่งต่อลดลงจาก 25.14 ± 6.32 นาที เหลือ 14.52 ± 4.18 นาที และระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองจนถึงการส่งต่อถึงห้องฉุกเฉินลดลงจาก 38.76 ± 8.45 นาที เหลือ 22.33 ± 6.12 นาที โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดความล่าช้าในหลายจุดของกระบวนการ ได้แก่ การใช้แบบประเมินที่มีเกณฑ์ชัดเจนช่วยลดเวลาคิดและการประเมินซ้ำ การกำหนดขั้นตอนส่งต่อที่แน่นอนช่วยลดการประสานงานหลายทอด และการกำหนดแนวทางการดูแลก่อนส่งต่อช่วยให้ทีมดำเนินการพร้อมกันได้มากขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาทั้งระบบลดลง ไม่ใช่เฉพาะขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยที่รายงานว่า เมื่อมีระบบ fast track หรือแนวทางดูแลที่ชัดเจน จะช่วยเพิ่มการให้การรักษาในเวลาเป้าหมาย โดยเฉพาะการให้สารน้ำ การเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย อีกทั้งยังสอดคล้องกับข้อมูลจาก Sepsis Fast Track in Thailand และ SSC ที่ระบุว่า การเพิ่ม compliance ต่อ sepsis bundles และการมีระบบคัดกรองที่ดีสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น[18]

ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านความสะดวกในการปฏิบัติจริง รองลงมา ได้แก่ ด้านความเป็นไปได้ในการใช้ต่อเนื่อง ด้านความชัดเจนของขั้นตอนการคัดกรอง และด้านความเหมาะสมกับภาระงาน อธิบายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นตอบโจทย์ปัญหาหน้างานจริงของบุคลากร เพราะช่วยให้มีขั้นตอนที่ชัดเจน ใช้ง่าย และสามารถนำไปใช้ในงานประจำได้โดยไม่ซับซ้อนเกินไป ความพึงพอใจที่สูงในด้านความสะดวกในการปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการใช้ต่อเนื่อง จึงสะท้อนว่ารูปแบบไม่ได้เป็นเพียงแนวคิดเชิงทฤษฎี แต่สามารถใช้งานได้จริงในบริบทของแผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวรรณ เรืองวัฒนา และคณะ[14] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน และยังสอดคล้องกับงานพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วย sepsis ในไทยที่รายงานว่าหลังจากมีการพัฒนาแนวทางและระบบ fast track บุคลากรมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติงานดีขึ้น ควบคู่กับการยอมรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปว่าการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย Sepsis ด้วยระบบทางด่วนในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า รูปแบบที่พัฒนามี 4 องค์ประกอบหลัก มีความถูกต้องและสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความแม่นยำในการคัดกรอง ลดระยะเวลาในการส่งต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจในระดับสูง สะท้อนว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพและช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Fleischmann-Struzek, C., & Rudd, K. (2023). Challenges of assessing the burden of sepsis. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, *118*(Suppl 2), 68–74.

2. World Health Organization. (2024). *Sepsis*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis
3. Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., Colombara, D. V., Ikuta, K. S., Kissoon, N., & Finfer, S. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: Analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, *395*(10219), 200–211.
4. Adams, R., Henry, K. E., Sridharan, A., Soleimani, H., Zhan, A., Rawat, N., Johnson, L., Hager, D. N., Cosgrove, S. E., & Markowski, A. (2022). Prospective, multi-site study of patient outcomes after implementation of the TREWS machine learning-based early warning system for sepsis. *Nature Medicine*, *28*(7), 1455–1460.
5. Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., … Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, *47*(11), 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y
6. Wanlumkhao, W., Rattanamongkolgul, D., & Ekpanyaskul, C. (2025). Performance of Early Sepsis Screening Tools for Timely Diagnosis and Antibiotic Stewardship in a Resource-Limited Thai Community Hospital. *Antibiotics*, *14*(7), 708.
7. Booraphun, S., Hantrakun, V., Siriboon, S., Boonsri, C., Poomthong, P., Singkaew, B.-O., Wasombat, O., Chamnan, P., Champunot, R., & Rudd, K. (2021). Effectiveness of a sepsis programme in a resource-limited setting: A retrospective analysis of data of a prospective observational study (Ubon-sepsis). *BMJ Open*, *11*(2), e041022.
8. Gupta, E., Saxena, J., Kumar, S., Sharma, U., Rastogi, S., Srivastava, V. K., Kaushik, S., & Jyoti, A. (2023). Fast track diagnostic tools for clinical management of sepsis: Paradigm shift from conventional to advanced methods. *Diagnostics*, *13*(2), 277.
9. Pullyblank, A., Tavaré, A., Little, H., Redfern, E., le Roux, H., Inada-Kim, M., Cheema, K., & Cook, A. (2020). Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: Evaluation of a system-wide quality improvement project. *British Journal of General Practice*.
10. โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2569). ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความซับซ้อนในการดูแล ในปี พ.ศ.2566-2568 ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. โรงพยาบาลมหาสารคาม.
11. ชลธิดา จินดากุล. (2568). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำ นักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, *8*(15), 92–107.
12. Best, J. W. (1995). *Research In Education 3rded; Englewood Cliff*.
13. ศศิธร นนทภา. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร. *ยโสธรเวชสาร*, *25*(2), 69–85.
14. ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, อรทัย ธรรมป๊อก, พรธนา แก้วคำปา, & แสงอรุณ สุขสำราญ. (2568). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, *5*(1), e271754–e271754.
15. ตาวิการ รุกชวนจิก. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ระบบบริการเร่งด่วน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, *8*(16), 198–212.
16. มณีรัตน์ แข็งแรง. (5267). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมรัตต์. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ*, *5*(1), 262–274.
17. Bone, R. C., Balk, R. A., Cerra, F. B., Dellinger, R. P., Fein, A. M., Knaus, W. A., Schein, R. M., & Sibbald, W. J. (1992). Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest*, *101*(6), 1644–1655.
18. Gauer, R., Forbes, D., & Boyer, N. (2020). Sepsis: Diagnosis and management. *American Family Physician*, *101*(7), 409–418.

การพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF A MODEL FOR ENHANCING AWARENESS AND SALT AND SODIUM CONSUMPTION BEHAVIORS AMONG PEOPLE IN THE SERVICE AREA OF BAN FAI TAEK SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, MUEANG KALASIN DISTRICT, KALASIN PROVINCE.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

สุภาพร ชื่นอภัย[1]
Supaporn Chuenapai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน พัฒนารูปแบบ ประเมินผลการใช้รูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดำเนินการตามวงจร PAOR ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 ในกลุ่มคณะกรรมการแกนนำ 79 คน และประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป 344 คน โดยใช้แบบประเมินความตระหนักรู้ แบบคัดกรองพฤติกรรม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired Sample t-test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมชี้แจงสถานการณ์ การอบรมให้ความรู้ การพัฒนาแกนนำ การรณรงค์ในชุมชน และการขับเคลื่อนพลังชุมชน ภายหลังดำเนินการ ประชาชนมีความตระหนักรู้ การรับรู้พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากหน่วยบริการ การใช้ข้อมูลพื้นที่เป็นฐาน และการสื่อสารที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การสร้างความตระหนักรู้, พฤติกรรมการบริโภค, เกลือและโซเดียม

Abstract

This study employed participatory action research with the objectives of examining the situation and problems of salt and sodium consumption among the population, developing a model, evaluating its effectiveness, and identifying key success factors. The study was conducted following the PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) cycle from October 2025 to March 2026. The target groups consisted of 79 core committee members and 344 residents aged 18 years and above. Research instruments included an awareness assessment, a behavior screening form, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and qualitative content analysis.

The results revealed that the developed model comprised five main activities: situation briefing, knowledge training, development of community leaders, community-based campaigns, and community empowerment. After implementation, participants demonstrated significantly improved knowledge, awareness, and behaviors related to salt and sodium consumption, as well as overall dietary behaviors ($p < 0.05$). Key success factors included stakeholder participation, support from health service units, the use of area-based data, and context-appropriate communication.

Keywords: Model Development, Awareness Enhancement, Consumption Behavior, Salt and Sodium Intake

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ โดยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือการบริโภคเกลือและโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด[1]

ในประเทศไทย พบว่า ประชาชนมีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าค่าที่แนะนำ โดยเฉลี่ยประมาณ 3,305 มิลลิกรัมต่อวัน สะท้อนพฤติกรรมการบริโภคที่ได้รับอิทธิพลจากอาหารแปรรูป การรับประทานอาหารนอกบ้าน และการเติมเครื่องปรุงรสในชีวิตประจำวัน สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง[2] ขณะที่อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ พบว่า มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของประชาชนในพื้นที่ ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะตำบลลำพานซึ่งถูกระบุว่าเป็นพื้นที่วิกฤตสุขภาพอันดับต้นของอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.09 และโรคเบาหวานร้อยละ 7.75 สะท้อนแนวโมของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่เพิ่มสูงขึ้น[3]

การแก้ไขปัญหาการบริโภคโซเดียมจำเป็นต้องใช้มาตรการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมแบบบูรณาการเนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมแบบบูรณาการ และการดำเนินงานในระดับชุมชนสามารถช่วยลดการบริโภคเกลือและโซเดียมได้อย่างมีประสิทธิผล[4-5] นอกจากนี้ ความสำเร็จของมาตรการดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสื่อสารที่เหมาะสม และการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่[6]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม มากกว่าการพัฒนา “รูปแบบเชิงระบบ” ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้รูปแบบเชิงระบบที่มีประสิทธิผล สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. พัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือ

และโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[7] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาที่เกี่ยวข้อง และออกแบบกิจกรรม นำมาพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม นำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้จนถึงขั้นประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยผู้วิจัยศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลจากเอกสาร รายงาน และข้อมูลทุติยภูมิของหน่วยบริการ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค นโยบาย และสถานการณ์โรคในพื้นที่ นำไปสู่การระบุประเด็นปัญหาและความต้องการของชุมชน และนำเสนอผลต่อเวทีประชาคม ดำเนินการในช่วงตุลาคม 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ดำเนินงานตามวงจร PAOR โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบใช้การทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ดำเนินการประชุมชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอน และกรอบเวลาการวิจัยแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมในกระบวนการดำเนินงาน พร้อมทั้งทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา ศึกษาบริบท และวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในพื้นที่ โดยดำเนินการในช่วงพฤศจิกายน 2568

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ เป็นการนำแผนที่กำหนดไว้ไปสู่การพัฒนารูปแบบผ่าน 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) การประชุมชี้แจงและวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและกำหนดทิศทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมเก็บข้อมูลก่อน–หลังด้วยแบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมและแบบคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (3) การรณรงค์ในชุมชน เพื่อสื่อสารและปรับสิ่งแวดล้อมทางอาหารให้เอื้อต่อการลดเค็ม (4) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นแกนนำสุขภาพในการให้คำแนะนำ ติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และ (5) การขับเคลื่อนพลังชุมชน โดยติดตามผล เยี่ยมบ้านและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเสริมความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยดำเนินการระหว่างธันวาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569

3. ขั้นตอนการสังเกตการณ์ ดำเนินการติดตามและประเมินผลตั้งแต่ตุลาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 ผ่านการสังเกต บันทึก และสัมภาษณ์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและผลที่เกิดขึ้นจริง

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล โดยการประชุมให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทบทวนผลการ

ดำเนินงานทั้ง 5 กิจกรรม และการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำเสนอผลและถอดบทเรียน ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานเสนอให้พื้นที่รับทราบ เปิดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป โดยดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม 2569

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการบริโภค และการรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนก่อนและหลังการพัฒนา และเปรียบเทียบแนวโน้มการเกิดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1. ประชากร

1.1 กลุ่มคณะกรรมการที่เป็นแกนนำในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้บริหารหรือผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่บริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 154 คน

1.2 ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3,284 คน[8]

2. กลุ่มเป้าหมาย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มคณะกรรมการที่เป็นแกนนำในการพัฒนารูปแบบ โดยใช้หลักสมัชชาสุขภาพในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 79 คน ดังนี้

ภาคการเมือง จำนวน 41 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารหรือผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และผู้นำชุมชนในพื้นที่ศึกษา โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีบทบาทในการบริหารและขับเคลื่อนงานสุขภาพด้าน NCDs มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับชุมชน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ขณะที่ผู้มีผลประโยชน์ทับซ้อน อยู่ระหว่างการสอบสวนทางวินัย หรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและการสื่อสารถูกคัดออกจากการศึกษา

ภาควิชาการ จำนวน 33 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. บ้านฝายแตก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสมาชิกชมรม Mini Case Manager โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่ปฏิบัติงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ขณะที่ผู้ที่อยู่ระหว่างย้ายหรือพ้นตำแหน่ง มีความขัดแย้งที่กระทบต่อการมีส่วนร่วม หรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและการสื่อสารถูกคัดออกจากการศึกษา

ภาคประชาชน จำนวน 5 คน เป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ศึกษา โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและประสานงานชุมชน มีประสบการณ์ด้านสุขภาพชุมชน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ขณะที่ผู้มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือการสื่อสารถูกคัดออกจากการศึกษา

2.2 ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) จำนวน 344 คน ได้จากวิธีคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบประชากร[9]

จากสูตร $n = \frac{Z^2_{\alpha/2}NPQ}{Z^2_{\alpha/2}PQ+Nd^2}$

โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถ

สื่อสารภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ขณะที่เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือการสื่อสาร

โดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) เริ่มจากการแบ่งประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่ศึกษาออกเป็น 5 หมู่บ้าน (stratified random sampling) จากนั้นกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร (quota allocation) และดำเนินการคัดเลือกตัวอย่างในแต่ละชั้นด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) จากบัญชีรายชื่อประชากร จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ กระบวนการในการพัฒนารูปแบบ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในพื้นที่ เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามในการการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) หรือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview questionnaire) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามมุ่งศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ความตระหนักรู้ พฤติกรรม ปัญหา และแนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

2.2 แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมและแบบคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มาจากรายงานผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็มและการประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน ปี 2566[10] ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 2 ข้อ แบบถูก ผิด ให้คะแนน 1 และ 0 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบคัดกรอง “พฤติกรรมการบริโภคอาหาร” ใช้ประเมินความถี่ในการบริโภคอาหารของประชาชนในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคใน 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ อาหารที่มีน้ำตาลสูง อาหารที่มีไขมันสูง และอาหารที่มีโซเดียมสูง กลุ่มละ 5 ข้อ รวม 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยพบว่าแนวคำถามในการการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) หรือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview questionnaire) มีค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลก่อน–หลังด้วย Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์วิเคราะห์ด้วยวิธี Content Analysis เพื่อสังเคราะห์ประเด็นปัญหา ความเชื่อมโยง และปัจจัยความสำเร็จ โดยนำเสนอในรูปแบบพรรณนาและตารางสรุปประเด็นสำคัญ.

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลข

โครงการวิจัย KLS.REC 562/2567 ในวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนในพื้นที่ศึกษาเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมการบริโภค และสิ่งแวดล้อมทางอาหาร โดยประชาชนยังคงนิยมบริโภคอาหารรสเค็มและอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นประจำ ส่งผลให้ได้รับโซเดียมเกินความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันยังพบข้อจำกัดด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงความเชื่อและค่านิยมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจบริโภคอาหาร นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมทางอาหารในชุมชนยังเอื้อต่อการบริโภคโซเดียมสูง ทั้งในระดับครัวเรือนและร้านอาหาร ขณะที่ระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานของ อสม. ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องและทักษะเชิงลึกในการให้คำแนะนำ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่เกิดผลอย่างชัดเจน

จากข้อมูลระบาดวิทยา พบว่า พื้นที่มีภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมอย่างชัดเจน ดังนั้น การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการ เน้นการมีส่วนร่วม และพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการพัฒนารูปแบบใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร PAOR เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาเชิงลึกผ่านการสนทนากลุ่มและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและความต้องการของพื้นที่ จากนั้นดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน โดยบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็น “ชุดกิจกรรมเชิงบูรณาการ” ครอบคลุม 5 มิติสำคัญ ได้แก่

1) กิจกรรมการประชุมชี้แจงและทบทวนสถานการณ์การสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กิจกรรมนี้มุ่งสร้างความเข้าใจร่วมของภาคีเครือข่าย โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และภาระโรค NCDs เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ผลการดำเนินงานพบว่าปัญหาการบริโภคโซเดียมมีความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเคยชินด้านรสชาติ และข้อจำกัดของสิ่งแวดล้อมอาหาร รวมถึงยังมีช่องว่างด้านความรู้และการติดตามพฤติกรรม นอกจากนี้ได้เกิดการจัดทำ MOU ระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดบทบาทและแนวทางดำเนินงานร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วม ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบูรณาการทรัพยากรและขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบ

2) กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เน้นการลงมือปฏิบัติจริง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโซเดียม การอ่านฉลากโภชนาการ และการปรับพฤติกรรมการบริโภคในชีวิตประจำวัน ควบคู่กับการประเมินก่อน–

หลัง ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความรู้ ความตระหนักรู้ และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น สามารถนำความรู้ไปใช้จริง เช่น การลดการใช้เครื่องปรุง การเลือกอาหารที่เหมาะสม และการปรับพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

3) กิจกรรมรณรงค์ลดเค็ม ลดโรคในชุมชน มุ่งสื่อสารและสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมอย่างต่อเนื่อง ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสื่อสารผ่านแกนนำสุขภาพ และกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ ควบคู่กับการปรับสิ่งแวดล้อมทางอาหาร โดยร่วมมือกับร้านอาหารและผู้ประกอบการในการส่งเสริมเมนูลดเค็ม ลดการใช้เครื่องปรุง และปรับสูตรอาหารให้เหมาะสม ผลการดำเนินงานช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น เกิดการรับรู้และแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ขณะเดียวกันสิ่งแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการเลือกบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำมากขึ้น ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

4) กิจกรรมการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ลดเค็ม ลดโรค ต้นแบบสุขภาพ มุ่งพัฒนา อสม. และแกนนำชุมชนให้มีความรู้ ทักษะ และบทบาทในการขับเคลื่อนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยเน้นการฝึกปฏิบัติ เช่น การให้คำแนะนำรายบุคคล การอ่านฉลากโภชนาการ การประเมินพฤติกรรม และการติดตามกลุ่มเสี่ยง โดยการบูรณาการแนวคิด Lifestyle Medicine ควบคู่กับการเสริมทักษะการสื่อสารสุขภาพและการสร้างแรงจูงใจ ผลการดำเนินงานพบว่า อสม. มีศักยภาพเพิ่มขึ้น สามารถถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา และติดตามพฤติกรรมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับครัวเรือนและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

5) กิจกรรมประชุมขับเคลื่อนพลังชุมชนลดเค็ม มุ่งเสริมความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชน ผ่านกระบวนการติดตามพฤติกรรม เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำรายบุคคล และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ นอกจากนี้ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผล เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้ถ่ายทอดประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วม เสริมแรงจูงใจ และพัฒนาการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผลการดำเนินงานช่วยให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนการสังเกตการณ์เป็นการติดตามและประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบอย่างเป็นระบบ โดยใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภายหลังการดำเนินกิจกรรม ประชาชนมีความตระหนักรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ขณะเดียวกันพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1 นอกจากนี้ จากการเปรียบเทียบแนวโน้มการเกิดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ช่วงเดือนตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568 และช่วงเดือนตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569 พบว่ายังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยโรคเบาหวานเพิ่มจาก 9 ราย เป็น 19 ราย ส่วนโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 14 ราย เป็น

53 ราย และเมื่อรวมทั้ง 2 โรค พบว่าเพิ่มจาก 23 ราย เป็น 72 ราย ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ไม่ได้หมายความว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่มีประสิทธิผลโดยตรง แต่การดำเนินกิจกรรมหลังพัฒนารูปแบบ ทำให้ระบบค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนมีความเข้มข้นมากขึ้น จึงทำให้พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในระยะสั้น โดยเฉพาะกลุ่มที่เดิมอาจมีภาวะเสี่ยงหรือมีอาการเริ่มต้นแต่ยังไม่ได้รับการตรวจพบ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของประชาชนก่อนและหลังการพัฒนา (n=344)

ด้าน	N	Mean	SD	Mean Def.	95%Cl	df	t	p-value
ความตระหนักรู้								
ก่อนการพัฒนา	344	1.74	0.24	0.20	0.15 - 0.24	343	9.27	<0.001**
หลังการพัฒนา	344	1.94	0.46					
การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม								
ก่อนการพัฒนา	344	2.17	0.59	0.62	0.55 – 0.69	343	17.94	< 0.001**
หลังการพัฒนา	344	2.79	0.35					
พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม								
ก่อนการพัฒนา	344	18.07	2.07	4.41	4.05 – 4.76	343	24.27	< 0.001**
หลังการพัฒนา	344	22.48	2.68					
พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มอาหารที่มีน้ำตาลสูง								
ก่อนการพัฒนา	344	11.16	1.57	3.29	3.05 – 3.54	343	26.77	< 0.001**
หลังการพัฒนา	344	7.86	1.74					
พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง								
ก่อนการพัฒนา	344	11.50	1.57	2.91	2.64 – 3.19	343	21.13	< 0.001**
หลังการพัฒนา	344	8.58	1.92					
พฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มอาหารที่มีโซเดียมสูง								
ก่อนการพัฒนา	344	10.11	1.69	2.15	1.87 - 2.43	343	15.10	< 0.001**
หลังการพัฒนา	344	7.96	2.90					

**** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05**

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชาชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายแตก อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและประชาชน ซึ่งช่วยสร้างความเป็นเจ้าของร่วมและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน (2) การสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งด้านวิชาการ บุคลากร และการติดตามประเมินผล (3) การใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่เป็นฐานในการวางแผนและตัดสินใจ ทำให้การดำเนินงานสอดคล้องกับบริบทจริงของชุมชน และ (4) การสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของประชาชน นอกจากนี้ ความสำเร็จยังเกิดจากการบูรณาการกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การมีระบบ

ติดตามอย่างต่อเนื่อง และการเสริมพลังแกนนำชุมชน ซึ่งช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชนได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ว่าปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นปัญหาเชิงระบบที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทางอาหาร โดยพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม[11] และเกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารแปรรูปและการเติมเครื่องปรุงในชีวิตประจำวัน[2] นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ โดยพฤติกรรมขึ้นกับการรับรู้ความเสี่ยงและปัจจัยทางสังคม[12] ขณะเดียวกัน แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน สะท้อนผลกระทบจากการบริโภคโซเดียมในระยะยาว และสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดการลดโซเดียมเป็นมาตรการสำคัญ[1,13] อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องและการติดตามพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องใช้มาตรการแบบบูรณาการและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง[4]

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) สามารถส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ที่อธิบายว่า วงจร PAOR เป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงที่ช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดการตระหนักรู้ในปัญหาและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน กิจกรรมที่ดำเนินการทั้ง 5 กิจกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยการประชุมชี้แจงช่วยสร้างความเข้าใจร่วมและการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิด PAR ที่เน้นการร่วมคิดและตัดสินใจ[7,14] ขณะที่การอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยพัฒนาความรู้และทักษะที่นำไปสู่การปรับพฤติกรรมจริง ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานว่าการแทรกแซงหลายองค์ประกอบมีประสิทธิผลในการลดโซเดียม[4,15] การรณรงค์และการปรับสิ่งแวดล้อมทางอาหารช่วยเอื้อต่อการเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวทางของ WHO[1,13] ที่เน้นการปรับทั้งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน นอกจากนี้ การพัฒนา อสม. และการติดตามต่อเนื่องผ่านกิจกรรมชุมชน มีส่วนสำคัญในการเสริมแรงและรักษาพฤติกรรมใหม่ให้คงอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการใช้เครือข่ายชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[6,11]

ในประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่เป็นฐานในการวางแผน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งเน้นบทบาทของเครือข่ายและผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการขับเคลื่อนมาตรการลดโซเดียมในระดับชุมชน[6,16] การปรับสิ่งแวดล้อมทางอาหารก็มีส่วนสำคัญที่สนับสนุนการเปลี่ยนพฤติกรรม[16] อีกทั้งยังชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยการจัดการเชิงระบบและบริบททางสังคม[11] ขณะเดียวกัน การสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน รวมถึงการพัฒนาแกนนำสุขภาพและการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงและคงอยู่ของพฤติกรรมใหม่[4,17] อย่างไรก็ตาม แม้จะพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนดีขึ้น แต่การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระยะสั้น อาจสะท้อนถึงการพัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถค้นพบกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยระยะเริ่มต้นได้มากขึ้น ทั้งนี้ การค้นพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระยะต้นเป็นผลจากการเข้าถึงบริการและการคัดกรองที่ดีขึ้น ไม่ได้สะท้อนถึงความล้มเหลวของมาตรการป้องกัน[11]

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การศึกษาในพื้นที่เฉพาะทำให้การนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่นมีข้อจำกัด นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลพฤติกรรมส่วนหนึ่งอาศัยการรายงานตนเอง อาจเกิดความคลาดเคลื่อน อีกทั้งอาจมีปัจจัยแวดล้อมอื่นที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรดำเนินการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเชิงระบบ โดยบูรณาการรูปแบบสู่แผนสุขภาพระดับพื้นที่ผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ควบคู่กับการปรับสิ่งแวดล้อมทางอาหารให้เอื้อต่อการลดเค็ม และดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการติดตามพฤติกรรมรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรงผ่านแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลระยะยาว ขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลาย และพัฒนานวัตกรรมหรือเครื่องมือสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการศึกษาเชิงทดลองและการบูรณาการสหสาขาวิชา เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของหลักฐานและประสิทธิผลของรูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ภาคีเครือข่ายชุมชนและประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนและคำแนะนำจากผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2025). Sodium reduction. World Health Organization.
2. Chailimpamontree, W. et al. (2021). Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. The Journal of Clinical Hypertension, 23(4), 744–754.
3. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2569). รายงานสถานการณ์ระบาดวิทยาและพื้นที่เสี่ยงสุขภาพ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์.
4. Khalesi, S., et al. (2021). Reducing salt intake: A systematic review and meta-analysis of behavior change interventions. Nutrition Reviews, 80(4), 723–740.
5. อิสระพงศ์ เพลิดเพลิน และคณะ (2566). ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปริมาณโซเดียมในอาหารที่ครัวเรือนปรุงรับประทานต่อการดำเนินงานชุมชนต้นแบบลดเค็ม เขตภาคเหนือตอนบนประเทศไทย. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, 13(3), 16–31.
6. Kantachuvesiri, S., et al. (2024). Mobilizing champions for sodium reduction in Thailand. The Lancet Regional Health – Southeast Asia, 26, 100406.
7. Kemmis & McTaggart. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
8. Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2569). ประชากรทะเบียนราษฎร์จำแนกรายอายุและเพศ. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2569, เข้าถึงได้จาก dhttps://hdc.moph.go.th/ ksn/public/standardreportdetail/f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584?subcatalogId=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0.
9. Cochran, W. G. (1953). Sampling techniques. John Wiley & Sons.
10. กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). รายงานผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็มและการประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน ปี 2566. กรมควบคุมโรค.
11. World Health Organization. (2022). WHO global report on noncommunicable diseases 2022. Geneva: Author.

12. ศิรินทิพย์ ศาศวัตชวาลวงศ์ และพัฒนาวดี พัฒนถาบุตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของวัยทำงาน อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 17(3), 297-308.
13. World Health Organization. (2016). SHAKE the salt habit: The SHAKE technical package for salt reduction. World Health Organization.
14. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.
15. Rosenstock, I. M. et al. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly, 15(2), 175–183.
16. Olarewaju, V. O., et al. (2025). Interventions to reduce dietary salt intake in the out-of-home food sector: A systematic review. Discover Public Health, 22, 264.
17. Yan, Y. Y., et al. (2024). Technology-supported behavior change interventions for reducing sodium intake in adults: A systematic review and meta-analysis. npj Digital Medicine, 7, 72.

ผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

The effects of traditional Thai massage, herbal compress, and physical therapy on muscle strength levels in stroke patients in Pho Tak District, Nong Khai Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

อภิญญา จำปาทอง พิสิษฐ์นันท์ ปานต๊ะระษี[1]
Apinya jampathong Pisithnan Pantharasee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา ผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับกำลังกล้ามเนื้อ และศึกษาการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) วัดก่อน - หลัง แบบกลุ่มเดียว มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างระหว่างเดือน มีนาคม 2569 – พฤษภาคม 2569 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Willcoxon match paired

ผลการศึกษาพบว่า จากการประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Manual Muscle Testing: MMT) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale: MAS)และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI) ก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ภายหลังดีขึ้นจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54 และก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ดีขึ้นกว่าก่อนการนวด ทั้งนี้เนื่องจากการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

คำสำคัญ: การนวดแบบราชสำนัก การประคบสมุนไพร การทำกายภาพบำบัดระดับกำลังกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study investigated the effects of traditional Thai massage, herbal compress, and physiotherapy on muscle strength in stroke patients in Pho Tak District, Nong Khai Province. The objectives were to study the effects of traditional Thai massage and herbal compress combined with physiotherapy on muscle strength in stroke patients in Pho Tak District, Nong Khai Province. This was a quasi-experimental pre- and post-test design with a single group, conducted from March 2026 to May 2026 (3 months). The sample consisted of 11 stroke patients from Pho Tak District, Nong Khai Province, who received services at Pho Tak Hospital, Nong Khai Province. Data were collected using questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Willcoxon matched paired.

The study found that, based on assessments of muscle strength (Manual Muscle Testing: MMT), muscle tone (Modified Ashworth Scale: MAS), and ability to perform daily activities (Modified Barthel Index: MBI) before and after traditional Thai massage and herbal compress combined with physical therapy, 6 patients (54.54%) showed improvement. There was a statistically significant difference ($p < .05$) between pre- and post-treatment assessments of traditional Thai massage and herbal compress combined with physical therapy, with improvement seen in 6

[1] โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

patients compared to 1 patient. This is attributed to the positive effects of traditional Thai massage and herbal compress combined with physical therapy on muscle strength in stroke patients in Pho Tak District, Nong Khai Province.

Keywords: Traditional Thai massage, herbal compress, physical therapy, muscle strength, stroke patients

.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้ เสียชีวิตประมาณ5 ล้านราย ที่เหลือพิการเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้ เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้วยพัฒนารวมถึงประเทศไทย สำหรับสถานการณ์ของโรคนี้ ในประเทศพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อ แสน หรือร้อยละ2 โดยประมาณ ปัจจุบันถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเพศหญิง รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ดังนั้นจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบโรคนี้ มากขึ้นเรื่อยๆ[1] และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาท ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพเมื่อเกิดโรคแล้ว ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการไปตลอดชีวิต ซึ่งมีอาการมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการทางร่างกายจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงประเทศชาติอีกด้วย[2]

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของประชากร ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งแข็ง ขยับเคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก รวมทั้งมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการใช้งานซ้ำหรือตำแหน่งท่าทางที่ไม่ถูกต้อง[3] การรักษาด้วย กายภาพบำบัด เป็นแนวทางหลักที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเคลื่อนไหวและดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อที่คงอยู่เป็นเวลานาน ซึ่งทำให้การฟื้นฟูไม่เต็มประสิทธิภาพ(สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย,2564) แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปมุ่งเน้นการทำกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ เสริมสร้างการเคลื่อนไหว และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น[4]

การนวดไทยแบบราชสำนักเป็นศาสตร์การนวดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อ และช่วยให้ร่างกายเกิดสมดุล เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายหลังจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกล้ามเนื้อตึงหรือเกร็ง[5] นอกจากนี้ การประคบสมุนไพรเป็นวิธีการบำบัดที่ใช้ความร้อนร่วมกับตัวยาสมุนไพร เช่น ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ ใบมะกรูด และการบูร ซึ่งมีฤทธิ์ลดการอักเสบ บรรเทาอาการปวดเมื่อย และเพิ่มการไหลเวียนโลหิต การใช้ความร้อนจากลูกประคบยังช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวได้ดีขึ้น และเมื่อใช้ร่วมกับการนวดจะช่วยเสริมผลในการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและความตึงของกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรวม การนำศาสตร์การ

นวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรเข้ามาร่วมกับการทำกายภาพบำบัด จึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูร่างกายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากฐานข้อมูลประชากร (HDC) ของจังหวัดหนองคายในปี พ.ศ 2568 อำเภอโพธิ์ตาก ประกอบด้วย 3 ตำบล ได้แก่ตำบลโพธิ์ตาก ตำบลโพนทอง ตำบลด่านศรีสุข มีประชากรทั้งหมด 11,270 คนในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วย IMC ทั้งหมดจำนวน 22 ราย และในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วย IMC ทั้งหมดจำนวน 11 ราย มี โรงพยาบาลโพธิ์ตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข(สำนักงานปลัดกระทรวง ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย[7]

อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดการประเมินผลในการให้บริการอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลการนวดแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย เพื่อดูแลและเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับกำลังกล้ามเนื้อและความตึงของกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด จะมีระดับกำลังกล้ามเนื้อหลังการรักษาสูงกว่าก่อนการรักษา

วิธีการวิจัย

การศึกษา ผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) วัดก่อน - หลัง แบบกลุ่มเดียว มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง มีนาคม 2569 – พฤษภาคม 2569 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion and Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยแพทย์

2. อยู่ในระยะฟื้นฟู (หลังเกิดโรคอย่างน้อย 3 เดือน)

3. มีอาการอ่อนแรงของแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง

4. สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในแบบยินยอม

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การทดลอง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยแพทย์

2. อยู่ในระยะฟื้นฟู (หลังเกิดโรคอย่างน้อย 3 เดือน)

3. มีอาการอ่อนแรงของแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง

4. สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในแบบยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

1.1 ชุดลูกประคบสมุนไพรที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลัก ได้แก่ ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ ใบมะกรูด การบูร และเกลือ

1.2 ขั้นตอนการนวดไทยแบบราชสำนักตามแนวทางของกรมการแพทย์แผนไทย (2565) โดยใช้เวลา 90 นาที ต่อครั้ง เป็นการนวดไทยราชสำนัก 19 ท่า ดังนี้

ท่าที่ 1. นวดพื้นฐานขา เน้นข้อเท้า เปิดประตูลม

ท่าที่ 2. นวดพื้นฐานหลัง

ท่าที่ 3. นวดสัญญาณ 1-5 หลัง

ท่าที่ 4. นวดพื้นฐานขาด้านนอก

ท่าที่ 5. นวดสัญญาณ 1-5 ขาด้านนอก

ท่าที่ 6. นวดพื้นฐานขาด้านใน

ท่าที่ 7. นวดสัญญาณ 1-5 ขาด้านใน

ท่าที่ 8. นวดพื้นฐานท้อง

ท่าที่ 9. นวดสัญญาณ 1-5 ท้อง

ท่าที่ 10. นวดพื้นฐานแขนด้านใน

ท่าที่ 11. นวดสัญญาณ 1-5 แขนด้านใน

ท่าที่ 12. นวดพื้นฐานแขนด้านนอก

ท่าที่ 13. นวดสัญญาณ 1-5 แขนด้านนอก

ท่าที่ 14. นวดพื้นฐานบ่า

ท่าที่ 15. นวดสัญญาณ 1-5 หัวไหล่

ท่าที่ 16. นวดพื้นฐานโค้งคอ

ท่าที่ 17. นวดสัญญาณ 1-5 ศีรษะด้านหลัง

ท่าที่ 18. นวดจุดจอมประสาท

ท่าที่ 19. นวดสัญญาณ 1-5 ศีรษะด้านหน้า

1.3 แผนการทำกายภาพบำบัดมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ

2.2 แบบประเมินความตึงของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale: MAS) ระดับกำลังกล้ามเนื้อแบ่งออกเป็น 6 ระดับ (เกรด 0-5) โดยใช้มาตราส่วนทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ (MRC) ตั้งแต่เกรด 0 คือ ไม่หดตัวเลย ไปจนถึงเกรด 5 คือ กำลังปกติ สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่ ซึ่งเป็นวิธีประเมินโดยแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อดูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย.

มาตราส่วนการประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (MRC Scale):

เกรด 0 (MRC 0): ไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ และคลำไม่พบการหดตัวของกล้ามเนื้อ.

เกรด 1 (MRC 1): คลำพบการหดตัวของกล้ามเนื้อเล็กน้อย แต่ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ.

เกรด 2 (MRC 2): สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มช่วง แต่ต้านแรงโน้มถ่วงไม่ได้ (เคลื่อนไหวในแนวราบได้).

เกรด 3 (MRC 3): ยกต้านแรงโน้มถ่วงได้ตลอดช่วงการเคลื่อนไหว แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้.

เกรด 4 (MRC 4): ยกต้านแรงผู้ตรวจได้พอสมควร แต่ยังไม่เต็มที่.

เกรด 5 (MRC 5): มีกำลังกล้ามเนื้อปกติ สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI) ประกอบด้วย

2.3.1 การรับประทานอาหาร (0 – 10)

2.3.2 การอาบน้ำ (0 – 5)

2.3.3 การแต่งกาย (0–10)

2.3.4 การใช้ห้องน้ำ (0–10)

2.3.5 การลุกจากเตียง/นั่งเก้าอี้ (0–15)

2.3.6 การเคลื่อนไหวภายในห้อง (0–15)

2.3.7 การขึ้น–ลงบันได (0–10)

2.3.8 การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (0–10)

2.3.9 การควบคุมปัสสาวะ (0–10)

2.3.10 การดูแลตนเองทั่วไป (0–5)

การแปลผล

คะแนนระหว่าง 0–20 = 1 แปลผล ขึ้นอยู่กับผู้อื่นทั้งหมด

คะแนนระหว่าง 21–60 = 2 แปลผล ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน

คะแนนระหว่าง 61–90 = 3 แปลผล ช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมด

คะแนนระหว่าง 91–100 = 4 แปลผล ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด

2.4 ประเมินความตึงของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale: MAS) หมายถึง การประเมินผลคะแนน ความตึงของกล้ามเนื้อ โดยมีเกณฑ์ประเมิน ดังต่อไปนี้

ระดับคะแนน	คำอธิบาย
0	ไม่มีความตึงของกล้ามเนื้อ
1	มีความตึงเล็กน้อย เมื่อเคลื่อนไหวปลายข้อต่อ
1+	มีความตึงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงน้อยกว่าครึ่งของการเคลื่อนไหว
2	ความตึงเพิ่มขึ้นชัดเจนแต่ยังเคลื่อนไหวได้ง่าย
3	ความตึงมาก เคลื่อนไหวได้ยาก
4	ข้อติดแข็ง เคลื่อนไหวไม่ได้เลย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา ผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์การนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

2. กำหนดการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

3. การดำเนินการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

4. สรุปผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Willcoxon match paired

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.8 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 58.55±14.83 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.5 น้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 63.36±12.61 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ 148.45±45.35 เซนติเมตร ประกอบ

อาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 36.4 เท่ากัน ไม่มีโรคประจำตัว และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.4 เท่ากัน ไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.6 เท่ากัน

2. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Manual Muscle Testing : MMT) แขน ก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด พบว่า ภายหลังดีขึ้นจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54

3. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Manual Muscle Testing : MMT) ขา ก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด พบว่า ภายหลังดีขึ้นจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54

4. ประเมินความตึงของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale: MAS) ก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด พบว่า ความตึงของกล้ามเนื้อดีขึ้น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54

5. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI) ก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI) หลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ดีขึ้น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54

6. การเปรียบเทียบ กำลังกล้ามเนื้อ (Manual Muscle Testing: MMT) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale: MAS)และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI) ก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด
พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ดีขึ้นกว่าก่อนการนวด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า จากการประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Manual Muscle Testing: MMT) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale: MAS)และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI) ก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ภายหลังดีขึ้นจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54 และก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ดีขึ้นกว่าก่อนการนวด ทั้งนี้เนื่องจากการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[8] และแนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[9] และการนวกไทยแบบราชสำนัก[10] สอดคล้องกันกับการศึกษาของสุทธิกิตติ์ พิพัฒน์ศรีสวัสดิ์[11] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทย ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ, อายุ, ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง, ข้างที่อ่อนแรง, คะแนน BI, FMA-motor, และ NIHSS-T ก่อนการรักษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษา 3 เดือน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ต่างมีคะแนน BI, FMA-motor เพิ่มขึ้น และมีคะแนน NIHSS-T ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนของแบบประเมินทั้ง 3 เดือน ก่อนและหลัง

การรักษา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในทุกแบบประเมิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศรุต ศรีสว่าง พวงเพชร สีหาบูราณ พิทักษ์พงษ์ พรรณพราว ชุลีภรณ์ ปักกาเวสา[12] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลหนองคู อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลหนองคู ดังนี้ 1) พัฒนาการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบล และชุมชน เพื่อให้บริการผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด 2) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน เน้นเนื้อหาการดูแลกับหลัก 3 อ. (อ.อิริยาบถ, อ.อารมณ์, อ.อุดมปัญญา) 3) ร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนการจัดทำแผนดูแลรายบุคคลที่สอดคล้องนาฬิกาชีวิตผู้ป่วย 4) ประสานและจัดหาแหล่งสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ดังนี้ 5.1) ภาคีเครือข่ายชุมชน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 5.2) แพทย์แผนไทย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง5.3) ทีมสหวิชาชีพ เดือนละ 1 ครั้ง ภายหลังการพัฒนาทำให้มีการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็วทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) เพิ่มขึ้นทุกราย ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (=2.94, SD=0.77) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของประถมพร มาตย์วิเศษ นาตยา วรรณการ[13] ได้ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94±0.25 4.91±0.30 และ 4.47±0.67 ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการนำการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด มาช่วยในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อ (Manual Muscle Testing: MMT) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale: MAS)และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index: MBI)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัดต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวและให้มีความหลากหลายเนื่องจากการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย เพื่อให้การนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรร่วมกับการทำกายภาพบำบัด มีประสิทธิภาพและสามารถดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยาชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. ม.ป.ท.

2. Stinear, C.M., Lang, C.E., Zeiler, S., & Byblow, W.D. (2020). Advances and challenges in stroke rehabilitation. Lancet Neurology, 19(4), 348-360.
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2565). คู่มือมาตรฐานการนวดไทยแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2565). แนวทางการบูรณาการแพทย์แผนไทยในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กระทรวงสาธารณสุข.
5. วุฒิชัย จันทรโกศล. (2564). ศาสตร์การนวดไทยแบบราชสำนักในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 22(1), 33–42.
6. จินตนา สุขแก้ว. (2563). การใช้ลูกประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ. วารสารการแพทย์แผนไทย, 18(2), 45–54.
7. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. (2568) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย8. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2564). คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
9. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
10. จุไรรัตน์ บุญรวบ.(2565). การนวดไทยแบบราชสำนักในเวชปฏิบัติ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
11. สุทธิกิตติ์ พิพัฒน์ศรีสวัสดิ์.(2567). ประสิทธิผลของการนวดไทย ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง: การวิจัยนำร่อง. วารสารแพทย์ เขต 4-5 ปีที่ 43 ฉบับ 3 เดือน กรกฎาคม - กันยายน 2567 /
12. วิศรุต ศรีสว่าง พวงเพชร สีหาบูราณ พิทักษ์พงษ์ พรรณพราว ชุลีภรณ์ ปักกาเวสา.(2567). พัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลหนองคู อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 4(3) 85-96
13. ประถมพร มาตย์วิเศษ นาตยา วรรณการ.(2568). ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(3), 109–123

การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

Nursing Care for Pregnant Women with Preeclampsia and Postpartum Hemorrhage

(Received: May 6,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 2,2026)

นวรัตน์ หริ่มปราณี[1]
Nawarat Rhimpranee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และการดูแลการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษากับหลักวิชาการ และนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้คลอด

ผลการศึกษา: ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 21 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 40+2 สัปดาห์ มาด้วยอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีมูกเลือด ทารกดิ้นดี ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง เวลา 14.50 น. ความดันโลหิต 185/110 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับยา hydralazine 10% MgSO4 เวลา 15.50 น. วัดความดันโลหิตซ้ำ155/96 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน อยากเบ่ง เวลา 16.05 น. หลังพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ 134/87 มิลลิเมตรปรอท เวลา 16.15 น. คลอดปกติทารกเพศหญิง หนัก 2,670 กรัม หลังคลอด 30 นาที ไม่มี sign รกลอกตัวทั้ง uterine sign, vulva sign พบรกเกาะแน่นมีเลือดออกจากช่องคลอดเรื่อย ๆ พบเลือดในถุงตวงเลือด 200 มิลลิลิตร วัดความดันโลหิตมารดาหลังคลอดได้ 170/107 มิลลิเมตรปรอท รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้วงรก เวลา 16.55 น. น้ำหนักรก 875 กรัม ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนิ่ม คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมงร่วมกับการคลึงมดลูก อาการปกติย้ายไปตึกหลังคลอดได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing process and nursing care for Pregnant Women with Preeclampsia and Postpartum Hemorrhage. Case study analysis with academic principles and application of study results to care for the birth

Results: Thai female birth 21 years old G2P1A0L1 40+2 weeks pregnant with labor pain. No water walking, no hard stomach. No bloody mucus, the baby squirmed well 1 hour before coming to the hospital at 14.50 hrs. blood pressure 185/110 mmHg. After receiving hydralazine 10% $MgSO_4$ at 3:50 p.m., blood pressure was measured repeatedly at 155/96. mmHg The patient had severe labor pain, the pain score was 8 points, wanted to be born at 4:05 p.m. after a 15-minute rest, and the blood pressure was measured at 134/87 mmHg at 4:15 p.m. Weight 2,670 grams, 30 minutes after birth, no placental detachment sign, both uterine sign and vulva sign, the placenta was found to be tightly attached and bleeding from the vagina continuously, blood was found in a 200 ml blood measuring bag, and the mother's blood pressure after birth was measured. 170/107 mmHg, the placenta was not delivered, the doctor performed a placental removal. At 4:55 p.m., the weight of the placenta was 875 grams. Normal appearance: soft uterus, continuous uterine roll age, total blood volume in the blood sac 700 ml, vital signs were assessed every 15 minutes for 2 hours in combination with uterine stenosis. Normal symptoms can be moved to the postpartum building.

Keywords: Nursing Care for Pregnant Women, Preeclampsia, Postpartum Hemorrhage

[1] โรงพยาบาลบางปะอิน

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เกิดได้บ่อย มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ ถ้าได้รับการประเมินและให้การรักษาล่าช้าผู้คลอดอาจชัก มีเลือดออกในสมอง การทำงานของตับผิดปกติ เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว ภาวะหัวใจล้มเหลวไตวาย เฉียบพลันและเสียชีวิตได้ รวมถึงทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้คลอดมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งถ้าควบคุมการเสียเลือดไม่ได้ ผู้คลอดจะเกิดภาวะช็อก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ไตวาย เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพลภาพและเสียชีวิตมากขึ้น จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 5 - 10 และตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1-5 จากการวิเคราะห์การเสียชีวิตพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือติดเชื้อ และความดันโลหิตสูง[1] สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในปี 2567 พบว่ามารดาเสียชีวิต 18.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจำแนกสาเหตุการตายพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายของมารดาในระยะคลอดเป็นอันดับสามของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง 2.80 รองจากการตกเลือดหลังคลอด 3.81 และการติดเชื้อ 3.007 และอัตราการตายของมารดายังสูงกว่าเป้าหมาย (17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข [2]

สถิติผู้คลอดโรงพยาบาลบางปะอิน ปี 2565 – 2567 จำนวน 547, 634 และ 546 ราย ตามลำดับ มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 3, 9 และ 9 ราย ตามลำดับ อัตราตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0, 0.47 และ 0.73 ตามลำดับ ถึงแม้ไม่พบการเสียชีวิต แต่ถือว่าเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับผู้คลอด อีกทั้งยังมีแนวโน้ม ของอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี และทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและภาระในครอบครัว[3]

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้คลอดความดันโลหิตสูงร่วมกับตกเลือดหลังคลอด ให้การพยาบาลโดยเน้นความปลอดภัยสูงสุด โดยการประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการชัก และตรวจเลือดออกทางช่องคลอด การหดรัดตัวมดลูกอย่างใกล้ชิด พร้อมให้ยาหดรัดตัวมดลูกและบริหารสารน้ำเลือดทดแทนตามแผนการรักษา พยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการประเมินที่ครบถ้วน รวดเร็ว ถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน การรายงานแพทย์ และปฏิบัติการพยาบาลเหมาะสม รวดเร็ว ทันการณ์ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด นำผลการศึกษาไปพัฒนาการให้การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสามารถกลับไปใช้ชีวิต กับครอบครัวที่บ้านได้อย่างปกติสุข และเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และตกเลือดหลังคลอด ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และการดูแลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะอิน จำนวน 1 ราย

2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังกรณีศึกษาผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะอิน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา พร้อมทั้งประเมินสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

3. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำราทางด้านวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

พยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาล ตามหลักกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน

6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุม

7. สรุปกรณีศึกษา เผยแพร่ และนำผลปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พัฒนางานต่อไป

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 21 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

การศึกษา : ประถมศึกษาปีที่ 6

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล : วันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 เวลา 14.00 น. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 16 พฤศจิกายน 2568

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : มาด้วยอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด ทารกดิ้นดี ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลบางปะอิน 4 เมษายน 2568 ANC จำนวน 10 ครั้ง

ประวัติการตั้งครรภ์ : LMP 25 มกราคม 2568 EDC 10 พฤศจิกายน 2568 T.T. 2 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธการแพ้ยา การใช้สารเสพติด ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ยายเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติตั้งครรภ์แฝดในเครือญาติ

อาการแรกรับที่ห้องคลอด : รับใหม่ เวลา 14.00 น. ผู้คลอดรู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร effacement 90 % station 0, MI, FHS 135 ครั้ง/นาที, interval 4 นาที duration 25 วินาที ความแรงของการบีบตัวของมดลูก 2^{+} คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5 คะแนน อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 169/97 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 100 %

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : พบความผิดปกติของ uric acid 7.6 mg/dl (ค่าปกติ 2.6-6.0), AST 63 u/l (ค่าปกติ<31)

การวินิจฉัยแรกรับ : G2P1A0L1 GA 40^{+2} wks. by ultrasound with chronic hypertension with superimposed mild preeclampsia

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : G2P1A0L1 GA 40^{+2} wks. by ultrasound with chronic hypertension with superimposed mild preeclampsia

สรุปอาการ อาการแสดงและแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

เวลา 14.50 น. ความดันโลหิต 185/110 มิลลิเมตรปรอท FHS 135 ครั้ง/นาที, interval 4 นาที duration 45 วินาที ความแรงของการบีบตัวของมดลูก 2^{+} คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5 คะแนน หลังได้รับยา hydralazine 25 mg 1 tab per oral stat then 10% $MgSO_4$ 4 gm iv drip in 20 min และ 50% $MgSO_4$ 20 gm +5%D/W 460 ml iv drip 50 cc/hr. เวลา 15.50 น. วัดความดันโลหิตซ้ำ 155/96 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน อยากเบ่ง ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดหมด effacement 100 %, station 0, MI, FHS 156 ครั้ง/นาที Interval 4 นาที Duration 40 วินาที ความแรงของการบีบตัวของมดลูกลดลง จาก 2^{+} เหลือ 1^{+} เวลา 16.05 น. หลังพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ134/87 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เจาะถุงน้ำ amniotic fluid clear มดลูกบีบรัดตัวไม่ดี rigidity 1^{+} ให้ 0.9% NSS 1,000 ml +oxytocin 10unit Iv drip rate 6 cc/hr. เพื่อกระตุ้นการบีบรัดตัวของมดลูก หลังได้ยา 30 นาที มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น rigidity 2^{+} interval 3 นาที 45 วินาที duration 45 วินาที ให้ออกซิเจน 10 LPM วัด SpO_2 98 % ผู้คลอดเจ็บครรภ์

มาก กระสับกระส่าย สีหน้ากังวลกลัวคลอดเองไม่ได้ เวลา 16.15 น. คลอดปกติทารกเพศหญิง หนัก 2,670 กรัม รอบหัว 33 เซนติเมตร รอบอก 32 เซนติเมตร ตัวยาว 51 เซนติเมตร ตรวจร่างกายทารกแรกเกิดอวัยวะร่างกายทั่วไปปกติ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 55 ครั้ง/นาที หลังคลอด 30 นาที ไม่มี sign รกลอกตัวทั้ง uterine sign, vulva sign พบรกเกาะแน่นมีเลือดออกจากช่องคลอด พบเลือดในถุงตวงเลือด 200 มิลลิลิตร วัดความดันโลหิตมารดาหลังคลอดได้ 170/107 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้ง/นาที DTR 2^{+}, $E_4V_5M_6$, SpO_2 98 % แพทย์ให้ 50% $MgSO_4$ 20 gm. + 5 % D/W 460 ml iv rate 50 ml/hr., hydralazine 10 mg iv stat รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้วงรก เวลา 16.55 น. น้ำหนักรก 875 กรัม ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนิ่ม คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร ให้ NSS 1000 cc + synto 40 u iv drip 120 cc/hr. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ร่วมกับการคลึงมดลูก อาการปกติย้ายไปตึกหลังคลอดได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/89 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 98 % มารดาหลังคลอด ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีใจสั่น น้ำคาวปลาไหลดี น้ำนมไหลเล็กน้อย หลังคลอดมารดารู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ มดลูกหดรัดตัวดี แผลไม่บวม น้ำคาวปลาสีแดง ปริมาณลดลง น้ำนมมามาก บุตรดูดนมได้ แนะนำมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอด หลังจากนั้นให้อาหารเสริมตามวัยควบคู่กับนมแม่จนบุตรอายุ 2 ปี การมาตรวจตามนัดหลังคลอด 6 สัปดาห์ การปฏิบัติตัวหลังคลอด การวางแผนครอบครัว การใช้สมุดสีชมพู คู่มือ DSPM และนัดบุตรฉีดวัคซีน 2 เดือน ก่อนจำหน่ายสัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2568 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน

การมาตรวจตามนัด มารดามาตรวจตามนัด โดยมารดานัดตรวจหลังคลอดที่ห้องตรวจนรีเวช มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ น้ำนมไหลดี บุตรดูดนมได้ดี

ผลการศึกษา

การดูแลผู้คลอดรายนี้ใช้กระบวนการพยาบาล จัดการให้ผู้คลอดได้รับการพยาบาลครอบคลุมทุกปัญหาโดยแบ่งระยะการให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะ พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1. ระยะก่อนคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดบอกว่า “เริ่มปวดท้องเป็นพักๆ” แสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด ร้องครางเป็นพักๆ หน้านิ่วคิ้วขมวด การหดรัดตัวของมดลูก Interval 8 นาที Duration 30 วินาที Severity 1^{+} คะแนนระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้คลอดเกี่ยวกับกระบวนการคลอดในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอด

2. ประเมินความเจ็บปวดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด จาการซักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวด เช่น ขมวดคิ้ว บิดตัวไปมา ร้องครวญคราง เสียงพูดบ่นถึงความเจ็บปวด

3. ประเมินและบันทึกความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกตามระยะของการคลอด บันทึกเกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และอัตราความก้าวหน้าของการคลอด

4. ตรวจและบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก

5. ส่งเสริมการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การกระตุ้นผิวหนัง, การนวดหลัง เป็นต้น

6. สอนการใช้เทคนิคการหายใจ (Breathing technique) เช่น เทคนิคของลามาซหรือการสอนวิธีให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เป็นต้น

การประเมินผลทางการพยาบาล ขณะมดลูกมีการหดรัดตัวผู้คลอดสามารถใช้เทคนิคการหายใจ และผ่อนคลายได้ถูกต้อง คะแนนระดับความเจ็บปวดลดลงเท่ากับ 5 คะแนน

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะก่อนคลอดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน แรกรับความดันโลหิต 185/110 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจเลือดพบ uric acid 7.6 mg/dl (ค่าปกติ 2.6 - 6.0 mg/dl) AST 63 u/l (ค่าปกติ 0 - 40 u/l)

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง และดูแลให้ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง (Absolute bed rest)

2. จัดให้นอนในบริเวณที่สงบ วางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ให้รบกวนผู้คลอดน้อยที่สุด โดยให้การพยาบาลที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน เพื่อลดการกระตุ้นจากภายนอก และให้ผู้คลอดได้พักผ่อน

3. ให้ข้อมูลและอธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่มารดาและทารกตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา $MgSO_4$ และอาการ ข้างเคียงของ การได้รับยา

4. ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือด อินฟิเรียเวนาคาวา (inferior venacava)

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome

6. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่

7. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ อาการปวดศีรษะและ FHS ทุก 1ชั่วโมง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก รายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่เลวลง เพื่อวางแผนในการรักษาและให้ได้รับการแก้ไขทันเวลา

8. ให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา hydralazine 25 mg 1 tab per oral stat เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ ≤ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถ้าความดันโลหิต Systolic ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดัน Diastolic ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็ว ใจสั่น มึนงง คลื่นไส้อาเจียน

9. ให้ยาป้องกันชักตามแผนการรักษา 10% $MgSO_4$ 4 gm. Iv then 50% $MgSO_4$ 20 gm.+5%D/W 460 ml iv rate 50 ml/hr.,และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์และหยุดการให้ยา

10. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือ เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพรวม ทั้งป้องกันการตกเตียงเมื่อเกิดภาวะชักหรือไม่รู้สึกตัว

11. เตรียมยา 10 % calcium gluconate ปริมาณ 10 มิลลิลิตร ไว้ให้พร้อม เพื่อแก้ภาวะ $MgSO_4$ toxicity

12. ให้ 0.9% NSS 1,000 ml + oxytocin 10 unit iv drip 6 cc/hr. และปรับเพิ่ม 6 cc ทุก 15 นาที จนมดลูกรัดตัวดี

13. ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ โดย monitor FHS

14. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจาก ร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย

15. งดน้ำงดอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด และป้องกัน การสูดสำลักจากภาวะชัก

การประเมินผลทางการพยาบาล หลังได้รับยา hydralazine 25 mg. 1 tab oral 1 ชั่วโมง เวลา 15.50 น. วัดความดันโลหิตซ้ำ155/96 มิลลิเมตรปรอท หลังพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ 134/87

มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ไม่เกิดภาวะชัก มีอาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและร่างกายเล็กน้อยและหายไปหลังได้รับยา 30 นาที

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดได้รับยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเหตุผลของการให้ยาและอาการข้างเคียงจากการได้รับแมกนีเซียม ได้แก่ อาการร้อนบริเวณ ที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการคลื่นไส้อาเจียน หายใจช้าลง ซึม หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ

2. ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตปฏิกิริยาสะท้อนของข้อเข่าทุก 2 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ได้รับยา 10% $MgSO_4$ 4 gms slowly push in 20 min then 50% $MgSO_4$ 20 gms + 5% D/W 460 cc iv drip rate 50 cc/ hrs.

4. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก

5. เตรียมยา 10% Calcium Gluconate ปริมาณ 10 มิลลิลิตร เพื่อใช้แก้ไขภาวะ $MgSO_4$ toxicity

6. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ทันที ได้แก่ ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ตรวจ Deep tendon reflex น้อยกว่า 2^+

7. สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตมากเกินไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ ซึม สับสน และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา ไม่พบอาการทางระบบประสาทปฏิกิริยาสะท้อนปกติ (DTR)$^{2+}$ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/82 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็น และความปลอดภัยของทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการผิดปกติของตนเอง และความปลอดภัยของทารกในครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับผู้คลอด พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ ทำให้ผู้คลอดมั่นใจในการดูแลและรู้สึกปลอดภัย โดยใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและตั้งใจฟังผู้คลอด

2. อธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบถึงภาวะของโรค สภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และทวนสอบ ความเข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ให้ผู้คลอดสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่คลอด เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3. ทบทวนกลไกการคลอดคร่าวๆ อธิบายว่าขั้นตอนการคลอดเป็นเช่นเดียวกับการคลอดในครรภ์ก่อน เพื่อสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้คลอด

4. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ แล้วผ่อนลมหายใจ ออกทางปากช้าๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอในอัตราเฉลี่ย 6 - 9 ครั้ง/นาที

5. สอนการลูบท้อง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์และเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการลูบเบาๆ ขึ้นลงช้าๆ หรือลูบเป็นเลข 8 ขณะนอนตะแคง

6. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ดูแลความสุขสบายทั่วไปเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น

7. แจ้งข้อมูลการตรวจประเมินอาการผู้คลอดและทารกในครรภ์ ภายหลังให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง เช่นระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ รวมทั้งแจ้งผลการตรวจความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ

เพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูล และผ่อนคลายความตึงเครียด

8. จัดโอกาสให้สามีและญาติสนิทเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้คลอด

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล หลังจากพูดคุยและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใกล้ชิด ผู้คลอดบอกข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์กับสามีและญาติที่เข้ามาเยี่ยมได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจได้ถูกต้อง ไม่ร้องเสียงดังขณะมดลูกหดรัดตัว pain score 8

2. ระยะการคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะรอคลอดและได้รับยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันภาวะชักมดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที Duration 30 วินาที FHS 134 ครั้งต่อนาที ตรวจประเมินปากมดลูกพบปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 % ส่วนนำอยู่ระดับ +2

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจ ความจำเป็นที่ทารกต้องการออกซิเจน วิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

2. จัดให้นอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกมากขึ้น

3. แนะนำเทคนิคการหายใจขณะเจ็บครรภ์เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์ โดยให้สูดหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ เบาๆ

4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml + oxytocin 10 unit iv drip 6 cc/hr. ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ

5. ประเมินและบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถ้ามดลูกหดรัดตัวถี่น้อยกว่า 2 นาที หรือหดรัดตัวนานเกิน 60 วินาที หรือหดรัดตัวแรงกว่าปกติ ลดปริมาณยาหรือหยุดให้ยา Oxytocin

6. ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์เป็นระยะ โดยใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring บันทึก FHS ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์หาก FHS <110 ครั้งต่อนาทีหรือ > 160 ครั้งต่อนาที

7. ประเมินปริมาณและสีของน้ำคร่ำที่ออก

8. ประเมินอาการและอาการของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอด อาการเจ็บครรภ์มาก ผิดปกติ หรือมดลูกหดรัดตัวถี่หรือหดรัดตัวนานกว่าปกติ

9. รายงานกุมารแพทย์ให้รับทราบว่าผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด และสูติแพทย์วางแผนให้คลอดทางช่องคลอด เพื่อเตรียมรับทารกแรกเกิดเมื่อคลอด

10. ประสานทีมและเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ให้พร้อมใช้

การประเมินผลทางการพยาบาล ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน Apgar score 1 นาที = 8, 5 นาที = 10 และ 10 นาที = 10 แข็งแรงดี ได้รับการส่งต่อพร้อมมารดาไปดูแลที่ตึกหลังคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 มารดาเสี่ยงตกเลือดจากภาวะรกค้าง

ข้อมูลสนับสนุน หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเหตุผลความจำเป็นที่แพทย์ต้องทำการล้วงรก และการปฏิบัติตัวขณะที่แพทย์ ทำการล้วงรก เพื่อให้ผู้คลอดผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการรักษา

2. ตรวจสัญญาณชีพเป็นระยะๆ ทุก 5 นาที ขณะล้วงรก หลังรกคลอด ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่

3. เตรียมพร้อมให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ โดยการเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ไว้ 2 เส้น

4. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจสอบสายสวนปัสสาวะที่คาไว้ ไม่ให้หักพับงอ

5. ช่วยเหลือแพทย์ในการล้วงรก

6. คลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวทันที หลังรกคลอด

7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือด

8. ดูแลการให้ยา Nalador 500 mcg + NSS 500 ml. drip in 1 hr. และเพิ่มอัตรา oxytocin เพื่อช่วยในการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผลทางการพยาบาล รกและเยื่อหุ้มรกคลอด 43 นาที หลังทารกคลอด น้ำหนักรก 875 กรัม ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนิ่ม คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร

3. ระยะหลังคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 มารดาเสี่ยงเกิดภาวะช็อคเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน มารดาเสียเลือดหลังคลอด 700 มิลลิลิตร หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้วงรก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานสูติแพทย์และตามทีมช่วยแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ในชั่วโมงต่อมา จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่

3. ตรวจหาสาเหตุอื่นๆนอกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ที่อาจทำให้ตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ แผลฉีกขาดของ ช่องทางคลอด มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มรกในมดลูก

4. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งวัสดุที่ซับเลือดรวมกัน

5. ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูก คลึงมดลูกเบาๆนาน 60 วินาทีหลังรกคลอด

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ได้แก่ Acetar load 700 ml

7. ดูแลให้oxytocin 20 u ผสม 0.9 % NSS 1000 ml IV อัตรา 120 ml/hr กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก

8. ดูแลให้ได้รับยา Nalador 500 mcg IV เพื่อเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

9. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที ดูแลให้ความอบอุ่น

10. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต

11. เตรียมมารดาให้พร้อมและแจ้งให้ญาติทราบ กรณีต้องทำหัตถการเพื่อลดการเสียเลือดหรือต้องผ่าตัดมดลูกฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิตผู้คลอด

12. เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม กรณีเกิดภาวะช็อก

การประเมินผลทางการพยาบาล มารดาไม่เกิดภาวะช็อค สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/85 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 98 %

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดเจ็บปวดแผลฝีเย็บและผนังช่องคลอดเนื่องจากมีแผลฉีกขาด ปวดมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังคลอดบ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บ และปวดมดลูกเวลาให้นมบุตร นั่งหน้านิ่วคิ้วขมวด เอามือกุมท้องคะแนนระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 5 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชี้แจงให้มารดาหลังคลอดเข้าใจสรีระของการหดรัดตัวของมดลูกแรง หลังการคลอดบุตรว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดตามธรรมชาติในมารดาหลังคลอดปกติ อาการปวดทุเลาลงตามลำดับ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล

2. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดระบายความรู้สึกเจ็บปวดฝีเย็บ เพื่อบรรเทาความตึงเครียด

3. จัดให้นอนพักบนเตียง ในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย หรือนอนคว่ำ โดยใช้หมอนประคองกล้ามเนื้อที่ท้องน้อย หรือนอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้กล้ามเนื้อท้องน้อยและเชิงกรานผ่อน

คลาย ประคองท้องน้อยด้วยหมอนหรือมือ หรือผ้ารัดหน้าท้อง เพื่อลดความตึงตัวของเอ็นยึดมดลูก

4. คลึงมดลูกไล่ก้อนเลือดออกจากโพรงมดลูก เปลี่ยนผ้าอนามัย สังเกตแผลฝีเย็บ จำนวนเลือดที่ออกมาพร้อมทั้งเปลี่ยนเสื้อ ผ้าถุงชุดใหม่

5. แนะนำการหลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนานๆ หลีกเลี่ยงการเสียดสีฝีเย็บ การกดทับแผลฝีเย็บ

6. ประเมินระดับความเจ็บปวด ชำระล้างฝีเย็บ เพื่อลดการหมักหมม ความเจ็บปวดฝีเย็บจะทุเลาลดลง

7. ดูแลให้ยา Paracetamol(500mg) จำนวน 1 เม็ด ในกรณีที่เจ็บปวดแผลฝีเย็บมาก เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง

การประเมินผลทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดบ่นปวดแผลฝีเย็บน้อยลง นอนหลับพักผ่อนได้เป็นระยะๆ สีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นขึ้น คะแนนระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 มารดาหลังคลอดขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว หลังคลอดบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล/อยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังคลอดถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด และเรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังคลอด เพื่อจะได้ให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด

2. แนะนำการสังเกตการหดรัดตัวของมดลูก และกระตุ้นให้คลึงมดลูกให้มีลักษณะกลมแข็ง

3. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการปวดมดลูก ถ้าปวดมากให้ทานยาแก้ปวด

4. แนะนำการดูแลแผลฝีเย็บและน้ำคาวปลา ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่กับน้ำประปา ควรทำความสะอาด โดยไม่ย้อนจากกันมาด้านหน้า

5. แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 6 สัปดาห์หลังคลอด เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้

6. แนะนำวิธีการรักษาความสะอาดของร่างกายเช้า-เย็น เปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยชุ่ม เพราะการใส่นานไปจะเกิดการสะสมของเชื้อโรคได้

7. แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในช่วงกลางคืน

8. แนะนำการออกกำลังกาย จะทำได้ในบางท่าที่ไม่หนักมาก หรือจนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอดจากแพทย์ และควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็นจะทำให้น้ำคาวปลาออกดี มดลูกเข้าอู่เร็ว

9. แนะนำการรับประทานอาหารควรรับประทานให้ครบ 5 หมู่ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอดและ เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้บุตร งดเว้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของหมักดอง ชา กาแฟหรืออาหารรสเผ็ด

10. แนะนำวิธีการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลแยก บวม เป็นหนอง น้ำคาวปลาผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกมาทางช่องคลอดใน 1 ชั่วโมง ชุ่มผ้าอนามัย 1 แผ่น หรือมีเลือดออกมาเป็นก้อน มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด แผลฝีเย็บบวมแดงมากขึ้น จนปวดถ่วงถึงทวารหนัก,ปวดศีรษะมาก, เต้านมคัด อักเสบมาก

การประเมินผลทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังคลอดบุตร ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดบุตรปกติขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาหลังคลอดสามารถตอบคำถามได้ 5 ข้อ จาก 10 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้คลอดมาด้วยอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีมูกเลือด ทารกดิ้นดี แพทย์วินิจฉัย G2P1A0L1 GA 40^{+2} wks. by ultrasound with chronic hypertension with superimposed mild preeclampsia ก่อนคลอดผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ให้การรักษาโดยยา hydralazine 25 mg 1 tab per oral stat then 10% $MgSO_4$ 4 gm iv drip in 20 min พยาบาลให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการ

ได้รับยา จนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติและทำคลอดได้ หลังคลอดพบรกไม่คลอด รกเกาะแน่นมีเลือดออกจากช่องคลอดเรื่อย ๆ แพทย์ทำการล้วงรก ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนิ่ม คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมงร่วมกับการคลึงมดลูก อาการปกติย้ายไปตึกหลังคลอดได้

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก ในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้นอกจากนี้ การพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบนั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัยแต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้คลอดจะได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้วก็ตามแต่การพยาบาลที่สำคัญอีกประการ คือการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังคลอดโดยดูแลให้ผู้คลอดพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา และก่อนที่ผู้คลอดจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรมีการวางแผนจำหน่ายให้ร่วมกับการกำหนดแนวทางในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้คลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ในการดูแลผู้คลอดความดันโลหิตสูงร่วมกับตกเลือดหลังคลอด ให้การพยาบาลโดยเน้นความปลอดภัยสูงสุดโดยการประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการชัก และตรวจเลือดออกทางช่องคลอด การหดรัดตัวมดลูกอย่างใกล้ชิด พร้อมให้ยาหดรัดตัวมดลูกและบริหารสารน้ำ เลือดทดแทนตามแผนการรักษา พยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการประเมินที่ครบถ้วน รวดเร็ว ถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน การรายงานแพทย์ และปฏิบัติการพยาบาลเหมาะสม รวดเร็วทันการณ์ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด นำผลการศึกษาไปพัฒนาการให้การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวที่บ้านได้อย่างปกติสุข และเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และตกเลือดหลังคลอด ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากสถิติผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการคลอด พยาบาลจึงควรมีการพัฒนา เพิ่มพูนความรู้ทักษะวิชาการ และการนำนวัตกรรมใหม่ๆ มาปรับใช้ในการดูแลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. ควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมในการดูแลทารก ทั้งการเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต การรายงานแพทย์ และการประสานงาน เพื่อให้การทำงานเป็นระบบและราบรื่น

3. ควรกำหนดแนวทางให้ญาติและครอบครัว สามารถเข้าเยี่ยมผู้คลอดขณะนอนพักรักษาจัดระบบการเยี่ยมให้เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล และสร้างความมั่นใจให้ผู้คลอด รับรู้ความสามารถในตนเองต่อการเลี้ยงดูทารกคลอด จะช่วยปรับตัวเข้ากับบทบาทตามสถานการณ์ใหม่ในชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1.Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). Hypertensive disorder in pregnancy. In Williams obstetrics (24th ed.). Boston: Mc.Graw-Hi

2. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567) สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2567.

3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางปะอิน (2567). *สถิติการคลอด 2565 – 2567.*

4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2565).แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3 บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด

5. ฐิติพร บุญช่วยเหลือ. (2567). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด.

ผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าปลา อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Pharmaceutical care outcomes and quality of life of Asthma and Chronic obstructive pulmonary disease patients at Thapla Hospital, Thapla District, Uttaradit Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

รองรัตน์ หนูแก้ว [1]
Rongrat Nukaew[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม เป็นการศึกษากึ่งทดลองของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 279 คน ติดตามผลการรักษา 6 เดือน เข้ารับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างน้อย 2 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลลัพธ์ที่ประเมินประกอบด้วย คุณภาพชีวิต(MiniAQLQ) ความร่วมในการใช้ยา ทักษะการใช้ยาพ่นสูดทางปาก

ผลการศึกษา: การประเมินคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมและคุณภาพชีวิตมิติอาการ คุณภาพชีวิตมิติการแสดงอารมณ์ และคุณภาพชีวิตมิติสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย(P<0.001) แต่คุณภาพชีวิตมิติการจำกัดในกิจกรรม หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมไม่มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยของยา 3 รายการ คือ Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline CR 200mg cap หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย(P<0.001) การประเมินผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นสูดชนิด (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอน แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย (P<0.001)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง , การบริบาลทางเภสัชกรรม, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research has the objective To evaluate the quality of life and clinical outcomes of asthmatic and COPD patients. Before and after providing pharmaceutical care. This study was quasi experimental research. Sample size were asthmatics and chronic obstructive pulmonary disease patients. Before and after providing pharmaceutical care, 279 people were followed up for 6 months and received pharmaceutical care at least 2 times. Data were collected using questionnaires. The results evaluated include Quality of life (MiniAQLQ), participation in drug use Skills in using oral inhalers

Results: Assessment of overall quality of life and symptom dimensions of quality of life. Quality of life, emotional expression dimension and quality of life dimensions of stimuli in the environment of asthmatic and chronic obstructive pulmonary disease patients after receiving pharmaceutical care. Different from the beginning of the research (P<0.001), but the quality of life dimension was limited in activities. After receiving pharmaceutical care there was no difference from the beginning of the research. Evaluating patient medication adherence of 3 drugs: Seretide MDI, Budesonide MDI, and Theophylline CR 200mg c.

Keywords: Asthma patients and chronic obstructive pulmonary disease patients, Pharmaceutical care, Quality of life

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

บทนำ

โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจชนิดเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อควบคุมอาการและการดำเนินไปของโรค การใช้ยาหรือได้ยาไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) จัดเป็นโรคที่สำคัญอีกโรคหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและเป็นภาระของระบบสุขภาพทั่วโลก[1] นอกจากนั้นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ของโลก[2] อีกทั้งความชุกและอุบัติการณ์เกิดโรคยังคงสูงขึ้นในทุกทศวรรษอีกด้วย โรคหืด (asthma) ก็เป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่ก่อปัญหาและมีความสำคัญไม่แพ้กัน[3] จากรายงานพบว่าประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยโรคหืดคิดเป็นประมาณร้อยละ7 ของสัดส่วนประชากรทั้งหมด และมีอัตราการตาย 3.5 ราย จากผู้ป่วยหนึ่งแสนคน[4] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อย โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักพบในผู้สูงอายุและโรคหืดพบได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กจนถึงผู้สูงอายุ หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดกำเริบ

องค์การอนามัยโลก ประมาณการณ์ว่าในปี 2565 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 2,750,000 คน เป็นอัตราการตายร้อยละ 4.8 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ จากสถิติสาธารณสุข ปี 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดนอนรักษาในโรงพยาบาล 115,577 คน และมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 249,742 คน โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหืดประมาณร้อยละ 7 ของประชากร และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคนคาดว่าผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 5 จะป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2563 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในประเทศไทย ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คน โดยในเขตสุขภาพบริการที่ 1 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เขตบริการสุขภาพที่ 12 มีอัตรากำเริบเฉียบพลันมากที่สุด[5]

จากการศึกษาของกฤติมา โภชนสมบูรณ ศึกษาผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่ามีผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมทั้งสิ้น 538 ราย เป็นเพศหญิง 282 ราย (ร้อยละ 52.42) พบปัญหาจากการใช้ยา 402 ปัญหา ในผู้ป่วย 311 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.81 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเฉลี่ย 1.32 + 0.69 ปัญหาต่อราย ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การสั่งยาไม่เพียงพอต่อจำนวนวันที่นัดครั้งต่อไป 331 ปัญหา (ร้อยละ 82.34) สาเหตุส่วนใหญ่ คือ การสั่งใช้ยาข้อมูลที่จำเป็นไม่ครบถ้วน 219 สาเหตุ (ร้อยละ 54.48) การแก้ไขปัญหามากที่สุด คือ การเปลี่ยนคำสั่งใช้ยา 235 ครั้ง (ร้อยละ 58.46) ผลลัพธ์ของการบริบาล ทางเภสัชกรรมแก้ปัญหาได้ทั้งหมด 395 ปัญหา (ร้อยละ 98.26) จากการประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น พบว่าเครื่องมือในการสูดพ่นยาที่ผู้ป่วยใช้ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ Respimat Turbuhaler Breezhaler HandiHaler Pressurized Metered-Dose Inhalers และ Accuhaler ตามลำดับ[6]

โรงพยาบาลท่าปลา อำเภอท่าปลา ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนากรและพยาบาล เภสัชกรมีส่วนร่วมในการติดตามการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ โดยให้การบริบาลทางเภสัชกรรม เช่น การให้ความรู้ การให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา ประเมินทักษะการใช้ยาพ่นสูดทางปาก แต่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ขาดการเข้าร่วมการทำกิจกรรมของคลินิก จึงทำ

ให้ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยังขาดการบริบาลทางเภสัชกรรม และการประเมินผลของการให้ความรู้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำกิจวัตรได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกอันประกอบไปด้วย ทักษะการใช้ยาMDI ความร่วมมือการใช้ยา ของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม ทำการทดลองช่วง กันยายน 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 ระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 102 คน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 248 คน รวมผู้ป่วยทั้งสองโรค 350 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าปลา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการคัดเลือกจากประชากรของการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีกลุ่มตัวอย่างโรคหืดจำนวน 99 คน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 180 คน รวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสองโรค 279 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18-65 ปี สามารถอ่านออก เขียนได้ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ผู้ป่วยสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา 3) เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าปลา

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา 2) ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวไปรักษาในสถานพยาบาลอื่น 3) ผู้ป่วยที่ระยะการนัดพบแพทย์เลยช่วงการเวลาที่ทำการศึกษา 4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ หลังให้บริบาลทางเภสัชกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คือเป็นผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าปลา มีอายุ 18-65 ปี และสามารถอ่านออก เขียนได้ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 279 คน โดยดูจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการเก็บประวัติข้อมูลผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่1 ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป. แบบประเมินความร่วมในการใช้ยา แบบประเมินการใช้ยาพ่นสูดและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (MiniAQLQ) พร้อมให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นรายบุคคล

3. ติดตามผลการบริบาลทางเภสัชกรรมหลังจากการเก็บข้อมูลครั้งที่1 ประมาณ 3เดือน พร้อมทั้งเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป. แบบประเมินความร่วมในการใช้ยา แบบประเมินการใช้ยาพ่นสูดและแบบสอบถามคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1 .แบบเก็บข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิ์การรักษา การสูบบุหรี่ ระยะเวลา ที่เป็นโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

2. แบบประเมินความร่วมในการใช้ยา ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา

3. แบบประเมินการใช้ยาพ่นสูดทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (MiniAQLQ) ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Pairs Sample t– test ในการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

2. คุณภาพชีวิต แสดงข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิต ในรูปของค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± SD) โดยแบ่งเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ 4 มิติ คือ มิติอาการ ข้อ 1,4,6,8,10 มิติการจำกัดในการทำกิจกรรม ข้อ 12,13,14,15 มิติการแสดงอารมณ์ ข้อ3,5,9 และมิติสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อม ข้อ 2,7,11 ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Pairs *t* – test ในการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษา

3.ทักษะการใช้ยาพ่นสูดทางปาก แสดงจำนวนผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาพ่นสูด (Metered dose inhaler)ได้อย่างถูกต้องแต่ละขั้นตอนในรูปจำนวนและร้อยละ ทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา

4. ความร่วมในการใช้ยา แสดงจำนวนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง เป็นจำนวนและร้อยละ และทดสอบทางสถิติโดยใช้ Mc Nemar test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ UPHO REC No. 096/2568 เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวน 279 คน เป็นเพศชาย 180 คน (ร้อยละ64.5) เพศหญิง 99 คน (ร้อยละ35.5) อายุส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปี 156 คน (ร้อยละ55.9) ประกอบอาชีพรับจ้าง 90 คน (ร้อยละ32.3) และไม่ได้ทำงาน 90 คน (ร้อยละ32.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรส 117 คน (ร้อยละ41.9) มีระดับการศึกษาคือประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 279 (ร้อยละ100) สิทธิ์การรักษาเป็นสิทธิ์อื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ จำนวน 153 คน (ร้อยละ54.9) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 2,001บาท ถึง5,000 บาท จำนวน 130 คน (ร้อยละ 46.6) มีประวัติเคยสูบบุหรี่มาก่อนแต่หยุดสูบแล้ว จำนวน 198 คน (ร้อยละ71.0) ระยะเวลาเป็นโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง11ปี –15 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ29.0)

ตาราง 1 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คุณภาพชีวิต	คะแนน mean ± SD		
	ครั้งที่1	ครั้งที่2	p-value
คุณภาพชีวิตมิติอาการ	3.78 ± 0.78	4.82 ± 0.56	P<0.001*
คุณภาพชีวิตมิติการจำกัดในกิจกรรม	3.94 ± 0.45	4.11 ± 0.52	p=0.083
คุณภาพชีวิตมิติการแสดงอารมณ์	3.28 ± 0.31	4.38 ± 0.28	P<0.001*
คุณภาพชีวิตมิติสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อม	3.04 ± 0.32	4.35 ± 0.32	P<0.001*
คุณภาพชีวิตโดยภาพรวม	3.60 ± 1.47	4.60 ± 1.03	P<0.001*

จากตาราง 1 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมุ่งเน้นประเมินคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ รวม 4 มิติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมและคุณภาพชีวิตมิติอาการ คุณภาพชีวิตมิติการแสดงอารมณ์ และคุณภาพชีวิตมิติสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.001 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมเพิ่มขึ้น 3.60 $\pm$ 1.47 คะแนน เป็น 4.60 $\pm$ 1.03 คะแนน แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.001 แต่คุณภาพชีวิตมิติการจำกัดในกิจกรรม หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ไม่มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย P=0.083 มีคะแนน 3.94 $\pm$ 0.45 เป็น 4.11 $\pm$ 0.52 คะแนน

ตาราง 2 ข้อมูลแสดงจำนวนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายการยา	จำนวนผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง : คน (ร้อยละ)	
	ครั้งที่1	ครั้งที่2
Seretide MDI (N=162)	90 (55.5)	153 (94.4) p<0.001
Budesonide MDI (N=117)	53 (45.3)	99 (84.6) p<0.001
Theophylline SR 200mg cap (N=279)	215 (77.1)	279 (100) p<0.001

จากตาราง 2 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังของยา3 รายการคือ Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline SR 200mg cap หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถใช้ยาทั้ง 3 รายการได้อย่างถูกต้อง แตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.001

ตาราง 3 ข้อมูลแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ยาสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องแยกตามขั้นตอนที่ใช้

รายการยา	จำนวนผู้ป่วยใช้ยาพ่นสูดชนิด MDI ได้ถูกต้องแยกตาม7ขั้นตอน : คน (ร้อยละ)	
	ครั้งที่1	ครั้งที่2
1.เปิดฝาครอบออก ถือกระบอกยาในแนวตั้งตรง แล้วเขย่ากระบอกยา	171 (61.3)	243 (87.1) p<0.001*
2.อมกระบอกยาหรือกระบอกต่อให้สนิท หรือให้กระบอกยาอยู่ห่างจากปาก3-4 ซม	153 (54.8)	216 (77.4) p<0.001
3.กดพ่นยา 1 ครั้ง พร้อมสูดหายใจเข้าทางปาก ลึกๆ ช้าๆ	108 (38.7)	180 (64.5) p<0.001
4.เอาหลอดพ่นยาออกจากปาก หุบปากให้สนิท แล้วกลั้นหายใจไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วจึงค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกตามปกติ	81 (29)	216 (77.4) p<0.001
5.หากใช้ยามากกว่า 1 กด ให้เว้นระยะอย่างน้อย 1-2 นาทีก่อนพ่นยาอีกต่อไป	117 (41.9)	243 (87.1) p<0.001
6.กรณีเป็นยาสูดควบคุมอาการ (steroid) ต้องบ้วนปากทุกครั้ง	162 (58.1)	234 (83.9) p<0.001
7.ป่วยได้พิจารณาวันหมดอายุ และปริมาณยาที่เหลืออยู่	189 (67.7)	243 (87.1) p=0.001*

จากตาราง 3 การประเมินผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องแยกตาม 7 ขั้นตอน หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอนแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P<0.001

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ P<0001 ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการศึกษาที่ระบุว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมรายบุคคลเภสัชกรรับฟังร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างเป็นที่พอใจ แต่คุณภาพชีวิตมิติการจำกัดในกิจกรรม หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ไม่มีความแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัย P=0.083 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐาน เนื่องมาผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปไม่สามารถกำหนดภาระงานที่หนักหรือเบาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ แสงพุ่ม และคณะ[7] ศึกษาผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ในคลินิกโรคหืด ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มศึกษาที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม มีคะแนน 5.6±1.0และ 5.1± 0.9 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เลิศสินอุดม และคณะ[8] ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนสูงกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (4.1±0.9 และ 5.2±1 ตามลำดับ, p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ศิริพรรณ[9] ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม เชิงลึกสามารถเพิ่มผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 4.00 ± 0.95 เป็น 5.04 ± 0.88 คะแนน (p<0.001)

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ของยา3 รายการคือ Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline CR 200mg cap หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ P<0.001 ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการศึกษาที่ระบุว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถทำให้ความร่วมมือในการใช้ยา Seretide MDI Budesonide MDI และ Theophylline CR 200mg cap ของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมรายบุคคล เภสัชกรรับฟังปัญหา สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติตามแพทย์สั่ง เช่นผู้ป่วยคิดว่าไม่ค่อยมีอาการหอบแล้วก็จะไม่พ่นยาหรือต้องกินยาตามแพทย์สั่งก็ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ศิริพรรณ[9] ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงลึกผู้ป่วยสามารถเพิ่มความร่วมมือการใช้ยา จากร้อยละ 91.08±16.51 เป็น 97.15±8.33 (p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ แสงพุ่ม และคณะ[7] ศึกษาผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ในคลินิกโรคหืด ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการศึกษาพบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มศึกษาที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม (p<0.001)

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอนแตกต่างจากเริ่มต้นการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ P<0001 ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการศึกษาที่ระบุว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นสูดชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ได้ถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมรายบุคคล เภสัชกรรับฟังปัญหาและมีการทดลองทำเป็นรายบุคคลทดลองทำทีละขั้นตอนจนผู้ป่วยสามารถทำเองได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ศิริพรรณ[9] ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิคของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงลึกผู้ป่วยสามารถใช้ยาสูดได้ถูกต้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 15 คน (ร้อยละ 32.6) เป็น 40 คน (ร้อยละ 87.0) (p<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมเกียรติ เขื่อนเพชร[10] ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิด MDI ได้ดีขึ้น และอัตราความผิดพลาดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และทักษะการใช้ยาพ่นสูดของผู้ป่วย โดยใช้กลวิธีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ความไว้วางใจ และการวางแผนร่วมกันในการแก้ไขปัญหา แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย อย่างไรก็ตามยังคงพบว่ามีหลายปัจจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของญาติ หรือปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง เป็นต้น ซึ่งอาจทำการศึกษาต่อเนื่องต่อไปว่าปัจจัยใดบ้างที่ สามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและทักษะการใช้ยาพ่นสูดของผู้ป่วย หรือการโทรศัพท์ติดตามจะช่วยแก้ปัญหาในเรื่องของการไม่มีเวลา และเรื่องของการไม่มาเข้าร่วมทำกิจกรรมของคลินิกตามวันที่นัดหมายรับการตรวจ

2. ควรมีการศึกษาการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินด้วยอาการหอบ และการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และควรศึกษาสมรรถภาพการทำงานของปอด (PEER) ของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เครื่อง Spirometer

3. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ และควรศึกษาระดับความควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. พร้อมทั้งศึกษาแนวทางการป้องกัน และการวางแผนดูแลรักษา รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อเสริมสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้สามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างแท้จริง

5. จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มีความพึงพอใจ ค่อนข้างดีต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม แต่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนเนื่องจากไม่ได้มีการ เก็บข้อมูลในด้านนี้ดังนั้นหากมีการดำเนินการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ต่อไปในอนาคต ก็ควร พิจารณาวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

6. การศึกษาครั้งนี่ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจงกับโรคหืดและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีข้อเสียคือ ไม่สามารถนำผลคุณภาพชีวิตที่ได้ไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ดังนั้นในกรณีที่ต้องการนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับโรคอื่นหรือเปรียบเทียบกับประชากรสุขภาพดี ก็อาจจะพิจารณาใช้แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตแบบทั่วไปแทน

7 ควรทำการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เนื่องจากการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้ผู้ป่วยให้ความ ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ ส่งผลให้

สามารถจัดการกับปัญหา อาทิ เช่น ปัญหาปัจจัยในสิ่งแวดล้อมที่สามารถกระตุ้นให้อาการของโรค ปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือปัญหาการไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Asthma (2022). Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
2. Soriano, J., Vivick, G., Muellerova, H., Payvandi, N., & Hansell, A. (2021). Patterns of comorbidities in newly diagnosised COPD and asthma in primary care. Chest, 128(4), 2099-2107.
3. อรรถการ นาคำ. (2551). หลักการใช้ยาและการดูแล ผู้ป่วยโรคหืด (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. Masoli, M. Fabian D., Holt S., Bearlery R. (2004). The The global burden of asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report. Allergy, 59(5), 469- 78.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2565). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข : การดูแลผู้ป่วย โรคหืด พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). [ออนไลน์] ได้จาก : http://eac2.debrigeistry.com/site_data/debregistry_eac/1/NHSO_Policy.pdf
6. กฤติมา โภชนสมบูรณ. (2564) ผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง.2564; ปีที่ 65 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
7. ภาณุวัฒน์ แสงพุ่ม. (2552). ผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์ในคลินิกโรคหืด ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยศิลปากร.
8. สุณี เลิศสินอุดม และคณะ. (2559) ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. นพวรรณ ศิริพรรณ .(2555) ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงลึกต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
10. เฉลิมเกียรติ เขื่อนเพชร และคณะ.(2547) ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.

การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Track เพื่อลดระยะเวลารอผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย

Development of a Fast Track Emergency Surgery Model for Acute Appendicitis Patients to Reduce Waiting Time and Postoperative Complications in a Hub Hospital.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

วัชราภรณ์ เฉลิมมิตร[1] ธัญญารัตน์ พันธฤทธิ์[1]
Watcharaporn Chalermit[1] Thanyarat Phantharith[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินแบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในบริบทเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ PDSA จำนวน 2 วงรอบ แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ การนำไปใช้จริง และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย Acute Appendicitis ที่เข้ารับการรักษาในเครือข่าย และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ผลการศึกษา: รูปแบบที่พัฒนาขึ้น "BORABUE Fast Track Model" ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานการคัดกรอง (Baseline standardization) การพัฒนาระบบส่งต่อ (Optimized referral system) การคัดกรองและวินิจฉัยรวดเร็ว (Rapid triage and diagnosis) การเร่งเข้าถึงห้องผ่าตัด (Accelerated OR access) การเชื่อมโยงเครือข่าย (Bridging network collaboration) การทำงานทีมสหวิชาชีพ (Unified multidisciplinary team) และการประเมินผลด้วยตัวชี้วัด (Evaluation with KPIs) หลังการพัฒนาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast Track ร้อยละ 80.70 ระยะเวลารอผ่าตัดลดลงจาก 10.8 เหลือ 5.6 ชั่วโมง (ลดลงร้อยละ 48.1) อัตราไส้ติ่งแตกลดลงจากร้อยละ 18.45 เหลือร้อยละ 8.54 อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 9.52 เหลือร้อยละ 3.57 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลงจาก 3.9 เหลือ 2.1 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายลดลง 5,300 บาท ความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.58 และ 4.35 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน, Fast Track Surgery, เครือข่ายบริการสุขภาพ, ระยะเวลารอผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This study was Research and Development (R&D) aimed to develop and evaluate a Fast Track emergency surgery model for acute appendicitis patients within the Borabue–Kudrang–Nachueak health service network. A study was conducted from August 2024 to October 2025, applying two PDSA quality improvement cycles across four phases: situation analysis, model development, implementation, and evaluation. Participants included acute appendicitis patients treated within the network and multidisciplinary healthcare personnel, selected by purposive sampling.

Results: The developed "BORABUE Fast Track Model" comprises seven components: Baseline standardization using the Modified Alvarado Score, Optimized referral system, Rapid triage and diagnosis, Accelerated operating room access, Bridging network collaboration, Unified multidisciplinary team, and Evaluation with KPIs. Following implementation, 80.70% of eligible patients entered the Fast Track pathway. Mean door-to-operation time decreased from 10.8 to 5.6 hours (48.1% reduction). The perforation rate declined from 18.45% to 8.54%, surgical site infection rate

[1] โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

from 9.52% to 3.57%, and mean length of stay from 3.9 to 2.1 days. Average treatment cost per patient decreased by 5,300 THB. No mortality or 28-day readmissions were recorded. Patient and staff satisfaction scores were high (Mean = 4.58 and 4.35, respectively).

Keywords: Acute appendicitis, Fast Track Surgery, Health service network, Door-to-operation time, Surgical complications

บทนำ

ภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis) นับเป็นภาวะศัลยกรรมฉุกเฉินทางช่องท้องที่พบบ่อยที่สุดในระดับสากล โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 100–150 รายต่อประชากรแสนคนต่อปี และคิดเป็นสัดส่วนของการผ่าตัดฉุกเฉินทางศัลยกรรมทั่วไปประมาณร้อยละ 10–20 [1,2] ในบริบทของประเทศไทย ไส้ติ่งอักเสบยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้านศัลยกรรม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน [2,3] แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐาน แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมิได้ขึ้นอยู่กับการรักษาเพียงอย่างเดียว หากยังขึ้นอยู่กับ “ความรวดเร็วและประสิทธิภาพของกระบวนการดูแล” ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอย่างมีนัยสำคัญ [4] หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงการได้รับการผ่าตัด (time to surgery) โดยเฉพาะระยะเวลารอผ่าตัดในโรงพยาบาล (Door to Operation Time) เป็นปัจจัยกำหนดความรุนแรงของโรคโดยตรง กล่าวคือ หากกระบวนการรักษาล่าช้าเกิน 24 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดไส้ติ่งแตก (perforated appendicitis) จากประมาณร้อยละ 15 เป็นมากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ การเกิดฝีในช่องท้อง เยื่อบุช่องท้องอักเสบ และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด [1,5] ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยังทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้นจากเฉลี่ย 2–3 วัน เป็น 5–7 วัน และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 2–3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในระยะไม่ซับซ้อน [2,5] สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัดในฐานะตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่สำคัญ

ในบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ โรงพยาบาลบรบือในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย (Hub Hospital) มีบทบาทสำคัญในการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลกุดรัง และโรงพยาบาลนาเชือก โดยมีผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเข้ารับบริการจำนวน 112 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และ 168 ราย ในปี พ.ศ. 2567 หรือเฉลี่ยประมาณ 140 รายต่อปี และเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อจากเครือข่ายประมาณร้อยละ 35–40 จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังพบว่าระยะเวลารอผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ที่ 10.8 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 42 ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง ขณะที่อัตราการเกิดไส้ติ่งแตกอยู่ที่ร้อยละ 18.45 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ควรน้อยกว่าร้อยละ 10 [6] เมื่อพิจารณาเชิงกระบวนการ พบว่าความล่าช้าเกิดขึ้นในหลายช่วงของการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้นในโรงพยาบาลลูกข่ายที่ยังขาดเครื่องมือมาตรฐานร่วมกัน กระบวนการส่งต่อที่มีความซับซ้อนและใช้เวลานานเฉลี่ย 2–3 ชั่วโมง ตลอดจนการจัดลำดับความเร่งด่วนของคิวผ่าตัดในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ยังไม่มีระบบกำหนดลำดับความสำคัญสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทนี้อย่างชัดเจน [7] นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น ห้องผ่าตัดและบุคลากรทางศัลยกรรม ยังส่งผลให้เกิดภาวะคอขวด (bottleneck) ในช่วงเวลาที่มีภาระงานสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเข้าสู่ระยะไส้ติ่งอักเสบแบบซับซ้อนก่อนการรักษา คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด [6]

แนวคิดการดูแลแบบ Fast Track Surgery ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าสามารถเพิ่ม

ประสิทธิภาพของระบบบริการ ลดระยะเวลาการรักษา และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉิน [8,9] แนวทางดังกล่าวมุ่งเน้นการจัดการดูแลแบบบูรณาการครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองที่รวดเร็ว การวินิจฉัยที่มีมาตรฐาน การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างกระชับ ไปจนถึงการบริหารจัดการทรัพยากรในห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ [4,8,10] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นในระดับโรงพยาบาลเดี่ยว และยังขาดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการแบบ Fast Track ที่เชื่อมโยงการทำงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ช่องว่างองค์ความรู้ที่สำคัญ ได้แก่ การขาดรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่จุดคัดกรองในโรงพยาบาลลูกข่าย การส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จนถึงการเข้าถึงห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการขาดตัวชี้วัดเชิงระบบที่สามารถสะท้อนประสิทธิภาพของทั้งเครือข่าย [7,11] การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิด Systems Theory ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบ Fast Track Surgery เป็นกรอบในการพัฒนาระบบบริการ โดยแนวคิด Systems Theory มองว่าระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งด้านโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการจึงต้องดำเนินการอย่างบูรณาการในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การส่งต่อ การเข้าถึงห้องผ่าตัด ตลอดจนการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก [11,12] ขณะที่แนวคิด Fast Track Surgery มุ่งเน้นการลดความล่าช้า เพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงการรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนผ่านการจัดการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง [8,9,13,15] ซึ่งเหมาะสมกับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในบริบทเครือข่ายบริการสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Track ในบริบทเครือข่ายโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในเชิงการพัฒนาคุณภาพบริการและการสร้างองค์ความรู้ใหม่ โดยการศึกษานี้ได้กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ ระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time) ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ระยะเวลาการส่งต่อไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด อัตราการเกิดไส้ติ่งแตกและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง รวมถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และสะท้อนประสิทธิภาพของระบบบริการทั้งเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม [7,12]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบ Fast Track ที่เชื่อมโยงการทำงานของโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายอย่างเป็นระบบและไร้รอยต่อ โดยคาดหวังว่ารูปแบบดังกล่าวจะสามารถลดระยะเวลารอผ่าตัด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพบริการศัลยกรรมฉุกเฉินในระดับเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน จากข้อจำกัดเชิงระบบและช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในบริบทเครือข่ายโรงพยาบาลยังขาดรูปแบบการจัดการที่บูรณาการและเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง ส่งผลให้ไม่สามารถลดระยะเวลารอผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินแบบ Fast Track ที่สอดคล้องกับบริบทของเครือข่ายโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการ โดยเน้นการลดความล่าช้าในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแล และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และกระบวนการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในในบริบทระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก)

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Track ในการลดระยะเวลารอผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก)

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Track ในบริบทระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก)

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการพัฒนารูปแบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในเครือข่ายโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก ผู้ป่วยจะมีระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time) ระยะเวลาการส่งต่อ (Referral Time) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลง และอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง ได้แก่ อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก (Perforation Rate) ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 15 เดือน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดวงจรคุณภาพ Plan–Do–Study–Act (PDSA Cycle) จำนวน 2 วงจร เพื่อให้เกิดการปรับปรุงรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา ดำเนินการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยโรงพยาบาลบรบือเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลกุดรังกับโรงพยาบาลนาเชือกเป็นโรงพยาบาลลูกข่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Trackเพื่อลดระยะเวลารอผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วย Acute Appendicitis ครอบคลุมทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ระบบส่งต่อ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ ตลอดจนผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องด้านระบบบริการ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้างานห้องผ่าตัด ผู้ประสานงานระบบ Fast Track และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการศัลยกรรมฉุกเฉิน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันโดยตรง มี

ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างน้อย 6 เดือน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ บุคลากรที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือลาระยะยาว และบุคลากรที่ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมตลอดกระบวนการวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วยในช่วงเวลาการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis) และเข้ารับการรักษาในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Acute Appendicitis และเข้ารับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลบรบือ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์คัดเข้าในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลบรบือ และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่านระบบเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก ทั้งนี้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อออกนอกเครือข่ายบริการโรงพยาบาลบรบือ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และผู้ป่วยที่มีข้อมูลเวชระเบียนหรือข้อมูลทางการแพทย์ไม่สมบูรณ์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะสำคัญ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Situation Analysis) (สิงหาคม -กันยายน 2567) ระยะนี้เป็นการศึกษาข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อวิเคราะห์ตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลารอผ่าตัด อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก ระยะเวลานอนโรงพยาบาล รวมถึงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ข้อมูลดังกล่าวช่วยสะท้อนประสิทธิภาพของระบบบริการและคุณภาพการดูแลรักษาในปัจจุบัน ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยได้ศึกษากระบวนการให้บริการ (Process Mapping) ตั้งแต่โรงพยาบาลลูกข่ายจนถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อวิเคราะห์ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วง ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การส่งต่อ และการเข้ารับการผ่าตัด โดยมุ่งค้นหาความล่าช้าในระบบบริการ นอกจากนี้ ยังมีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลส่งต่อ เพื่อสะท้อนมุมมองต่อปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน รวมถึงข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาในระยะนี้จะถูกนำมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด Structure–Process–Outcome เพื่อระบุประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบ Fast Track Surgery ในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Model Development) (ตุลาคม 2567 – พฤศจิกายน 2567) ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนารูปแบบ Fast Track Surgery สำหรับผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันให้เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การกำหนดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น Modified Alvarado Score (MAS) เพื่อช่วยประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอย่างเป็นระบบ การออกแบบระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่าย (Network Referral Protocol) เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและลดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา รวมถึงการจัดลำดับความเร่งด่วนของการผ่าตัด (Fast-track OR

Queue) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน ทั้งแพทย์ พยาบาลวิสัญญี เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ส่งต่อ เพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อพัฒนารูปแบบเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำรูปแบบดังกล่าวไปตรวจสอบความเหมาะสม ความถูกต้อง และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม ด้านการพยาบาล และด้านระบบบริการสุขภาพ จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและนำรูปแบบไปใช้จริง (Implementation) (ธันวาคม 2567-กันยายน2568) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบ Fast Track หรือ “BORABUE Fast Track Model” แล้วเสร็จ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้และนำไปใช้จริงในเครือข่ายโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง ตลอดจนศึกษาประสิทธิภาพของระบบบริการที่พัฒนาขึ้น โดยก่อนเริ่มดำเนินการ ผู้วิจัยได้จัดอบรมและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทาง Fast Track บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลและกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากนั้นจึงดำเนินการใช้รูปแบบกับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา โดยมีการติดตามกำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Monitoring) เพื่อประเมินความครบถ้วนของกระบวนการ ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน พร้อมทั้งนำข้อมูลสะท้อนกลับมาปรับปรุงระบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดด้านกระบวนการ ได้แก่ ระยะเวลาการคัดกรองผู้ป่วย ระยะเวลาการส่งต่อ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน (Emergency Department: ED) จนกระทั่งเข้าห้องผ่าตัด (Operating Room: OR) รวมถึงข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การดำเนินงานในระยะนี้ใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดวงจรคุณภาพ Plan–Do–Study–Act (PDSA Cycle) จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้ Cycle 1 : การทดลองใช้รูปแบบต้นแบบ (ธันวาคม 2567 – มกราคม 2568) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบ BORABUE Fast Track Model ฉบับต้นแบบ ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ Modified Alvarado Score (MAS) ระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่าย และระบบการจัดลำดับความเร่งด่วนในการเข้าห้องผ่าตัด (Fast-track OR Queue) จากนั้นนำรูปแบบไปทดลองใช้ในระยะสั้น เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ความเหมาะสมของกระบวนการ ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเก็บข้อมูลสะท้อนกลับจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในเครือข่าย เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น Cycle 2 : การปรับปรุงและนำรูปแบบไปใช้จริง (กุมภาพันธ์ – กันยายน 2568) ภายหลังการประเมินผลจากวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบมาปรับปรุง BORABUE Fast Track Model ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้จริงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกระบวนการดูแล คุณภาพการรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และใช้

เป็นข้อมูลสำหรับการสรุปผลและขยายผลการดำเนินงานในระยะต่อไป

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation) (ตุลาคม 2568) เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ Fast Track Surgery ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลรักษาและประสิทธิภาพของระบบบริการ ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time) อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก (Perforation Rate) อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และระยะเวลานอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังประเมินผลด้านความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงสถิติและสังเคราะห์ผลลัพธ์ เพื่อสรุปประสิทธิผล ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการขยายผลรูปแบบ Fast Track Surgery ไปใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางเวชปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน การพัฒนาระบบ Fast Track Surgery และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Data Collection Form) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ Fast Track Surgery โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคร่วม สิทธิการรักษาและโรงพยาบาลต้นทาง 2) ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย อาการสำคัญ ระยะเวลาปวดท้องก่อนมาโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการวินิจฉัย 3) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicators) ประกอบด้วย ระยะเวลาคัดกรองผู้ป่วย (Triage Time) ระยะเวลาการส่งต่อ (Referral Time) และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนเข้าห้องผ่าตัด (ED to OR Time) 4) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators) ประกอบด้วย ระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time) อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก (Perforation Rate) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Length of Stay)

2. แนวทางการดูแลแบบ Fast Track (Fast Track Protocol) เป็นเครื่องมือเชิงระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ Modified Alvarado Score (MAS) เพื่อช่วยประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอย่างเป็นระบบ 2) แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงการรักษาและลดความล่าช้าในการส่งต่อ 2) แนวทางการจัดลำดับความเร่งด่วนของการผ่าตัด (Fast-track OR Queue) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลาที่เหมาะสม 3) แนวทางการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล วิสัญญี เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด และทีมส่งต่อ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

3. แบบประเมินการใช้รูปแบบ (Implementation Checklist) ใช้ติดตามความครบถ้วนและความต่อเนื่องในการดำเนินงานตามรูปแบบ Fast Track Surgery ในแต่ละขั้นตอน ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย การประเมินอาการ การส่งต่อ การเตรียมผ่าตัด การประสานงานทีมสหวิชาชีพและการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยใช้สำหรับติดตามกำกับการดำเนินงานและประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมดตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา มีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาระบบ Fast Track Surgery เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบรบือ จ. มหาสารคาม เลขที่รับรอง 47/2547 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2567

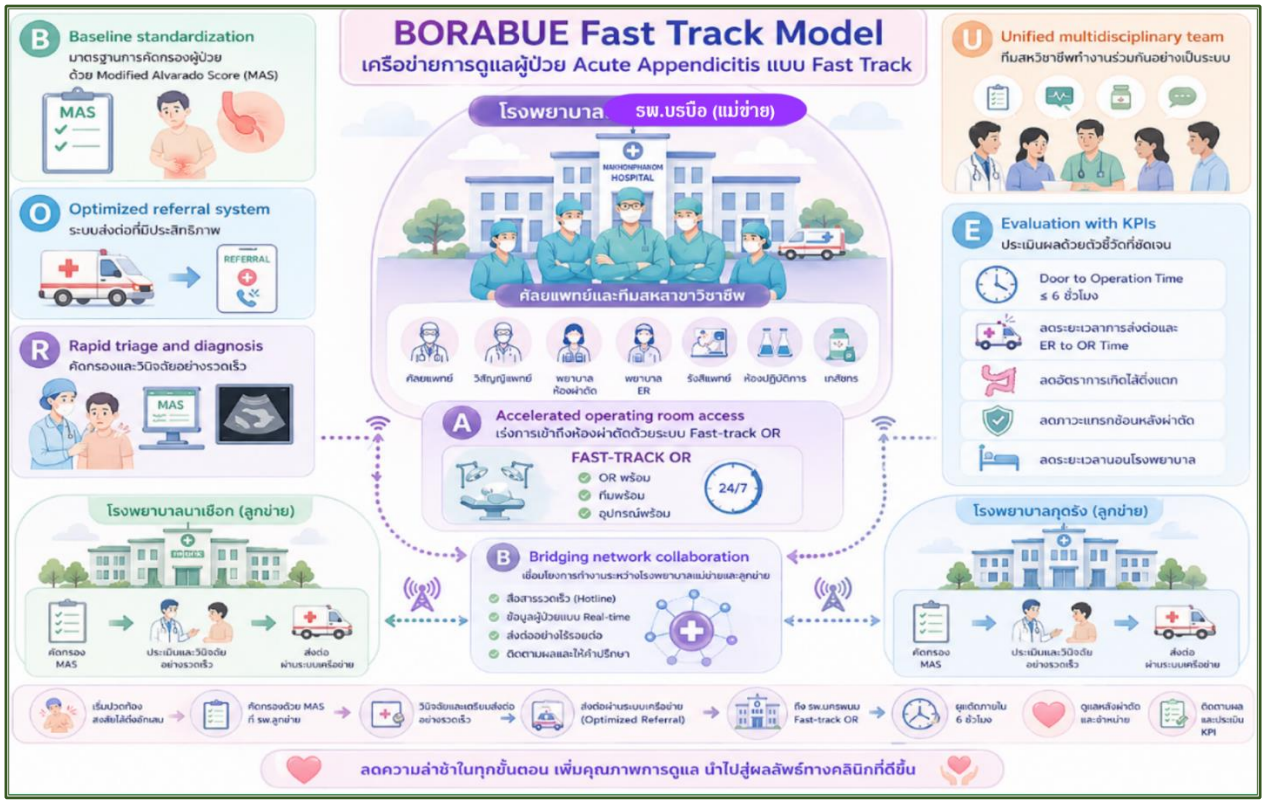
ผลการศึกษา

1. ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก ก่อนการพัฒนา พบว่ากระบวนการให้บริการยังมีข้อจำกัดเชิงระบบที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าอย่างต่อเนื่องในหลายจุดของการดูแล ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัย การส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ตลอดจนการเข้าถึงห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ผลการทบทวนข้อมูลย้อนหลังในช่วงปี พ.ศ. 2566–2567 พบว่า ระยะเวลารอผ่าตัดเฉลี่ย (Door to Operation Time) อยู่ที่ [xx ชั่วโมง] โดยมีผู้ป่วยเพียง [xx%] ที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงตามเกณฑ์ที่แนะนำ ขณะที่อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก (perforation rate) อยู่ที่ [xx%] ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ควรเป็น สะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในกระบวนการดูแลที่ยังไม่สามารถควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มส่งผลต่อความรุนแรงของโรค เมื่อทำการวิเคราะห์เชิงกระบวนการ (process analysis) โดยใช้แนวคิดการไหลของผู้ป่วย (patient flow) และกรอบ Structure–Process–Outcome พบว่าปัญหาหลักเกิดขึ้นในหลายมิติที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ในระยะต้นทาง โรงพยาบาลลูกข่ายยังไม่มีการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐานร่วมกัน ทำให้การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยมีความแปรปรวน และอาจเกิดความล่าช้าในการตัดสินใจส่งต่อ นอกจากนี้ ระบบการส่งต่อยังมีขั้นตอนที่ซับซ้อน ต้องอาศัยการประสานงานหลายระดับ ส่งผลให้ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย [xx ชั่วโมง] ก่อนที่ผู้ป่วยจะถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย ในระยะกลางและปลายทาง ปัญหาสำคัญอยู่ที่การจัดการทรัพยากรในโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเฉพาะการจัดลำดับคิวผ่าตัดที่ยังไม่มีระบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องรอคิวร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น อีกทั้งข้อจำกัดด้านจำนวนห้องผ่าตัด ทีมศัลยแพทย์ และบุคลากรสนับสนุน ยังส่งผลให้เกิดภาวะคอขวด (bottleneck) ในช่วงเวลาที่มีภาระงานสูง ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงข้อจำกัดในมิติของโครงสร้างและกระบวนการที่ยังไม่สอดคล้องกับความเร่งด่วนของโรค ผลจากข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวน [xx%] เข้าสู่ระยะไส้ติ่งอักเสบแบบซับซ้อน (complicated appendicitis) ก่อนการผ่าตัด และมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการติดเชื้อ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นโดยไม่จำเป็น สะท้อนให้

เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่สามารถลดความล่าช้าและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสรุป สถานการณ์ปัญหาที่พบไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลจากข้อจำกัดเชิงระบบที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับเครือข่ายบริการ จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขผ่านการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้างและกระบวนการ เพื่อให้สามารถลดระยะเวลารอผ่าตัด และปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ด้านรูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วย Acute Appendicitis แบบ Fast Track ที่พัฒนาขึ้น (BORABUE Fast Track Model) จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่พบว่าระบบบริการมีความล่าช้าในหลายขั้นตอนของกระบวนการดูแล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบ Fast Track ภายใต้ชื่อ “BORABUE Fast Track Model” โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการให้สามารถลดระยะเวลารอผ่าตัด และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบดังกล่าวได้รับการออกแบบบนพื้นฐานของกรอบแนวคิดคุณภาพบริการสุขภาพ (Structure–Process–Outcome) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบ Fast Track Surgery ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการอย่างบูรณาการและไร้รอยต่อในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย BORABUE Fast Track Model เป็นโมเดลเชิงระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาความล่าช้าในเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ B – Baseline standardization, การกำหนดมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Modified Alvarado Score (MAS) O – Optimized referral system, การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ R – Rapid triage and diagnosis, การคัดกรองและวินิจฉัยอย่างรวดเร็วA – Accelerated operating room access, การเร่งการเข้าถึงห้องผ่าตัดผ่านระบบ Fast-track OR B – Bridging network collaboration, การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย U – Unified multidisciplinary team, การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ และ E – Evaluation with KPIs, การประเมินผลด้วยตัวชี้วัดที่ชัดเจน ในมิติของโครงสร้าง (Structure) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้กำหนดให้มีการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐานเดียวกันในเครือข่าย (Baseline standardization) เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่จุดแรกรับ พร้อมทั้งจัดทำแนวทางปฏิบัติร่วม (clinical pathway) สำหรับการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลลูกข่ายและแม่ข่าย ควบคู่กับการพัฒนาระบบการส่งต่อแบบเครือข่าย (Optimized referral system) ที่กำหนดขั้นตอนและช่องทางการสื่อสารอย่างชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความล่าช้า รวมถึงการจัดระบบ Fast-track OR (Accelerated operating room access) เพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม ในมิติของกระบวนการ (Process) รูปแบบ BORABUE Fast Track ได้ปรับปรุงลำดับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การคัดกรองและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว (Rapid triage and diagnosis) ในโรงพยาบาลลูกข่าย การประสานงานส่งต่อแบบเร่งด่วนผ่านเครือข่าย (Bridging network collaboration) ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เมื่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย จะได้รับการประเมินซ้ำและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทันที พร้อมเข้าสู่ระบบ Fast-track OR ตามระดับความเร่งด่วนที่กำหนด นอกจากนี้การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน (Unified multidisciplinary team) ยังช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการทำงาน ในมิติของผลลัพธ์ (Outcome) รูปแบบดังกล่าวได้กำหนดตัวชี้วัด (Evaluation with KPIs) ที่สามารถประเมิน

ประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน ได้แก่ การลดระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time) ให้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง การลดระยะเวลาการส่งต่อและระยะเวลาตั้งแต่แผนกฉุกเฉินถึงห้องผ่าตัด การลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกและการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้สะท้อนทั้งประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลและคุณภาพผลลัพธ์ทางคลินิก โดยสรุป BORABUE Fast Track Model เป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่บูรณาการองค์ประกอบด้านโครงสร้างและกระบวนการเข้าด้วยกันอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้บริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้สามารถลดความล่าช้าในทุกขั้นตอนของการดูแล และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นการยกระดับคุณภาพบริการศัลยกรรมฉุกเฉินในระดับเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน



3. การประเมินผลรูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบ Fast Track ในบริบทเครือข่ายโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast Track จำนวน 113 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.70 สะท้อนให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทเครือข่ายบริการสุขภาพ และได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพเป็นอย่างดี เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time) ลดลงจากเฉลี่ย 10.8 ชั่วโมง เหลือ 5.6 ชั่วโมง ลดลง 5.2 ชั่วโมง หรือคิดเป็นร้อยละ 48.1 แสดงให้เห็นว่าระบบ Fast Track ช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงการผ่าตัดฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านคุณภาพการรักษา พบว่า อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก (Perforation Rate) ลดลงจากร้อยละ 18.45 เหลือร้อยละ 8.54 ลดลงร้อยละ 9.86 และอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 9.52 เหลือร้อยละ 3.57 ลดลง

ร้อยละ 5.95 สะท้อนให้เห็นว่าการรักษาที่รวดเร็วช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (Length of Stay) ลดลงจาก 3.9 วัน เหลือ 2.1 วัน ลดลง 1.8 วัน หรือคิดเป็นร้อยละ 46.2 ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลรวมลดลงจาก 125 วัน เหลือ 82 วัน ลดลง 43 วัน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและเพิ่มศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยรายใหม่ได้มากขึ้น ในด้านต้นทุนการรักษา พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายลดลงจาก 18,500 บาท เหลือ 13,200 บาท ลดลงเฉลี่ย 5,300 บาทต่อราย แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ Fast Track สามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ สำหรับผลด้านความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า ไม่พบการเสียชีวิตจากภาวะไส้ติ่งอักเสบ และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังผ่าตัด (Re-admission) ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา สะท้อนให้เห็นว่าระบบ Fast Track มีความปลอดภัยและไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา ด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อระบบ Fast Track อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 (SD = 0.52) ขณะที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 (SD = 0.60) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับทั้งจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประมินผลรูปแบบการผ่าตัดฉุกเฉินผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแบบ Fast Track ในบริบทเครือข่ายโรงพยาบาลบรบือ–กุดรัง–นาเชือก

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา (n=168)	หลังพัฒนา (n=140)	ผลการเปลี่ยนแปลง
จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast Track	65.47%	80.70%	ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast Track เพิ่มขึ้น
ระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time)	10.8 ชั่วโมง	5.6 ชั่วโมง	ลดลง 5.2 ชั่วโมง (ร้อยละ 48.1)
อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก (Perforation Rate)	18.45%	8.54%	ลดลงร้อยละ 9.86
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	9.52%	3.57%	ลดลงร้อยละ 5.95
ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (Length of Stay)	3.9 วัน	2.1 วัน	ลดลง 1.8 วัน (ร้อยละ 46.2)
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย	18,500 บาท	13,200 บาท	ลดลงเฉลี่ย 5,300 บาท/ราย
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลรวม	655 วัน	294 วัน	ลดลง 361 วัน
อัตราการเสียชีวิต	ไม่พบ	ไม่พบ	คงเดิม
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admission)	ไม่พบ	ไม่พบ	คงเดิม
ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	-	Mean = 4.58, SD = 0.52	อยู่ในระดับสูง
ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบ Fast Track	-	Mean = 4.35, SD = 0.60	อยู่ในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า BORABUE Fast Track Model สำหรับผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการศัลยกรรมฉุกเฉินในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการลดระยะเวลารอผ่าตัด (Door to Operation Time) การลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก และการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการตั้งแต่โรงพยาบาลลูกข่ายจนถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย

ประการแรก การลดลงของระยะเวลารอผ่าตัดหลังการพัฒนารูปแบบ อธิบายได้จากการปรับปรุงกระบวนการดูแลในหลายองค์ประกอบของ BORABUE Fast Track Model ได้แก่ การใช้แนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน การพัฒนาระบบส่งต่อที่ลดขั้นตอนการประสานงานซ้ำซ้อน และการจัดระบบ Fast-track OR เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงห้องผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Fast Track Surgery และ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่มุ่งลดความล่าช้าในทุกขั้นตอนของการรักษาและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ [8,9,15] รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉินของกรมการแพทย์ที่เน้นการลดระยะเวลารอคอยเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย [4] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา อินทร์ทอง และกนกพร ศรีสุข [13] ที่พบว่าการใช้แนวทาง Fast Track สามารถลดระยะเวลารอผ่าตัดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญ

ประการที่สอง การลดลงของอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงการผ่าตัดได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ลดระยะเวลาการดำเนินโรคก่อนการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับแนวทาง WSES Jerusalem Guidelines ที่ระบุว่าความล่าช้าในการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิด complicated appendicitis [1] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Teixeira PG และคณะ [5] ที่รายงานว่าความล่าช้าในการผ่าตัดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อหลังผ่าตัด รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรีย์ ศรีสมบัติ และสุรชัย วัฒนวงศ์ [14] ที่พบว่าระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญ

ประการที่สาม จุดเด่นสำคัญของการศึกษานี้คือการพัฒนาระบบบริการในรูปแบบ “เครือข่ายบริการสุขภาพ” ซึ่งเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดกรอง การส่งต่อ จนถึงการเข้าถึงห้องผ่าตัด ทำให้ลดความล่าช้าในทุกช่วงของกระบวนการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิด Systems Theory ที่มองว่าประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพเกิดจากความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การพัฒนาระบบจึงต้องดำเนินการอย่างบูรณาการทั้งเครือข่าย [7] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกานต์ พูลทรัพย์ และชาญวิทย์ ศรีประเสริฐ [7] ที่พบว่าการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉินแบบเครือข่ายช่วยลดระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการศึกษายังสะท้อนปัญหาเดิมของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลบรบือที่พบว่าระยะเวลารอผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงและมีอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน [6] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบ Fast Track ในระดับเครือข่ายจึงมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาความล่าช้าเชิงระบบได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในระดับสูง สะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริงและการยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างทีม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [12] ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อและการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การดำเนินการศึกษาในเครือข่ายบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทด้านทรัพยากรแตกต่างกัน นอกจากนี้ การศึกษาเป็นลักษณะก่อน–หลังการพัฒนา (pre-post design) จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัย

แทรกซ้อนอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในหลายพื้นที่และติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนและประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

โดยสรุป BORABUE Fast Track Model เป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่ช่วยลดระยะเวลารอผ่าตัด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการศัลยกรรมฉุกเฉินในระดับเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งยังมีศักยภาพในการขยายผลสู่เครือข่ายบริการสุขภาพอื่นของประเทศไทยได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำ BORABUE Fast Track Model ไปประยุกต์ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉิน ลดระยะเวลารอผ่าตัด และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการประเมินอาการ การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน การบริหารจัดการระบบ Fast Track และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของระบบบริการ

3. ควรพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารในเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น ระบบส่งต่อออนไลน์หรือระบบแจ้งเตือนล่วงหน้า (Pre-notification system) เพื่อช่วยลดขั้นตอนการประสานงาน ลดความล่าช้าในการส่งต่อ และเพิ่มความพร้อมของห้องผ่าตัดก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในหลายพื้นที่หรือหลายเครือข่ายบริการสุขภาพ รวมทั้งติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืน ประสิทธิผลด้านต้นทุน และความสามารถในการขยายผลของ BORABUE Fast Track Model ในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al.(2020). Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15(1):27.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉินประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
3. สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย.(2564). Clinical Practice Guideline for Acute Appendicitis. กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2562). แนวทางการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. Teixeira PG, Sivrikoz E, Inaba K, Talving P, Lam L, Demetriades D.(2018). Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. Ann Surg. 2018;268(3):538-43.
6. โรงพยาบาลบรบือ.(2567). รายงานสถิติผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและผลลัพธ์การรักษา ปีงบประมาณ 2566–2567. มหาสารคาม: กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบรบือ.
7. ณัฐกานต์ พูลทรัพย์, ชาญวิทย์ ศรีประเสริฐ.(2562). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉินในเครือข่ายบริการสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;14(1):67-79.
8. บุญชัย สมบูรณ์สุข, วรางคณา พัฒนกิจ.(2563). การพัฒนาระบบ Fast Track Surgery ในผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลศัลยศาสตร์. 2563;41(2):45-58.
9. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC.(2017). Enhanced Recovery After Surgery: a review. JAMA Surg.2017;152(3):292-8.

10. วราภรณ์ ศรีอรุณ, ธีรยุทธ คำแก้ว.(2563). ประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยแบบ Fast Track ในห้องฉุกเฉิน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(3):55-69.
11. กัญญารัตน์ จันทร์สุข, ปาริชาติ มณีวงศ์.(2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;15(2):34-48.
12. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
13. สุพัตรา อินทร์ทอง, กนกพร ศรีสุข.(2564). ผลของการใช้แนวทาง Fast Track ต่อระยะเวลารอผ่าตัดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 2564;25(3):88-101.
14. พัชรีย์ ศรีสมบัติ, สุรชัย วัฒนวงศ์.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(1):112-24.
15. อภิชาติ บุญเกิด, สุรีพร พรหมรักษ์.(2561). ผลลัพธ์ของการใช้ Enhanced Recovery After Surgery ในผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(6):998-1009.

การพยาบาลผู้คลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีน เข้ารับการคลอดในโรงพยาบาลมัญจาคีรี: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women Using Amphetamines During Hospital Delivery: Two Case Studies.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

ประครอง ไชยศรี[1]
Prakrong Chaisri [/1]

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล ผู้คลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการคลอดในงานห้องคลอดโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังเกต ตรวจร่างกายและข้อมูลจากเวช ระเบียนผู้ป่วยแล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายกรณี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ใช้สารแอมเฟตามีน มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอด ทารกหลังคลอดมีความเสี่ยงต่ออาการถอนยา อาจหยุดหายใจหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งพยาบาลห้องคลอดได้ประเมินและคาดการณ์ความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที มีการเตรียมความพร้อมในการทำคลอดและเตรียมทีม อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ผลลัพธ์การพยาบาลขณะคลอดและหลังคลอด ผู้คลอดไม่มีอาการตกเลือดหลังคลอด ทารกไม่มีอาการถอนยา พบปัญหาน้ำหนักแรกเกิดน้อย ทั้ง 2 ราย ร่างกาย active ดี ทารกหลังคลอดทั้ง 2 รายได้งดนมมารดาและให้นมผสมแทนไปจนผลตรวจ Urine amphetamine เป็นปกติ และผล Urine amphetamine ของทารกเป็นปกติ จึงให้ดูดนมมารดาได้ มารดาหลังคลอดนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องนาน 3 วัน จนตรวจไม่พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แพทย์จึงได้อนุญาตให้กลับบ้านได้รับการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล และกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งเน้นเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังอำนาจ เคารพสิทธิส่วนบุคคล การรับฟังโดยไม่ตัดสิน และให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลให้ทั้ง 2 ราย มีความมั่นใจในตัวเอง และตั้งใจจะเลิกใช้ยาบ้า โดยใช้บุตรและครอบครัวเป็นแรงจูงใจ

คำสำคัญ การใช้สารแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์, การพยาบาลผู้คลอด

Abstract

This case study aimed to examine the nursing process in two pregnant women using amphetamines who received delivery services in the delivery room of Manjakiri Hospital, Khon Kaen Province. Data were collected through interviews, observation, physical examination, and medical records. The data was then analyzed to determine nursing diagnoses, provide nursing care according to the nursing process, evaluate nursing outcomes, and summarize the results for a comparative study of the two cases.

The results showed that pregnant women using amphetamines had a high risk of premature delivery, postpartum hemorrhage, infant hypoxia during labor, and infant withdrawal symptoms, which could lead to respiratory arrest or death. Delivery room nurses assessed and predicted these risks, leading to timely diagnosis and nursing care. Preparations were made for delivery, including having a team and neonatal resuscitation equipment ready. The nursing outcomes during and after delivery were positive; the pregnant women did not experience postpartum hemorrhage, and the infants did not experience withdrawal symptoms. Both infants were found to have low birth weight but were otherwise active. Breastfeeding was discontinued, and formula was used until urine amphetamine tests came back normal. Only then were breastfeeding resumed. The mothers remained hospitalized for three consecutive days until no amphetamines were detected in their urine, at which point they were allowed to return home.

Keywords: Amphetamine use during pregnancy, Nursing care

[1] พย.บ.โรงพยาบาลมัญจาคีรี

บทนำ

ยาบ้า (Amphetamine) ออกฤทธิ์โดยตรงในการกระตุ้นระบบประสาท จึงเป็นสารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุด เพราะในระยะแรกของการเริ่มเสพนั้น ผู้เสพจะมีความรู้สึกว่าร่างกายสดชื่น กระชุ่มกระชวย ผ่อนคลาย มีความมั่นใจ และกล้าแสดงออกมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีความสุข พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มากยิ่งขึ้น โดยไม่มีอาการผิดปกติ จึงทำให้คนที่มีปัญหาด้านสังคม หรือปัญหาในการดำเนินชีวิตนิยมใช้[1] และแนะนำให้คนอื่นใช้ เพื่อให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น แต่ในระยะยาวของการใช้ยาบ้านั้น ส่งผลภาวะสุขภาพของผู้เสพอย่างมาก เช่น 1) ด้านร่างกาย ผู้เสพจะไม่อยากอาหารติดต่อกันเป็นเวลานาน เนื่องจากมีความสุขจากฤทธิ์ของยาบ้า จึงมีร่างกายผอม แขนขาลีบเล็กลง ใบหน้าคล้ำ ขอบตาดำ กระสับกระส่ายอยู่ตลอดเวลา อยู่ไม่นิ่งต้องรื้นค้นสิ่งของ แขนขาสั่น กลิ่นตัวแรง ลมหายใจเหม็น 2) ด้านจิตใจ กลายเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวงต่างๆ เช่น ระแวงว่าจะมีคนมาทำร้ายตน ระแวงว่าสามีหรือภรรยาตนจะมีชู้ เป็นต้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น เกิดอาการหวาดกลัว ประสาทหลอนซึ่งโรคนี้หากเกิดขึ้นแล้ว อาการจะคงอยู่ตลอดไป แม้ในช่วงเวลาที่ไม่ได้เสพยาก็ตาม 3) ผลต่อระบบประสาท ระยะแรกยาบ้าจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ประสาทตึงเครียด[2] แต่เมื่อหมดฤทธิ์จะมีอาการประสาทล้า ทำให้การตัดสินใจเรื่องต่างๆ ช้า และผิดพลาดหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม หรือกรณีที่ใช้ยาในปริมาณมาก (Overdose) จะไปกดประสาทและระบบการหายใจ ทำให้หมดสติและถึงแก่ความตายได้ 4) ด้านพฤติกรรม จะมีความก้าวร้าวเพิ่มขึ้นและหากยังใช้ต่อไปจะมีโอกาสเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง เกรงว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเองจึงต้องทำร้ายผู้อื่นก่อน 5) ด้านการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อเสพจนเป็นนิสัย ความพึงพอใจจะกลับกลายเป็นปัญหาวิกฤติ คือ มีความคิดผิดปกติต่อการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับการใช้ยาเสพติด โดยคิดว่า เป็นสิ่งน่าตื่นเต้นเกินกว่าความเป็นจริง มีเพศสัมพันธ์ในรูปแบบแปลกๆ และบางครั้งกลายเป็นปัญหารุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น การบรรลุถึงจุดสุดยอดในการมีเพศสัมพันธ์เป็นไปได้ยากขึ้น สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ เสพยาทดแทนการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการหมกหมุ่นในยาเสพติดมากกว่า 6) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตที่เป็นสุขของคนในประเทศประเทศชาติสูญเสียงบประมาณในการป้องกัน ปราบปราม บำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

ส่วนในผู้คลอดที่ใช้ยาบ้านั้น ส่งผลให้ขาดความใส่ใจตนเอง[3] ไม่มาฝากครรภ์ตามกำหนด เกิดภาวะทุพโภชนาการ มีการติดเชื้อต่างๆระหว่างการตั้งครรภ์ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าปกติ หลังการคลอดทารกมีคะแนน APGAR ที่ต่ำกว่าปกติ รวมทั้งมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการซึม กินนมได้น้อย กระสับกระส่าย ร้องกวนมาก มีความดันโลหิตสูง หากมารดายังมีการเสพยาในขณะที่เลี้ยงดูบุตร ส่วนใหญ่จะส่งผลให้เด็กมีปัญหาด้านความประพฤติ การเข้าสังคม การที่เด็กได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม จากการติดตามในระยะยาวพบว่า เด็กที่คลอดจากมารดาที่ยังเสพยาอย่างต่อเนื่องภายหลังการคลอดและให้การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมารดาขาดความสามารถในการเลี้ยงดู ซึ่งทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ในสังคม เด็กถูกมองว่าเลี้ยงยาก มีปัญหาถูกทำร้ายและถูกทอดทิ้ง เป็นโรคสมาธิสั้น มีปัญหาด้านการเรียน ด้านพฤติกรรม รวมทั้งการเลี้ยงดูที่ไม่ได้กระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม ทำให้เด็กมีโอกาสเกิดพัฒนาการล่าช้า หรือถูกทอดทิ้ง ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมตามมามากมาย

ปัจจัยเสี่ยงในการใช้สารเสพติด มีดังนี้ 1) ด้านจิตใจ อารมณ์ และบุคลิกภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพและอารมณ์แปรปรวน อารมณ์อ่อนไหว ขาดความมั่นใจในตนเอง สติปัญญาต่ำ ร่างกายอ่อนแอ ผู้ป่วยด้วยโรคจิตและโรคประสาท ตลอดจนพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น ความคึกคะนอง การเลียนแบบ เป็นต้น บุคคลประเภทนี้เสี่ยงต่อการมีแนวโน้มที่จะถูกชักจูงได้ง่าย การขาดความรับผิดชอบ การขาดความมั่นคงในอารมณ์และจิตใจของตนเอง สามารถเป็น

สาเหตุของการใช้จนติดสารเสพติดได้ง่าย 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากสาเหตุต่างๆ ดังนี้ 2.1) ปัจจัยด้านครอบครัว จากปัญหาครอบครัว เช่น การขาดความรักความอบอุ่น การเข้มงวด หรือละเลยจนเกินไป ความขัดแย้ง การทะเลาะวิวาท การขาดความสามัคคี การขาดความสนใจ การขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว เป็นต้น 2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากฐานะความยากจนของครอบครัวจนเป็นสาเหตุของการต้องกลายเป็นผู้ขายและติดสารเสพติดในที่สุด 2.3) ปัจจัยด้านสังคม เนื่องจากค่านิยมที่ผิดๆ ของตนเอง เช่น การเป็นที่ยอมรับผูกมิตรกับกลุ่มเพื่อน หรือสังคม การเลียนแบบในเรื่องบุหรี่ สุรา สารเสพติดต่างๆ เป็นต้น 3) ด้านร่างกาย จากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษา เช่น การใช้มอร์ฟีน แก้ปวดแก่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด โรคกระดูก โรคมะเร็ง เป็นต้น จนเป็นสาเหตุการติดสารเสพติดได้

ในประเทศไทยพบการใช้ยาบ้าในขณะตั้งครรภ์มีจำนวนเพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลมัญจาคีรีพบจำนวนมารดาตั้งครรภ์ลดลง แต่พบอัตราการใช้ยาบ้าในตั้งครรภ์จำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่ามี ในปีพ.ศ. 2566-2568 มีผู้คลอด จำนวน 157, 115 และ 95 คน ตามลำดับ แต่มีผู้คลอดวที่ใช้ยาบ้าขณะตั้งครรภ์จำนวน 7, 11 และ 10 คนตามลำดับ คิดเป็นอัตราการใช้ยาบ้าในผู้คลอด ร้อยละ 4.46, 9.57 และ 10.53[4] เมื่อวิเคราะห์จากสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่อัตราการเกิดของประชากรมีแนวโน้มลดลง แม้ว่าจำนวนผู้คลอดโดยรวมจะลดลง แต่เมื่อพิจารณา "อัตราส่วน ของผู้ใช้ยาบ้าขณะตั้งครรภ์กลับพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด ซึ่งที่สำคัญคือ ในปี 2568 แม้จำนวนผู้ใช้ยาบ้าจะลดลงจากปี 2567 เล็กน้อย (จาก 11 คน เหลือ 10 คน) แต่อัตราความชุก กลับพุ่งสูงสุดถึงร้อยละ 10.53 เนื่องจากฐานประชากรผู้คลอดลดลงมาก สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์มีความน่าเป็นห่วงและรุนแรงขึ้น ซึ่งนับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทั้งผู้คลอดและทารก ซึ่งจะเป็นกำลังที่สำคัญของประเทศในอนาคต ปัจจุบันการเสพยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า (Amphetamine) พบมากขึ้นอย่างแพร่หลายในทุกกลุ่มวัยทั่วโลก เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก และพบว่ามีการใช้ในคนที่อายุน้อยลงเรื่อย ๆ ซึ่งในผู้คลอดส่วนใหญ่ ก็พบมีข้อมูลดังกล่าวเช่นกัน และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งในกลุ่มคนเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากเพื่อนชวน เกรงใจเพื่อน หรือเกิดจากอยากลองเอง รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ไม่คิดว่าตัวเองจะติด เพราะในระยะแรกของการใช้ยาบ้านั้น[1] โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ใช้ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้คลอด หากเสพมานานจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตร การดูแลตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตและบทบาทในสังคมเปลี่ยนไป จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และเป็นปัญหาสังคมในวงกว้างอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลและกระบวนการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่ใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

ใช้กรณีศึกษา (case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้คลอดที่ใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลมัญจาคีรี ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการดำเนินชีวิตของผู้คลอด ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาพยาบาลจากการให้การพยาบาลจริง และจากเวชระเบียน และโดยใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลและเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย วิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล และกระบวนการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผล

ลัพธ์ ซึ่งกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1)การประเมินภาวะสุขภาพ 2)การวินิจฉัยการพยาบาล 3)การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5)การประเมินผลการพยาบาล และกระบวนการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การตกลงการปรึกษา 3) การสำรวจ ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา ความต้องการของผู้รับคำปรึกษา 5)การยุติการปรึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล รายละเอียดดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1. ข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา 2 ราย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษา น้ำหนัก/ส่วนสูง รวมวันนอนรักษารายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ของผู้กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
1. เพศ	หญิง	หญิง
2. อายุ	34 ปี	30 ปี
3. สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
4. เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
5. สัญชาติ	ไทย	ไทย
6. การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ **6**	ปวส
7. อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	รับจ้างทั่วไป
8. ศาสนา	พุทธ	พุทธ
9. สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
น้ำหนัก/ส่วนสูง	น้ำหนัก 69 กก. ส่วนสูง 167 ซม.	น้ำหนัก 50 กก. ส่วนสูง 162 ซม.
10. รวมวันนอนรักษา	**4** วัน	5 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ สิ่งที่เหมือนกันคือ เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) และสถานภาพสมรส ส่วนที่ต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้ทำงาน ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 วันนอนรวมรักษา 4 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับจ้างทั่วไป วันนอนรวมรักษา 5 วัน

1.2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ ผลการรวบรวมข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
1. อาการสำคัญ	หญิงไทยอายุ 34 ปี G6P5A0L5 เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	หญิงไทยอายุ 30 ปี G3P2A0L2เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือดก่อนมาโรงพยาบาล 2ชั่วโมง
2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 วันก่อนเจ็บครรภ์คลอด นึกอยากใช้ จึงใช้อีกครั้งหลังจากเห็นสามีใช้ โดยการกิน จำนวน 2 เม็ด 2 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด -ประวัติตั้งครรภ์ ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ตอนอายุครรภ์ ประมาณ 6 เดือน แต่ไม่ไปฝากครรภ์ เพราะไม่มีความพร้อม จนใกล้คลอด -ประวัติการคลอด มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดสม่ำเสมอ พร้อมมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจร่างกายพบ PV 4 cms. MI station 0 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 124 ครั้ง/นาที	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาบ้าจำนวน 3 เม็ด 1 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด -ประวัติตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ที่รพ.สต. 1 ครั้ง ขณะอายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ขาดการตรวจตามนัด LMP จำไม่ได้ จากผลอัลตราซาวด์ GA 38^{+2} Wks. By Ballard's Score c Late & Poor ANC -ประวัติการคลอด ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ ศีรษะเป็นส่วนนำ ตรวจประเมินหน้าท้อง HOF 3/4 เหนือสะดือ ทารกท่า ROA EFW 2,500 gms. ฟังเสียงหัวใจทารก ในครรภ์ได้ทางหน้าท้องด้านซ้ายต่ำกว่าระดับสะดือ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 144 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ มดลูกหดรัดตัวทุก 3-5 นาที ระยะหด รัดตัวนาน 40 - 45 วินาที Pain score = 7 คะแนน
3. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต
4. ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัวยกเว้นคุณตาเป็นโรคเบาหวาน -การใช้สารเสพติด ทั้ง 2 คนเริ่มใช้ยาบ้าประมาณ 1-2 ปีเพราะอยากลอง ตามเพื่อนแนะนำ ช่วงแรกใช้ 1-2 เดือนต่อครั้ง ต่อมาเริ่มใช้ถี่ขึ้น 2-3 ครั้งต่อเดือน พอทราบว่าตนตั้งครรภ์ก็เลิกใช้ แต่ 2 วันก่อนเจ็บครรภ์คลอด นึกอยากใช้ จึงใช้อีกครั้งหลังจากเห็นสามีใช้โดยการกิน จำนวน 2 เม็ด	- บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว - สามีใช้ยาบ้า ชุมชนความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ค่อยราบรื่น สามีภรรยามี ปากเสียงกันสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง บุตรอยู่ด้วยกันทั้งสองคน เลี้ยงดูบุตรร่วมกัน
5. ประวัติการแพ้อาหารและยา	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ
6. สิ่งเสพติดประวัติการใช้	ใช้สารเสพติด แอมเฟตามีนประจำ	ใช้สารเสพติด แอมเฟตามีนประจำ
7. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านปูนชั้นเดียว อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค ในบ้านอยู่ด้วยกัน 5 คน ประกอบด้วย ตา ยาย พ่อ แม่ และผู้คลอด โดยพ่อทำงานรับจ้างเลี้ยงดูคนในครอบครัว	บ้านสองชั้นข้างบนทำด้วยไม้ ชั้นล่างทำด้วยปูน อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรคความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ค่อยราบรื่น สามีภรรยามี ปากเสียงกันสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง บุตรอยู่ด้วยกันทั้งสองคน เลี้ยงดูบุตรร่วมกัน
10. การวินิจฉัยแรกรับ	Normal labour c Amphetamine used pregnancy	Normal labor with Amphetamine use pregnancy

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 อาการสำคัญหญิงไทยอายุ 34 ปีG6P5A0L5 เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 วันก่อนเจ็บครรภ์คลอด นึกอยากใช้ จึงใช้อีกครั้งหลังจากเห็นสามีใช้ โดยการกิน จำนวน 2 เม็ด 2 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด ประวัติตั้งครรภ์ ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ตอนอายุครรภ์ ประมาณ 6 เดือน แต่ไม่ไปฝากครรภ์ เพราะไม่มีความพร้อม จนใกล้คลอด มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดสม่ำเสมอ พร้อมมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจร่างกายพบ PV 4 cms. MI station 0 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 124 ครั้ง/นาที ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา

อาหาร หรือสารใดๆ7. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

บ้านปูนชั้นเดียว อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค ในบ้านอยู่ด้วยกัน 5 คน ประกอบด้วย ตา ยาย พ่อ แม่ และผู้คลอด โดยพ่อทำงานรับจ้างเลี้ยงดูคนในครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 30 ปี G3P2A0L2เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือดก่อนมาโรงพยาบาล 2ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาบ้าจำนวน 3 เม็ด 1 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด ประวัติตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ที่รพ.สต. 1 ครั้ง ขณะอายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ขาดการตรวจตามนัด LMP จำไม่ได้ จากผลอัลตราซาวด์ GA 38+2 Wks. By Ballard's Score c Late & Poor ANC ประวัติการคลอด ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ ศีรษะเป็นส่วนนำ ตรวจประเมินหน้าท้อง HOF 3/4 เหนือสะดือ ทารกท่า ROA EFW 2,500 gms. ฟังเสียงหัวใจทารก ในครรภ์ได้ทางหน้าท้องด้านซ้ายต่ำกว่าระดับสะดือ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 144 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ มดลูกหดรัดตัวทุก 3-5 นาที ระยะหด รัดตัวนาน 40 - 45 วินาที Pain score = 7 คะแนน ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว - สามีใช้ยาบ้า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ค่อยราบรื่น สามีภรรยามี ปากเสียงกันสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง บุตรอยู่ด้วยกันทั้งสองคน เลี้ยงดูบุตรร่วมกัน สิ่งที่เหมือนกันคือการวินิจฉัยแรกรับ Normal labour c Amphetamine used pregnancy

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลภาวสุขภาพนำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมารตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	วินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด	1.มารดาเสี่ยงการเกิดภาวะชักเนื่องจากใช้ยาบ้าก่อนมาโรงพยาบาล 2.มารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว 3.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวออกซิเจนไปยังรกลดลง 4.มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดเนื่องจากครรภ์นี้ เจ็บครรภ์คลอดและมีการใช้ยาบ้าก่อนมาโรงพยาบาล 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อเนื่องจากการเปิดขยาย ของปากมดลูกและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด	1.มารดาเสี่ยงการเกิดภาวะชักเนื่องจากใช้ยาบ้าก่อนมาโรงพยาบาล 2.มารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว 3.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวออกซิเจนไปยังรกลดลง 5. มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดเนื่องจากครรภ์นี้ เจ็บครรภ์คลอดและมีการใช้ยาบ้าก่อนมาโรงพยาบาล
ระยะคลอด	1.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับจากยาเร่งคลอด 2.มารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากเข้าสู่ระยะคลอดมดลูกหดรัดตัว เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น เหงื่อออกเต็มตัว มีอาการอยากเบ่งตลอดเวลา 3.เสี่ยงต่ออาการหงุดหงิดก้าวร้าวขณะรอคลอด เนื่องจากเจ็บปวดจากมดลูกหดรัดตัว อารมณ์แปรปรวนจากการใช้สารเสพติด 4.ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เนื่องจาก มีฟ้าหล่อเด็กแห้ง และมีการให้ยาเร่งคลอด	1.มารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากเข้าสู่ระยะคลอดมดลูกหดรัดตัว เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น เหงื่อออกเต็มตัว มีอาการอยากเบ่งตลอดเวลา 2.เสี่ยงต่ออาการหงุดหงิดก้าวร้าวขณะรอคลอด เนื่องจากเจ็บปวดจากมดลูกหดรัดตัว อารมณ์แปรปรวนจากการใช้สารเสพติด 3.ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เนื่องจาก มีฟ้าหล่อเด็กแห้ง 4. เสี่ยงต่อภาวะรกค้างจากการคลอดรกเนื่องจากผู้คลอด G3P2A0L2ผ่านการ คลอดมาแล้ว

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	วินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**
	5. เสี่ยงต่อภาวะรกค้างจากการคลอดรกเนื่องจากผู้คลอด G6P5A0L5 ผ่านการ คลอดมาแล้ว	
ระยะหลังคลอด	1.เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี 2.เสี่ยงต่อภาวะชักจากความดันโลหิตสูง 3.การดูแลตัวเองบกพร่อง เนื่องจากขาดความรู้ 4.บทบาทมารดาไม่เหมาะสมจากขาดความพร้อมในการมีบุตร 5.เสี่ยงต่ออาการถอนยาเนื่องจากมารดาคลอดใช้สาร เสพติดอย่างต่อเนื่องเกือบทุกวันครั้งละประมาณ 1-2 เม็ด 6. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้แอมเฟตามีนเนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้น 7.ทารกแรกเกิดเสี่ยงภาวะถอนยา เนื่องจากมารดาใช้ สารแอมเฟตามีนหรือยาบ้าตั้งแต่ตั้งครรภ์ 8.บกพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการคุมกำเนิด 9.มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความใส่ใจตัวเอง 10.ผู้คลอดเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุตร เนื่องจากหยุดใช้สารเสพติด และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า	1.เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี 2.การดูแลตัวเองบกพร่อง เนื่องจากขาดความรู้ 3.บทบาทมารดาไม่เหมาะสมจากขาดความพร้อมในการมีบุตร 4.เสี่ยงต่ออาการถอนยาเนื่องจากมารดาคลอดใช้สาร เสพติดอย่างต่อเนื่องเกือบทุกวัน 5. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้แอมเฟตามีนเนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้น 6.ทารกแรกเกิดเสี่ยงภาวะถอนยา เนื่องจากมารดาใช้ สารแอมเฟตามีนหรือยาบ้าตั้งแต่ตั้งครรภ์ 7.บกพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการคุมกำเนิด 8.มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความใส่ใจตัวเอง 9.ผู้คลอดเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุตร เนื่องจากหยุดใช้สารเสพติด และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 3 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลตามมารตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด พบว่าทั้ง2 ราย มีความเหมือนระยะก่อนคลอด ทั้ง2 ราย มีความเสี่ยงต่อภาวะชักจากการใช้สารเสพติด, ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์, ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน และมารดามีความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ในระยะคลอด พบความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์, เสี่ยงต่ออารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวจากสารเสพติด, ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน และเสี่ยงต่อภาวะรกค้าง ในระยะหลังคลอด ทั้ง2 รายเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด, การดูแลตนเองบกพร่อง, บทบาทมารดาไม่เหมาะสม, เสี่ยงต่อการถอนยาและกลับไปใช้สารเสพติด, ทารกแรกเกิดเสี่ยงภาวะถอนยา, ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด, เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/บุตรจากภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างดังนี้ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ระยะก่อนคลอด: เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกติดเชื้อ ระยะคลอด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเร่งคลอด, ทารกเสี่ยงมากขึ้นจากน้ำคร่ำแห้งและการใช้ยาเร่งคลอด, ผู้คลอดมีประวัติ G6P5A0L5 (ผ่านการคลอดหลายครั้ง) ระยะหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะชักจากความดันโลหิตสูง, เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดเนื่องจากสิ่งแวดล้อมกระตุ้นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ระยะก่อนคลอด: ไม่มีการวินิจฉัยเรื่องการติดเชื้อ ระยะคลอด: ไม่มีการใช้ยาเร่งคลอด แต่ยังมีความเสี่ยงจากน้ำคร่ำแห้ง, ผู้คลอดมีประวัติ G3P2A0L2(ผ่านการคลอดน้อยกว่ากรณีที่ 1) ระยะหลังคลอด: ความเสี่ยงใกล้เคียงกับกรณีที่ 1 แต่ไม่ระบุภาวะชักจากความดันโลหิตสูง

3. การพยาบาลและการประเมินผล จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุในตารางที่ 3 สู่การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลโดยเรียงตามความสำคัญของปัญหาและแยกระยะการพยาบาลซึ่งได้นำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เป้าหมายการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

3.1. การพยาบาลและการประเมินผลระยะก่อนคลอด

3.1.1.การพยาบาลระยะก่อนคลอด

ในระยะนี้มุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด และการเตรียมความพร้อมสู่การคลอดอย่างปลอดภัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1.1 ป้องกันภาวะชักและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารแอมเฟตามีน เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดไม่เกิดภาวะชักและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติการพยาบาลที่สำคัญประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) และระดับความรู้สึกตัวทุก 1-4 ชั่วโมง ตามความรุนแรงเฝ้าระวังอาการนำของภาวะชัก (Pre-eclampsia/Seizure signs) เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นเพื่อป้องกันอาการทางระบบประสาทจากการถอนยาหรือผลของสารเสพติดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน (Emergency cart) และยากลุ่ม Anticonvulsant ให้พร้อมใช้

3.1.1.2 ส่งเสริมความสุขสบายและจัดการความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูกเป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้และลดความกระสับกระส่าย การพยาบาลที่สำคัญประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) และลักษณะการหดรัดตัวของมดลูก (Uterine contraction) สอนเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาปวด และการจัดท่าที่สุขสบาย (เช่น นอนตะแคงซ้ายเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงรก) ให้กำลังใจและดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดอาการหงุดหงิดก้าวร้าวจากผลของสารเสพติด

3.1.1.3 เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ (Fetal Distress)เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ (110-160 bpm)การพยาบาลที่สำคัญประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHS) อย่างต่อเนื่องด้วยเครื่อง Electronic Fetal Monitoring (EFM) สังเกตลักษณะน้ำคร่ำ (ในรายที่มีน้ำเดิน) หากมีสีเขียวขี้เทา (Meconium stained) ต้องรายงานแพทย์ทันที ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดใหญ่ และเพิ่ม Oxygen perfusion ไปยังรก

3.1.2 การประเมินผลการพยาบาล (ระยะก่อนคลอด)

กรณีศึกษาที่ 1 มารดามีสัญญาณชีพคงที่ ไม่เกิดภาวะชักระหว่างรอคลอด ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีความเสี่ยงติดเชื้อเนื่องจากมีน้ำเดินนาน จึงได้รับการดูแลด้วยยาปฏิชีวนะ กรณีศึกษาที่ 2 มารดามีอาการหงุดหงิดเล็กน้อยจากการเจ็บครรภ์ แต่สามารถให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาได้ ไม่พบภาวะชัก ทารกในครรภ์ปกติ

3.2 การพยาบาลระยะคลอด

3.2.1.การพยาบาลระยะคลอด

ในระยะนี้เน้นการประคับประคองให้การคลอดดำเนินไปอย่างราบรื่น ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนของทารก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 3 ของการคลอด ดังนี้

3.2.1.1 เฝ้าดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาเร่งคลอด (เฉพาะกรณีศึกษารายที่ 1) เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดไม่เกิดภาวะมดลูกหดรัดตัวผิดปกติ (Uterine Tachysystole) หรือมดลูกแตกการพยาบาลที่สำคัญดูแลให้ยา Oxytocin ตามแผนการรักษาโดยใช้ Infusion pump เพื่อควบคุมหยดที่แม่นยำประเมินการหดรัดตัวของมดลูก (UC) อย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที หากมดลูกหดรัดตัวนานเกิน 90 วินาที หรือถี่เกิน 5 ครั้งใน 10 นาที ต้องหยุดยาและรายงานแพทย์ทันทีบันทึกสัญญาณชีพมารดาเพื่อเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงจากการใช้ยา

3.2.1.2 ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (Fetal Distress)เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะ Late Deceleration การพยาบาลที่สำคัญกรณีที่น้ำหล่อเด็กน้อย (Oligohydramnios): จัดท่าให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับสายสะดือ (Cord compression) ติดตาม EFM อย่างต่อเนื่อง หากพบ

เสียงหัวใจทารกผิดปกติ ให้ Oxygen mask 8-10 LPM และเตรียมพร้อมสำหรับการช่วยเหลือทารกแรกเกิดทันที (Neonatal Resuscitation)

3.2.1.3 การจัดการความเจ็บปวดและการเผชิญต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ ผู้คลอดสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ ไม่แสดงอาการก้าวร้าวการพยาบาลที่สำคัญประเมินระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ที่ใช้สารเสพติดอาจมีความทนทานต่อความเจ็บปวดต่ำใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวก ให้ข้อมูลขั้นตอนการคลอดเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวลดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดตัวลดความร้อนจากเหงื่อที่ออกมาก ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

3.2.1.4ป้องกันภาวะรกค้างในระยะที่ 3 ของการคลอดเป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบถ้วนภายใน 30 นาทีหลังทารกเกิดการพยาบาลที่สำคัญเฝ้าระวังเป็นพิเศษ: เนื่องจากรายที่ 1 (G6) และรายที่ 2 (G3) ผ่านการคลอดมาหลายครั้ง มดลูกอาจล้าและหดรัดตัวไม่ดี สังเกตอาการแสดงของการลอกตัวของรก (Placental separation signs) เช่น มดลูกเปลี่ยนรูปทรง สายสะดือเคลื่อนต่ำลงทำคลอดรกด้วยวิธีที่นุ่มนวล (Controlled Cord Traction) และตรวจความครบถ้วนของรกและเยื่อหุ้มรกอย่างละเอียด

3.2.2 การประเมินผลการพยาบาล (ระยะคลอด)

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดได้รับยาเร่งคลอดตามแผนการรักษา มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอดี ทารกมีภาวะเสี่ยงจากน้ำคร่ำแห้งแต่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ปกติ (Normal Labor) รกคลอดครบ มารดามีอาการหงุดหงิดบ้างในช่วงระยะเบ่งแต่สามารถให้ความร่วมมือได้ กรณีศึกษาที่ 2 การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติ ไม่มีการใช้ยาเร่งคลอด ทารกปลอดภัยดี รกคลอดครบถ้วน ไม่พบภาวะรกค้าง แม้จะเป็นผู้คลอดครรภ์ที่ 3

3.3 การพยาบาลระยะหลังคลอด

3.3.1.การพยาบาลระยะหลังคลอด

ในระยะนี้เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเตรียมความพร้อมในการดูแลบุตร ดังนี้

3.3.1.1 ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH)

เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี สัญญาณชีพคงที่ เลือดออกทางช่องคลอดไม่เกิน 500 มล.การพยาบาลที่สำคัญคลึงมดลูกให้แข็งตัว (Uterine massage) และประเมินระดับยอดมดลูกทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกประเมินปริมาณเลือดที่ออก (Blood loss) และลักษณะของน้ำคาวปลา ดูแลให้ได้รับยาหดรัดตัวของมดลูก (เช่น Oxytocin หรือ Methylergonovine) ตามแผนการรักษา และกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็มจนขัดขวางการหดตัวของมดลูก

3.3.1.2 เฝ้าระวังภาวะชักและโรคความดันโลหิตสูง (เฉพาะกรณีศึกษารายที่ 1) เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (< 140/90 mmHg) และไม่เกิดภาวะชักการพยาบาลที่สำคัญบันทึกสัญญาณชีพและประเมินอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ อย่างต่อเนื่องติดตามระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด หากสูงเกินเกณฑ์ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาลดความดันหรือป้องกันภาวะชัก

3.3.1.3 การพยาบาลทารกและมารดาที่มีภาวะถอนยา (Withdrawal Syndrome) เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ทารกและมารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการหยุดสารเสพติด การพยาบาลที่สำคัญ ทารกประเมินอาการถอนยา (Neonatal Abstinence Syndrome: NAS) เช่น ร้องเสียงแหลม ดูดนมไม่ดี ตัวสั่น นอนไม่หลับ และประเมิน Finnegan Score ทุก 4 ชม. มารดาสังเกตอาการถอนยา (เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย หงุดหงิด) และประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือบุตรจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression)

3.3.1.4 ส่งเสริมบทบาทมารดาและการดูแลตนเองเป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้มารดามี

ทักษะการดูแลตนเองและทารก และมีความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การพยาบาลที่สำคัญ สอนการทำความสะอาดแผลฝีเย็บและการสังเกตอาการผิดปกติ ให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (พิจารณาตามนโยบายหากมารดายังมีการใช้สารเสพติดอยู่) แนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในอนาคต

3.3.2 การประเมินผลการพยาบาล (ระยะหลังคลอด)

กรณีศึกษาที่ 1: มดลูกหดรัดตัวดี ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตเริ่มคงที่ ทารกมีอาการถอนยาเล็กน้อย (สั่นแต่ดูดนมได้) มารดามีความวิตกกังวลเรื่องสิ่งแวดล้อมที่อาจกระตุ้นให้กลับไปใช้ยา จึงมีการวางแผนส่งต่อร่วมกับทีมสหวิชาชีพและโรงพยาบาลชุมชน

กรณีศึกษาที่ 2: มดลูกหดรัดตัวดี แผลฝีเย็บปกติ มารดาเริ่มปรับตัวเข้ากับบทบาทได้ แม้จะมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในช่วงแรกแต่ดีขึ้นตามลำดับหลังได้รับคำแนะนำ ทารกปลอดภัยไม่พบอาการถอนยารุนแรง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

ผลกระทบของสารแอมเฟตามีนต่อมารดาและทารกสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคที่สารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาทส่งผลให้เกิดการหดรัดตัวของหลอดเลือด นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงและรกลอกตัวก่อนกำหนด ในกรณีศึกษาที่ 1 พบภาวะความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อการชัก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด[5] ภาวะวิกฤตทางอารมณ์และการถอนยา: มารดาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงต่ออาการหงุดหงิดก้าวร้าวในระยะคลอดเนื่องจากความเจ็บปวดกระตุ้นให้เกิดความต้องการสารเสพติด หรืออาการถอนยา การพยาบาลที่เน้นการประคับประคองด้านจิตใจ และการใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวกจึงมีความสำคัญเท่าเทียมกับการดูแลทางกาย[6] ภาวะพร่องออกซิเจนของทารก (Fetal Distress): ภาวะน้ำคร่ำน้อย ที่พบในทั้ง 2 รายเป็นผลจากการที่สารเสพติดทำให้เลือดไปเลี้ยงรกลดลง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดที่มีการหดรัดตัวของมดลูกถี่ขึ้น (โดยเฉพาะรายที่ 1 ที่ได้รับยาเร่งคลอด) จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อทารกอย่างมาก การใช้เครื่องติดตามตลอดเวลาจึงเป็นมาตรฐานที่ขาดไม่ได้[7]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้คลอดที่ใช้ยาบ้าขณะตั้งครรภ์ นั้นจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้อง จัดระบบการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ช่วงก่อน ตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนถึงหลังคลอด เพื่อป้องกัน การเสพยาบ้าหรือสารเสพติดชนิดอื่นในขณะตั้งครรภ์ และ ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมและควรขยายผลโดยนำรูปแบบการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ใช้ยาบ้าขณะตั้งครรภ์ไปใช้ในมารดาหลังคลอดทุกที่ใช้สารเสพติดทุกประเภทของสารเสพติด

เอกสารอ้างอิง

1. ทรงพร จันทรพัฒน์. (2558). การพยาบาลภาวะจิตสังคมของผู้คลอด. สงขลา : เทพการพิมพ์.
2. ธีระ ทองสง. (2555). สูติศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 3 เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. ศรีเกียรติ อนันสวัสดิ์. (2558). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
4. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น: (เข้าถึงเมื่อ12 สิงหาคม 2566)
5. ปราณี ทู้ไพเราะ คู่มือยา (พิมครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2554.
6. กองยุทศาสตรและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2565.
7. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2560). หลักการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณา, และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ ปริกำเนิด กรุงเทพ ฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น(Brief Advice / Brief Intervention)โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

The results of case management for patients with uncontrolled diabetes using brief advice and brief intervention techniques Kosumpisai hospital.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

พนมพรณ์ อร่ามพงษ์พันธ์[1]
Panompron Aramphongpun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre - posttest research design) บูรณาการร่วมกับงานประจำในคลินิกบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง 50 คน ได้มาโดยการคัดเลือกตามเกณฑ์และความสมัครใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกองสุขศึกษา พ.ศ. 2562

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้ารับบริการตามโปรแกรมจำนวน 50 คน ผู้ชาย 14 คนคิดเป็นร้อยละ 28 ผู้หญิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 72 อายุเฉลี่ย 52 ปี อาชีพรับราชการมากที่สุดร้อยละ 47.56 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรร้อยละ 36.25 อาชีพส่วนตัวและอื่นๆ ร้อยละ 11.30 จำนวนผู้ป่วยนอก 45 คนคิดเป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยใน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 10 พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ลดลง 44 คน เป็นร้อยละ 88.00 มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเท่าเดิม 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเพิ่มขึ้น 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ด้านการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแบบสั้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าคะแนนแรงจูงใจในระยะตัดสินใจและระยะลงมือปฏิบัติ (คะแนน≥8) ร้อยละ 94.8

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแบบสั้น โรคเบาหวาน

ABSRACT

This research was a quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design, integrated into routine work at the Chronic Disease Clinic, Outpatient Department, Kosumpisai Hospital. The objective was to examine the effects of brief counseling on self-care behaviors and glycated hemoglobin (HbA1c) levels among diabetic patients with uncontrolled blood glucose. The sample consisted of 50 participants selected according to inclusion criteria and voluntary participation. Data were collected using the *Diabetes Self-Care Behavior Assessment Form* developed by the Health Education Division (2019).

Of the participants, 14 (28%) were male and 36 (72%) were female, with a mean age of 52 years. The most common occupation was government officer (47.56%), followed by farmer (36.25%) and self-employed/other (11.30%). Among them, 45 (90%) were outpatients and 5 (10%) were inpatients. After participating in the program, 44 participants (88%) showed a decrease in HbA1c levels, 1 participant (2%) had no change, and 5 participants (10%) showed an increase. Post-intervention, participants demonstrated significantly higher self-care behavior scores and a significant reduction in HbA1c levels ($p < 0.05$). Additionally, 94.8% of participants had motivation scores ≥8, corresponding to the decision-making and action stages of behavioral change.

Keywords : Case Management , Brief Advice and Brief Intervention, Diabetes Mellitus

[1] พยม.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากสถิติเบาหวานทั่วโลก เดือนกุมภาพันธ์ 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ใน 11 คนของประชากรทั่วโลกที่เป็นโรคเบาหวาน และทุก 5 วินาทีพบว่ามีคนตายด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่าการประมาณการว่าตอนนี้ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ประมาณ 5 ล้านคนหรือ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปกำลังป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งแสนคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ40 ที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ขณะที่ผู้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 54.1 หรือเพียง 2.6 ล้านคนในจำนวนนี้มีเพียง1 ใน3 คนที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน ที่น่าเป็นห่วงมากสำหรับประเทศไทยคือความชุกของเบาหวานที่เกิดจากปัญหาโรคอ้วนและพฤติกรรมการใช้ชีวิตในเด็กวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นซึ่งกลุ่มนี้เป็นคนวัยทำงานและเป็นกำลังหลักการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของครอบครัวและของประเทศ[1] ซึ่งอัตราการการเกิดโรคมีปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์เกี่ยวกับ การบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และภาวะสุขภาพที่มีอยู่ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน โรคระดับไขมันในเลือดสูง[2]

อำเภอโกสุมพิสัย มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 8,112 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.25 ของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป และมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 11,019 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.72 (HDC 2564) และอยู่ใน 5 อันดับโรคแรกของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และวัยสูงอายุ จึงมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ มักจะพบอาการแทรกซ้อนของโรค เช่น ทางตา ไต เท้า ในสัดส่วนที่สูง ซึ่งทำให้เป็นภาระของครอบครัวมากขึ้น มีอัตราการตายด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่าย ค่ายา และค่ารักษาอื่นๆมากขึ้น และโรงพยาบาลโกสุมพิสัย มีมูลค่ารายจ่ายด้านการรักษา ด้านเวชภัณฑ์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากที่สุด การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเปิดให้บริการทุกวันจันทร์และวันพุธ มีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 60 – 90ราย การให้บริการเป็นแบบครบวงจร คือผู้ป่วยรับบัตรคิว ซักประวัติ เจาะเลือด ให้ความรู้รายกลุ่ม ให้สุขศึกษารายเดี่ยว ตรวจฟัน และพบแพทย์ รับวันนัดที่คลินิกเบาหวาน บริการแพทย์แผนไทย งานผู้ป่วยนอก การตรวจเท้าส่งตรวจที่ตึกกายภาพบำบัด มีพยาบาล4คน พนักงานบริการ 1 คนผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1คน คนงาน 1 คน ซึ่งการให้บริการในแต่ละวันมีความเร่งรีบทำให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนไม่ครอบคลุมปัญหาเฉพาะราย ซึ่งพบว่าข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำในเลือดได้พบร้อยละ 20.50 และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มีค่า HbA1C > 7 ถึงร้อยละ72.45 พบภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 66.6 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ[3]

ดังนั้นคลินิกเบาหวานจึงมีการพัฒนางานหลายระบบเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การจัดการรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมีความจำเป็นอย่างมาก การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยเป็นแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกาย ส่งผลให้เกิดโรคต่างๆขึ้นได้ การให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้ผลดีในการให้บริการในคลินิกที่มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมาก การให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยตรงประเด็นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ไม่ได้ด้วยเทคนิค (Brief Advice (BA)/Brief Intervention (BI)โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป: เพื่อศึกษาผลการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วัตถุประสงค์เฉพาะ:

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้นสูงกว่าก่อนได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น

2. ค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้นลดลงกว่าก่อนได้รับการการให้คำแนะนำแบบสั้น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre - posttest research design) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามทฤษฎีการสนทนาการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิคเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ซึ่งการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความกังวลใจ ปรับรูปการแบบสนทนาให้เป็นโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น(Brief Advice :BA) ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตะหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1.1 Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี 1.2 Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ และ 1.3 Advice การให้คำแนะนำ โดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต และนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เทอดศักดิ์ เดชคง) ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็นสัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้วผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 1-2 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด **ระยะเวลาดำเนินการ** การศึกษาครั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 สิ้นสุดวันที่ 30 พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) >8 mg% ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ที่มีอายุ 30 – 65 ปี และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) >8 mg% ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565

และสิ้นสุดเดือน พฤษภาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 50 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุ 30 – 65 ปี 2) มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ 3) ค่าอัตราการกรองของไตในเกณฑ์ปกติGFR > 30 mg/dl4) มีผู้ดูแลกรณีช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการให้คำปรึกษาแบบสั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแบบสั้นด้วยรูปการแบบสนทนาให้เป็นโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น(Brief Advice :BA) ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตะหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1.1 Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี 1.2 Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ และ 1.3 Advice การให้คำแนะนำโดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 5-10 นาทีต่อครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกองสุขศึกษา พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) แบบบันทึกการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม(HbA1c)

3. แบบสอบถามแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560

การดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการประเมินค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในเดือนตุลาคม 25665 – เดือนธันวาคม 2565

ขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 50 คน จะได้รับการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยใช้เวลาในการทำ5 – 10 นาทีต่อครั้ง ในวันที่ผู้รับบริการมารับบริการและจะได้รับคำแนะนำการช่วยเหลือปัญหาที่พบร่วมกับผู้ป่วยและนัดติดตามอาการอีก 1 เดือน การประเมินครั้งต่อไปจะประเมินตามการนัดรับบริการในคลินิกจนครบ 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1การประเมินผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและวางแผนการดูแล

ครั้งที่ 2 กิจกรรมประเมิน ต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 การให้ความช่วยเหลือปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้กระบวนการMotivation Interviewing ต่อเนื่อง การให้ปรึกษาและคำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice/Brief Intervention) นัดติดตามอาการ

ครั้งที่ 3กิจกรรมประเมิน ต่อเนื่องจากครั้งที่ 2 การให้ความช่วยเหลือปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้กระบวนการMotivation Interviewing ต่อเนื่อง การให้ปรึกษาและคำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice/Brief Intervention) นัดติดตามอาการ

ครั้งที่ 4กิจกรรมประเมิน ต่อเนื่องจากครั้งที่ 3 การให้ความช่วยเหลือปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้กระบวนการMotivation Interviewing ต่อเนื่อง การให้ปรึกษาและคำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice/Brief Intervention)

หลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 50 คนจะได้รับการประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ในวันที่มารับบริการนัดครั้งที่ 4 และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1.วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน (SD) ของระดับ HbA1c

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre - posttest research design)บูรณาการร่วมกับงานประจำในคลินิกบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโกสุมพิสัยผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้ารับบริการตามโปรแกรมจำนวน 50 คน ผู้ชาย 14 คนคิดเป็นร้อยละ 28 ผู้หญิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 72 อายุเฉลี่ย 52 ปี อาชีพรับราชการมากที่สุดร้อยละ 47.56 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรร้อยละ 36.25 อาชีพส่วนตัวและอื่นๆร้อยละ 11.30 จำนวนผู้ป่วยนอก 45 คนคิดเป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยใน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 10 พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง 44 คน เป็นร้อยละ 88.00 มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเท่าเดิม 1 คนคิดเป็นร้อยละ 2.00 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเพิ่มขึ้น 5 คน คิดเป็นร้อยละ10.00 ด้านการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแบบสั้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าคะแนนแรงจูงใจในระยะตัดสินใจและระยะลงมือปฏิบัติ (คะแนน≥8)ร้อยละ 94.8

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t – test

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		t - test (p = 0.05)
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	7.3	1.9	14	1.4	16.96
2.พฤติกรรมการใช้ยา	6.14	0.94	7.8	0.54	7.83
3.พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.7	2.4	5.3	1.5	5.82
4.พฤติกรรมการดูแลเท้า	9.83	2.48	13.78	2.28	7.14

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน โดยมีพฤติกรรมการดูตนเองด้านการบริโภคอาหารมากที่สุด (t = 16.96) รองลงมาคือพฤติกรรมการใช้ยา (t=7.83) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด (t = 5.82)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

รายการ	ก่อนร่วมกิจกรรม		หลังร่วมกิจกรรม		t	P value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
HbA1c	11.08	2.15	9.31	1.64	- 9.54	0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีค่าระดับ HbA1c ลดลง มีค่าเฉลี่ยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 1.64 มีความแตกต่างของค่าระดับ HbA1c ซึ่งสอดคล้องกับค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเป็นประจำจึงจะช่วยให้ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงให้อยู่ในค่าปกติได้อย่างยั่งยืน

ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่ามีระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 89.80 ซึ่งจากการการให้คำปรึกษาในระยะเวลาสั้นๆ เป็นกันเองกับผู้ป่วยและเป็นการค้นหาปัญหาสุขภาพ การจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลโดยการมีส่วนร่วมการสัมภาษณ์ใช้เวลาไม่นานมีความเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ตนเองได้ในเวลารวดเร็ว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาผลการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิด การให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ของ Miller & Rollnick[2] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้ จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

เมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแบบสั้น โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อธิบายได้ว่าการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นนั้น พยาบาลได้มีการประเมินผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันตามวิถีชีวิต การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ การตกลงบริการ การค้นหาสิ่งสำคัญ แรงจูงใจภายในเวลา 5-10 นาที และการผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง มีการวางแผนและสรุป ให้ผู้ป่วยเข้าใจโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง Stage of change(8) ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา สารกอง(7)ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 42.12 จะเห็นได้ว่าหลังการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมมากขึ้น แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นเรื่องยาก แต่การ

MI ให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้ในโรคเบาหวาน รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลงได้[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice (BA)) และ (Brief Intervention (BI)) มีความเหมาะสมสำหรับการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีจำนวนผู้มารับบริการจำนวนมาก ในแต่ละวัน ทำให้มีการให้คำแนะนำที่ตรงประเด็นตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการรายกรณีจำนวนมากขึ้น กรณีผู้ป่วยในการจัดการในบริบทของการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น (Brief Advice / Brief Intervention) นั้น มีข้อดีคือผู้ป่วยและญาติได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำพร้อมกันทำให้การนำไปปฏิบัติมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้ค้นหาปัญหาตรงประเด็นในรายบุคคลและหาทางช่วยเหลือแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวใช้เวลาสั้นๆ ตรงประเด็น แก้ปัญหาตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น หันกลับมารักตัวเอง ดูแลตัวเองเพื่อตัวเองและคนที่ตนเองรัก ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาแนะนำตรงประเด็น รวดเร็ว ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวันของแต่ละคน ซึ่งวิถีชีวิตของแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเดียวกัน การปฏิบัติ และการรับรู้ต่างกัน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีความพึงพอใจ มีแนวทางที่ชัดเจน สะดวก ต่อการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2565.กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอรุณการพิมพ์.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข.(2564). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ปี (พ.ศ. 2565-2570). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.
3. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. (2564). HDC โรงพยาบาลโกสุมพิสัย
4. โสภา ไชยแก้ว.(2561). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม. เชียงใหม่.
5. เทิดศักดิ์ เดชคง.(2560). คู่มือสำหรับผู้อบรม: Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs. กรมสุขภาพจิต: โครงการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาแบบสร้าง แรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในระบบสาธารณสุข
6. อดิศักดิ์ หวานใจ และคณะ.(2562). ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชุมชนหนองทราย. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12 .จังหวัดสงขลา

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

The Effects of a Discharge Planning Program for Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus on Knowledge, Self-Care Behaviors, and Readmission Rates at Warichaphum Hospital Sakon Nakhon Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 8,2026)

ประมวลรัตน์ พจนา[1]
Pramualrat Pojana[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนอนรักษาในแผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวาริชภูมิ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน 2569 จำนวน 30 ราย ดำเนินการตามโปรแกรมวางแผนจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการ D-METHOD ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์/ไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ piared t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t = 6.11 (p-value 0.000, 95%CI) และ t = 22.96 (p-value 0.000, 95% CI) ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือดแบบงดอาหาร (FPG) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

คำสำคัญ: โปรแกรมวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไมได

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a discharge planning program for patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus on knowledge, self-care behaviors, and readmission rates at Warichaphum Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 30 diabetic patients diagnosed with uncontrolled type 2 diabetes and inpatients at Warichaphum Hospital between February and April 2026.The discharge planning program was implemented by a multidisciplinary team using the D-METHOD process, Home visits were conducted via telephone/LINE once a week for 4 consecutive weeks. Data were collected using questionnaires twice, before and after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics, and a paired t-test.

The research results showed that the mean knowledge and self-care behaviors of patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus after the intervention were significantly higher than before the intervention (t = 6.11 (p-value 0.000, 95%CI)) and (t = 22.96 (p-value 0.000, 95%CI)). Fasting blood glucose (FPG) levels also decreased significantly at the 0.05 level.No patients readmitted within 28 days.

Keywords: Discharge planning program, for patients with type 2 diabetes who have uncontrolled blood sugar levels.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิด โรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง)[1] จากสถิติ ปี 2566-2568 จังหวัดสกลนคร พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 7,807.94, 8,238.21 และ 8,735.81 ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ต่อแสนประชากร 42.1, 999.59 และ 858.21 ตามลำดับ อัตราป่วยตายจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.03, 0.18 และ 1.98 ตามลำดับ[2]

จากสถานการณ์ของโรงพยาบาลวาริชภูมิ ปี 2566-2568 พบว่าสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาลวาริชภูมิ เป็น 1 ใน 5 ลำดับโรคแรกที่รับไว้ในหอผู้ป่วย โดยสาเหตุทที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 220, 217 และ 264 ราย ตามลำดับ รองลงมา ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 46, 44 และ 45 ราย ตามลำดับ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 10, 19 และ 17 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน (Re-admission) หรือมาก่อนวันนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.80 ในปี 2567 เป็น ร้อยละ 8.65 ในปี 2568 โรคเบาหวานพบว่า อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2566-2568 ร้อยละ 49.85, 52.08 และ 63.70 ตามลำดับ สาเหตุเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 56.82, 66.36 และ 73.1 ตามลำดับ รองลงมาเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 39.13, 43.18 และ 44.44 ตามลำดับ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 6.52, 7.85 และ 10.53 ตามลำดับ

โรงพยาบาลวาริชภูมิ ยังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะพยาบาลจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยขาดการมี ส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และข้อมูลบางอย่างที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามไม่ได้ ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่มีส่วนร่วมที่ชัดเจนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนั้นหากให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการคิด และวางแผนการดูแลตนเอง โดยมีทีม สหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการ D-METHOD ในการวางแผนจำหน่าย ช่วยเพิ่มความรู้และ ปรับพฤติกรรม และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเบาหวานก่อนจำหน่าย เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและดูแลตนเองได้ดี ยิ่งขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้ลดปัญหาการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้[4,5,6,7]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) พื้นที่ในการศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ โรงพยาบาลวาริชภูมิ โดยมีระยะการวิจัย 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอวาริชภูมิ และรักษาในสถานบริการสาธารณสุข อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (< 70 mg/dl หรือ > 130 mg/dl) ข้อมูลเดือนตุลาคม 2568 ถึง ธันวาคม 2568 จำนวน 450 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ควบคุมระดับ

น้ำตาลไม่ได้ และนอนรับการรักษา ในแผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวาริชภูมิ ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) รหัส ICD 10 คือE11.10 หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ด้วยรหัส ICD 10 คือ E16.10 มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) เพศชาย และเพศหญิง 3) อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ปกติ มีโทรศัพท์ 4) ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม ฯ 5) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จนกระทั่งสิ้นสุดโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ(Exclusion Criteria) 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษาหรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) ย้ายสถานที่อาศัยไปที่อื่นหรือเสียชีวิต ในระหว่างการวิจัย

เครื่องมือในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพหลัก 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) โรคร่วมอื่นๆ 8) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 9)ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10) ข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งล่าสุด และ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)

2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ ทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ 0 กับ 1 คือ ตอบ ถูกได้ 1 คะแนน และ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัย พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 หัวข้อหลัก รวม 29 ข้อ โดยมีข้อคำถาม เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ดังนี้ 1) ด้านรับประทานยา 2) ด้านรับประทานอาหาร 3) พฤติกรรมออกกำลังกาย 4) พฤติกรรมการจัดการความเครียด 5) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 6) พฤติกรรมพบแพทย์ 7) พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ทำกิจกรรม

1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ โดยใช้รูปแบบ D-METHOD

2) แบบบันทึกผลลัพธ์อัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

3) แผนการสอนผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4) แผ่นพับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content validity) นำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม โปรแกรมวางแผนจำหน่าย ตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่า IOC ได้ 1,0.85 และ 1 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำไปทดลองใช้ กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ที่เข้านอนโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยในจำนวน 20 คน ในพื้นที่ใกล้เคียง แบบสอบถามพฤติกรรม นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามความรู้ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ Kuder- Richarson 20 (KR 20) เท่ากับ 0.811

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.ผู้วิจัยเข้ารับเคสเมื่อได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ประเมินเคสเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง จากค่าระดับน้ำตาลที่เจาะที่แผนกฉุกเฉิน

2. วันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินสภาพผู้ป่วย แนะนำตัวให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เชิญผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาหรือหากผู้ป่วยไม่สามารถ ให้ข้อมูลหรือตัดสินใจได้ จึงให้ญาติผู้ดูแลหลัก เป็นผู้รับฟังและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการศึกษาหรือไม่ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ที่ผู้ป่วย และหรือญาติจะได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา

3. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

4. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเวร พยาบาลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน (CM-DM) เภสัชกร นักโภชนากร

5. วางแผนการจำหน่ายในวันที่ผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น สามารถพูดคุยได้และไม่มีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก พูดคุยแลกเปลี่ยนความเห็นและร่วมตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสาเหตุของปัญหาหลักที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเอง และร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเน้นการแก้ไขปัญหารายบุคคล และ นัดหมายการดำเนินการตามกิจกรรมวางแผนการจำหน่าย ในครั้งต่อไป

6. ดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่าย โดยการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ระยะนี้เป็นการทบทวนความรู้ตามกระบวนการ D-METHOD และให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว พร้อมฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ ผู้วิจัย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติวางแผนการดูแลตนเองและมอบแผ่นพับความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ กระบวนการ D-METHOD มีรายละเอียดดังนี้

D = Disease ให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงแนวทางการรักษา

M = Medication อธิบายการใช้ยา ชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ยา ขนาดและปริมาณยาข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียง และภาวะแทรก ซ้อนของการใช้ยา

E = Environment and economic การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสภาพ แวดล้อมที่บ้านและในชุมชน รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

T = Treatment อธิบายเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และทักษะ ในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ

H = Health ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน

O = Outpatient อธิบายความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัดและการดูแลเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

D = Diet ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกและประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและข้อจำกัดด้านสุขภาพ

7. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการจำหน่าย ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังการทดลอง

8. ส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพในรพ.สต. ที่ผู้ป่วยอยู่

9. ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์/ไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง/ 4 สัปดาห์ ติดตามสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลัก การเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายหรือไม่ พร้อมกับให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

10. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด หลังการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 28 วัน และตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างในการเข้ารับการรักษาในระบบการนอนโรงพยาบาล

11. เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบ งดน้ำ งดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar) พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง หลังดำเนินโปรแกรมเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2) ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง ใช้สถิติพรรณนา(Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และใช้สถิติ เชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยประเมินความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และค่า ช่วงเชื่อมั่น 95 % CI

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2026-008 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.0 รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ต่ำกว่า5,000 บาท ร้อยละ 90.0 โรคร่วมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7 รองลงมา มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค ร้อยละ 23.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.3 รองลงมา 5-10 ปี ร้อยละ 40.0 รักษาที่ รพ.สต. ร้อยละ 86.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ86.7 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 73.3 ดัชนีชมวลกาย อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 40.0 ผล FBS ล่าสุด ต่ำกว่า 70 mg% ร้อยละ 53.3 สูงกว่า 250 mg% ร้อยละ 46.7

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง

ผลของระดับความรู้ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 46.7 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 30.0 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 76.7 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3

ผลการประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังทดลอง มีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= 6.11, p 0.000 95%CI ดังตารางที่ 1

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

	ผลการประเมินความรู้				
	$\bar{X}$	S.D.	t-test	Df	p-value
ก่อนการทดลอง	2.07	0.74	6.11	29	0.00
หลังการทดลอง	3.4	3.04			

2. ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรม การดูตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังทดลอง การประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าจาก ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 22.40, p-value 0.000 95%CI) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 7 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา (t = 6.22, p-value 0.000 95%CI) 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (t = 18.49, p-value 0.000 95%CI) 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (t = 24.82, p-value 0.000 95%CI)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

การปฏิบัติพฤติกรรม	ผลการปฏิบัติพฤติกรรม				
	$\bar{X}$	S.D.	t-test	Df	p-value
1. พฤติกรรมการรับประทานยา	0.45	0.39	6.22	29	0.000
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	0.90	0.27	18.49	29	0.000
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.01	0.22	24.82	29	0.000
4.พฤติกรรมการจัดการความเครียด	0.57	0.40	7.87	29	0.000
5.พฤติกรรมการมาพบแพทย์	0.27	0.48	3.07	29	0.005
6. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	0.57	0.43	7.20	29	0.000
7. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน	1.01	0.39	14.22	29	0.000
8. การปฏิบัติพฤติกรรมรวม	0.73	0.18	22.40	29	0.000

4) พฤติกรรมการจัดการความเครียด (t = 7.87, p-value 0.000 95%CI) 5) พฤติกรรมการมาพบแพทย์ (t = 3.07, p-value 0.005 95%CI) 6) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (t = 7.20, p-value 0.000 95%CI) 7) พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน (t = 14.22, p-value 0.000 95%CI) ดังตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ในภาพรวมพบว่า ก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 90.0 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 10.0 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในระดับมาก ร้อยละ 86.7 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3

3. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาลครบ 28 วัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ไม่มีคนกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ คิดเป็น ร้อยละ 0.00

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบงดน้ำงดอาหาร (Fasting plasma glucose) แปลผลตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี เปรียบเทียบกับตอนแรกรับก่อนนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในระดับวิกฤต คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(Hypoglycemia) ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ร้อยละ 46.7 หลังการทดลอง พบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับน้ำตาล ในเลือดอยู่สีเหลือง (เฝ้าระวัง) ร้อยละ 50.0 รองลงมา สีเขียว (ปกติ) ร้อยละ 33.3 ไม่มีคนอยู่ในระยะวิกฤต

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[8] ร่วมกับแนวคิด D-METHOD ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการคิด และวางแผนการดูแลตนเอง โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้สอน ให้คำแนะนำ ส่งเสริมและสนับสนุน จนถึงระยะฟื้นฟูหรือเตรียมกลับบ้าน ผู้วิจัยได้

ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/ไลน์ ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t= 6.11, p 0.000 และ t = 22.40, p-value 0.000 ตามลำดับ ส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ได้ถึงร้อยละ 100 สอดคล้อง กับการศึกษาของ เกษร บัวขันธ์; ปิยะนันท์ ศรีทิน; รัตนา นิลเลื่อม และคณะ; ณิชกานต์ ลาภะ; มนฤดี รูปสม และคณะ[9-10]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ทันสมัยและใช้งานได้ง่ายขึ้น

2. ควรทำการวิจัยในระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ทางคลินิก และความยั่งยืนของพฤติกรรมของผู้ป่วย

3. ควรมีการขยายผลโดยนำโปรแกรมวางแผนจำหน่าย D-METHOD ไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้เป็นระบบเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยในและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลวาริชภูมิที่ช่วยสนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (13 พฤศจิกายน 2566). กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news= 38403&deptcode=brc&news_views=2606
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD).https://hdc.moph.go.th/snk/public/standard-subcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
3. โรงพยาบาลวาริชภูมิ. (2568). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2568. สกลนคร: สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา).
4. ธีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิชยภิญโญ และสุนีย์ ละกำปั่น. (2563). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับ น้ าตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัย และการพยาบาล, 36(3), 19-32.
5. ปิยะนันท์ ศรีทิน. (2023). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 8(2), 240-249.
6. เกษร บัวขันธ์. (2567). ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(3), 402-409.
7. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุล, พรทิพย์ สินประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง และ อรทัย บุญชูวงศ์. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(2), 202-215.
8. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.

9. ณิชกานต์ ลาภะ (2024), ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพังโคน, วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, Volume 9, Issue 4, pp. 161-170.
10. มนฤดี รูปสม, รจนา วรวิทย์ศรางกูร, วลัยพร รุ่งเรือง, จารุณี แก้ววันนา. (2567). ผลของการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพล, 9(4), 349-60.

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

The effect of using the self-care program for diabetic patients on knowledge and self-care behavior of diabetic patients at Ban Khok Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khok Sawang Subdistrict, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 8,2026)

ภูนีรัตน์ ลี้พล[1]
Phuneerat. Leepol[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคือ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ,แผนการสอนผู้ป่วยเบาหวานเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ,แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯโดยใช้สถิติทดสอบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับดี พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ,ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

Research on the effects of self-care programs for diabetic patients who received services at Pla Pak Hospital, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province. This research was a quasi-experimental research with a one-group pre- and post-test design. The objective was to compare the mean knowledge scores and self-care behaviors of diabetic patients in the experimental group before and after participating in the diabetic self-care program. The sample group consisted of 65 registered diabetic patients who received services at Ban Khok Sawang Subdistrict Health Promotion Hospital. The research instruments consisted of Self-care program for diabetic patients consists of a self-care manual for diabetic patients, a diabetes education plan, and data collection tools. Including general information questionnaires, diabetes knowledge questionnaires for diabetic patients, and self-care behavior questionnaires for diabetic patients. Personal data of the sample group were analyzed by descriptive data analysis, including mean, standard deviation, and percentage, and comparative data analysis of the differences between the mean values of knowledge scores. and the self-

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

care behavior of the experimental group before and after joining the program using statistics to test the change in knowledge scores and self-care behavior of the experimental group after the experiment using t-test statistics.

The study results showed that after participating in the self-care program for the experimental group of diabetic patients, the average score of diabetic knowledge scores was at a good level, and the self-care behaviors of diabetic patients were consistently improved and significantly higher than before participating in the program at the p<.05 statistical significance level.

Keywords: Self-care program for diabetic patients, knowledge and self-care behavior of diabetic patients.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ หากมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแข็งและมีการทำลายไต สมอง หัวใจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่บุคคลผู้เป็นโรคต้องมีการดูแลตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าทั่วโลกเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 246 ล้านคน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน 380 ล้านคน[1]

จังหวัดนครพนม ในปี 2563–2565 พบอัตราป่วยเท่ากับ 881.05 , 812.35 และ 540.26 ต่อแสนประชากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในเขตพื้นที่อำเภอปลาปาก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันโดย ในปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 242.3, 365.8 และ 426.31 ต่อประชากรแสน ตามลำดับ จากสถิติรายงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง พบว่าปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนทั้งหมด จำนวน 85 คน 183 คนและ 243 คน ตามลำดับ และอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลปลาปาก พบเป็นอันดับ 2 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยในช่วง พ.ศ.2565 – 2567 เท่ากับ 61 คน ,78 คน และ120 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีความรู้สึกยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่นการควบคุมอาหาร มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย การลืมรับประทานยา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงการที่ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาโรงพยาบาลปลาปากมีโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าประสิทธิผลของ โครงการให้ความรู้ต่างๆ ประสบความสำเร็จ ในเรื่องการพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[2]

จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม การดูแลตนเองที่ดีจะช่วยลดภาระรายจ่ายที่ต้องสูญเสียลง เพราะการควบคุมโรคเบาหวานได้นั้นจะช่วยลดอัตราและระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังลงได้ เป็นการประหยัดเงินที่จะต้องสูญเสียไปเพื่อใช้ในการรักษาบำบัดโรค ส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และสังคมอีกด้วย แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยยังคงดูแล

ตนเองได้ไม่ดีพอ มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารหวาน รับประทานอาหารจุกจิก และหยุดยาเองเป็นต้น ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี และทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ทั้งนี้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะโรคอาจมีภาวะเครียดด้านจิตใจ [3]

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยการการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ให้กับผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การสอนอย่างมีแบบแผนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม หรือการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง การพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนให้ความรู้ และการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น แต่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและรักษาน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้ การรักษา ให้คำแนะนำ แต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับกาโรคเบาหวานและการดูแลตนเองไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน[4,5,6]

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการจัดกิจกรรมกับผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ และการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest one-group design) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2568 – 5 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้ง ใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลโคกสว่าง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

2. เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ด้วยภาษาไทย

3. สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5. ไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ขณะสัมภาษณ์

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ

2. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล

3. ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ได้แก่ มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 อัมพฤกษ์อัมพาต มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (180/110mmHg) มีค่าน้ำตาลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีภาวะคีโตซีส (Ketosis)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อ ให้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว เป็นการวัดความรู้เรื่องเกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรักษาโรคเบาหวาน เลือกคำตอบแบบถูก - ผิด โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ตรงตามความเป็นจริงในการปฏิบัติตัวใน 1 สัปดาห์ ตามความถี่ แบ่งเกณฑ์พิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน , ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน , ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 0 คะแนน , ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน ,ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้คะแนน 3 คะแนน[7] การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองปฏิบัติพบว่าเท่ากับ 0.73

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง นัดประชุมผู้ช่วยดำเนินงานวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งเกณฑ์การ

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อวิเคราะห์ผล และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานให้ผู้วิจัยทราบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง ทำการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลหลังได้รับโปรแกรม เพื่อวิเคราะห์ผล และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานให้ผู้วิจัยทราบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 114/66 วันที่ 4 สิงหาคม 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.23, มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มากถึงร้อยละ 53.85, สถานภาพคู่ร้อยละ 76.92, มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ

69.23, ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.15, มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.8, ระยะเวลาของการ เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11 - 14 ปี ร้อยละ 61.54

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานคะแนนความรู้อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.80 , S.D=3.21) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.65 , S.D=5.68) , ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรค ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 11.14 , S.D=3.38) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.42 , S.D=4.97) , ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.41 , S.D=3.92) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.53 , S.D=4.95) และความรู้เรื่องการบำบัดรักษา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.75, S.D=3.28) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.95 , S.D=5.84) ตามสมมติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 9.77 , S.D=7.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 19.66 , S.D=3.48) , พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 8.07 , S.D=3.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 13.7,S.D=3.45) , ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม

การปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 5.54 , S.D=2.69) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 8.13 , S.D=1.56) ,ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 13.0 , S.D=1.56) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 19.06 , S.D=4.58) ตามสมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับสมยศ ศรีจารนัย และคณะ , 2544 ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

2. โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้จัดทำขึ้นนั้นประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคู่มือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการทำแบบประเมินเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งแบ่งเป็น

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ระดับพอใช้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับดีซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็มที่กล่าวว่าการดูแลตนเองจะประสบผล สำเร็จได้ บุคคลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจถูกต้องเหมาะสมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ปลอดในเมือง ศึกษาประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และภาวการณ์ควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้พบว่าหลังเข้าโครงการสนับสนุนและให้ความรู้แล้วผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.0.001)[9]

2.2 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ ตามสมมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี เจริญนุกูล,ยุพารัตน์ สุริโย และปาจรีย์ ตรีนนท์ ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการบริโภคอาหาร การใช้ยา การดูแลเท้า และการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น[10]

ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมกับโรคจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ สถานพยาบาลอื่นๆ และพยาบาลควรจัดโครงการหรือจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เพื่อนำไปดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องต่อไปทั้งในและนอกสถานบริการ

2. พยาบาลทำงานควรร่วมมือกับสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจรเป็นแบบองค์รวม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hba1C) ที่เพื่อติดตามผลของโปรแกรมต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.“รายงานประจำปี 2567”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual.(26 May. 2020.
2. กิเริ่น โซนี่, นลวันท์ เชื้อเมืองพาน, ภัทรี มณีรัตน์และอรทัย มหาวงศ์นันท์. (2560). ผลของการให้ความรู้โรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายกลุ่มเทียบกับรายบุคคล ณ หน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร, 9(2), 21-22.
3. คะนึงนิด พาที.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสาร รพ.นครพนม ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ 14, 2561.

4. ตวงพร กตัญญุตานนท์และคณะ. (2560) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.วารสารวิชาการ สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 6(2), 53-62.
5. Orem, D.E. (1991). Nursing Concepts of Practece (2nd ed). New York: Mc Grawbill. Book Company. International Diabetes Federation. (2017). IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017 Country.
6. Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice/Nola J. Pender, with a contribution by Albert R. Pender. 2nd ed. New York : Appleton & Lange,1987.
7. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
8. สมยศ ศรีจารนัย. (2544). โรคเบาหวานในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย. (งานวิจัย).กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลเขาวง.
9. อภิรดี ปลอดในเมือง. (2542). ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อปรับปรุงการรับรู้ สมรรถนะในการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
10. Chareonukul A, Suriyo Y, Trenon P.(2012). The relationship between the levels of talent development to self-care the level of hemoglobin HbA1C in patients with type 2 diabetes who can not control. Journal of Public Health. 2012;22:37-48. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

(The effect of self-management promotion program for pregnant women on knowledge and behavior to prevent low birth weight infants at LomSak Hospital Phetchabun Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 8,2026)

วิภาดา คุยสี[1]
Wipada Kuisee[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีรูปแบบการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 – 24 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหล่มสัก คัดเลือกเฉพาะเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด ดำเนินการในช่วงเดือน ธันวาคม 2568 – เดือนเมษายน 2569 จำนวน 25 คน ดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired Samples t-test ค่าช่วงเชื่อมั่น 95 % CI

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้งภาพรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในภาพรวม (t = 14.60, p<.001), พฤติกรรมด้านโภชนาการ (t = 9.66, p < .001), พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย (t = 16.14, p < .001), พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (t = 7.86, p < .001) และพฤติกรรมด้านด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (t = 5.41, p < .001) 2) คะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.48, p<.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์, หญิงตั้งครรภ์, ทารกน้ำหนักน้อย

Abstract

This research is a quasi-experimental design with a one-group pre-and post-test measurement configuration. The objective is to study the effect of a self-management promotion program for pregnant women on knowledge and behaviors regarding the prevention of low birth weight infants at Lomsak Hospital, Phetchabun Province. The sample consists of pregnant women with a gestational age of 20-24 weeks who received antenatal care at Lomsak Hospital, specifically selected based on predefined characteristics.The study was conducted from December 2025 to April 2026 with 25 participants, implementing a self-management program for pregnant women to prevent low birth weight infants. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the paired samples t-test with a 95% confidence interval (CI).

The research findings revealed that 1) the assessment of the difference in average scores of behaviors for preventing low birth weight infants before and after the experiment showed that after the experiment, the average scores of both overall and individual behaviors were significantly higher than before the experiment in the following areas: overall (t = 14.60, p<.001), nutritional behavior (t = 9.66, p < .001), physical activity behavior (t = 16.14, p < .001), and stress management behavior (t = 7.86, p < .001). and health

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

responsibility behavior (t = 5.41, p < .001) 2) The average knowledge score of pregnant women showed that after the experiment, the average knowledge score was significantly higher than before the experiment (t = 5.48, p<.001).

Keywords: Self-management promotion program for pregnant women, pregnant women, and low birth weight babies

บทนำ

ภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเกี่ยวข้องกับผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยรวมประมาณการว่า ร้อยละ 15-20 ของทารกเกิดทั้งหมดทั่วโลกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ซึ่งคิดเป็นจำนวนทารกเกิดมากกว่า 20 ล้านคนต่อปีทั่วโลก เป้าหมายทั่วโลกคือ ลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568[1] องค์การอนามัยโลก รายงานในปี 2023 พบร้อยละของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทั่วโลกจากปี พ.ศ. 2555 - 2558 อยู่ที่ร้อยละ 13.0, 13.07, 13.15 และ 13.27 ตามลำดับ พบสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 24.2, 24.4, 24.7 และ 25 ตามลำดับ[2] ในส่วนของประเทศไทย ปี 2564 - 2568 พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 9.87, 9.91, 9.74,7.07และ 7.04 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 2 พบ ร้อยละ 9.93, 10.10, 9.81, 7.21 และ 8.33 ตามลำดับ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบร้อยละ 9.59, 10.10, 9.81, 8.27 และ 8.51 ตามลำดับ[3]

จากการสรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลหล่มสัก ปี 2564-2568 พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.41, 9.44, 9.87, 11.04 และ 11.05 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 ในปี 2568 มีทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย กว่าเกณฑ์ 70 ราย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก คลอดก่อนกำหนด 40 ราย ร้อยละ 57.14 รองลงมามารดามี BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 28 ราย ร้อยละ 40.0 มารดามีภาวะซีด 15 ราย ร้อยละ 21.43 ทารกเติบโตช้าในครรภ์ 5 ราย ร้อยละ 7.14 และอื่นๆ 4 ราย ร้อยละ 5.71 มารดากลุ่มนี้ พบสาเหตุร่วมกันมากกว่า 1 สาเหตุ 30 ราย ร้อยละ 42.85[4] ซึ่งการดำเนินงานของคลินิก ฝากครรภ์ได้มีแนวทางการดูแลมารดากลุ่มนี้ โดยการให้สุขศึกษาด้านโภชนาการโรงเรียนพ่อแม่และให้คำปรึกษาเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ตามแนวทางมาตรฐานโดยการรณรงค์ให้มารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และต่อเนื่อง 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ทั้งนี้ยังมีการเสริมเกลือเสริมไอโอดีน ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก แต่ยังไม่ครอบคลุมและหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือญาติไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควรเพราะ ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งความเสี่ยงบางอย่างสามารถที่จะป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันหรือลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจะส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้สูงและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในช่วงวันแรกๆ [5-7] ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ตามเป้าหมายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง พื้นที่ในการศึกษาโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลหล่มสักในช่วง เดือนธันวาคม 2568 – เดือนมกราคม 2569 ทั้งหมด จำนวน 80 คน (ดูจากวันนัดตรวจครรภ์)

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 – 24 สัปดาห์ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2568 – เดือนมกราคม 2569 จำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 17 ปีขึ้นไป, ตั้งครรภ์เดี่ยว

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยรายบุคคล อยู่กลุ่ม High risk factor หรือ Intermediate risk factor

3. ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคหอบหืด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน มีเลือดออกทางช่องคลอด

5. ยินดีให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย

6. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และสามารถตอบแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีประวัติการใช้ยาจิตเวชหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช

2. ติดสุราเรื้อรังหรือใช้สารเสพติด

3. ย้ายที่อยู่ไม่สามารถอยู่ในพื้นที่ได้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และการคลอด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 4)แบบสอบถามความเหมาะสมของโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยใช้แนวคิดของ Creer (2002)

2. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ของกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี[9] โดยมีหัวข้อประเมินความเสี่ยงทั้งหมด จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk factor) จำนวน 18 ข้อ และปัจจัยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Intermediate risk factor) จำนวน 5 ข้อ การแปลผลคะแนนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ จัดว่าเป็นผู้เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

3. แบบบันทึกการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

4. กราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ Vallop curve

5. แบบบันทึกกิจกรรมตามโครงการวิจัย ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

6. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2567)

7. วีดิทัศน์ เรื่อง “อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์”

8. วีดิทัศน์การแกว่งแขน

9. แบบจำลองอาหารแลกเปลี่ยน 5 หมู่ ในปริมาณต่อ 1 ส่วนของอาหาร เพื่อใช้ในการประกอบการสอนเรื่องปริมาณและสัดส่วนอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ (3) แบบสอบถามความเหมาะสมของโปรแกรมฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ได้ 0.80, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาลใกล้เคียง จำนวน 20 ราย แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ Cronbach's Alpha Method ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ 0.80 และแบบสอบถาม ความเหมาะสมของโปรแกรมฯ 0.80 ส่วนแบบสอบถามความรู้ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ Kuder- Richarson 20 (KR 20) = 0.81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินกิจ กรรมตามโปรแกรมฯ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 20 - 24 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-60 นาที

1)คัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย(LBW) รายบุคคล 2) ประเมินสภาวะปัญหาและส่งพบแพทย์ทันที หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยความเสี่ยง แล้วจะนัดเข้า High risk clinic 3) สอนการใช้สมุดบันทึกสุขภาพสีชมพู การลงบันทึกกราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ (Vallop curve) แบบบันทึกการรับประทานอาหารใน1 สัปดาห์ สอนการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์ 4) ให้ความรู้และคำปรึกษารายกลุ่ม 5) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งเป้าหมาย เพื่อป้องกันและแก้ไขการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โดยให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วม 6) เก็บรวบรวมหรือบันทึกข้อมูล ที่เกิดจากการปฏิบัติ โดยหญิงตั้งครรภ์บันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัว 7) ผู้วิจัย กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ผ่านไลน์ส่วนตัวและไลน์กลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 25 - 28 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-60 นาที 1) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) นำข้อมูลจากการบันทึกมาวิเคราะห์และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น สิ่งที่ภาคภูมิใจ และสะท้อนปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ 2) ประเมินความสัมพันธ์ของน้ำหนักทารกกับขนาดหน้าท้องโดยการวัดขนาดหน้าท้อง เป็นเซนติเมตร ร่วมกับแปลผลกราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ 3) สนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 4) การตัดสินใจ (decision making) หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเกี่ยวกับการคงอยู่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อป้องกันและแก้ไขการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 5) การลงมือปฏิบัติ (action) หญิงตั้งครรภ์]ลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ได้วางแผนร่วมกันกับผู้วิจัยและครอบครัว โดยคนในครอบครัวช่วยสนับสนุนในสิ่งที่ปฏิบัติ พร้อมให้กำลังใจและช่วยเหลือ 6) ให้การรักษาตามภาวะเสี่ยงที่พบตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลหล่มสัก 7) ผู้วิจัย กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ผ่านไลน์

กิจกรรมครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 29 - 32 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-60 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 33 - 34 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-60 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 35 - 36 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-60 นาที

ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 6 อายุครรภ์ 37 - 40 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-60 นาที

ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับครั้งที่ 2 เพิ่มเติม

1. สรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

2. ทำแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจ หลังการทดลอง

3. ประเมินผลลัพธ์ เตรียมความพร้อมในการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม/เปรียบเทียบความเหมาะสมของโปรแกรมฯ /เปรียบเทียบคะแนนความรู้ เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ dependent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ รหัสโครงการ สสจ.พช. 1/68-06 - 17/12/68

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 76.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 อาชีพอื่นๆ (รับจ้าง,ข้าราชการ) ร้อยละ 68.0 itfy[การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 68.0 รายได้ของครอบครัวอยู่ช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 48.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.0 มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 100.0 ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ เช่น Bacteria vaginitis, UTI, STI (เช่น HIV+,Syphilis) 8 ราย ร้อยละ 32.0 รองลงมา น้ำหนักของมารดาเพิ่มขึ้น < 1 กก/เดือน เมื่อGA 20, 26, 32และ36, HF-3 cm. หรือ BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ 6 ราย ร้อยละ 24.0 และมีภาวะซีด Hct < 33% 6 ราย ร้อยละ 24.0 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2-3 ร้อยละ 48.0 ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 84.0 อายุครรภ์ตอนเข้าโครงการเฉลี่ย 20 สัปดาห์ 4 วัน ดัชนีมวลกาย ปกติ ร้อยละ 36.0

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ผลการประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้งภาพรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวม ($t = 14.60$, $p<.001$) 95%CI, พฤติกรรมด้านโภชนาการ ($t = 9.66$, $p < .001$) 95%CI, พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย ($t = 16.14$, $p < .001$) 95%CI, พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ($t = 7.86$, $p < .001$) 95%CI และ พฤติกรรมด้านด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($t = 5.41$, $p < .001$) 95%CI

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ผลการประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.48$, $p<.001$) 95%CI

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การฝากครรภ์ของโรงพยาบาลหล่มสัก พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ทั้ง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เฉลี่ย 9.52 สัปดาห์ ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 100 การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักแรกเกิดของทารก คือ การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ 4. ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

หลังทดลองได้ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ 4.30, SD 0.61) แยกรายด้าน อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านรายละเอียดโปรแกรม ($\overline{X}$ 3.92, SD 0.69) ด้านเนื้อหา ($\overline{X}$ 4.37, SD 0.92), ด้านผลลัพธ์โปรแกรม ($\overline{X}$ 4.62, SD 0.52)

การฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ และ ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง จะช่วยให้สามารถค้นพบความผิดปกติของภาวะสุขภาพแม่และลูกระหว่างการตั้งครรภ์ รวมทั้งได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และเตรียมความพร้อมของแม่ก่อนคลอด แม่ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์เด็กจะมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 (90.8%) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับการฝากครรภ์เร็วและมีคุณภาพ มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์และภาวะแรกเกิดของทารกเป็นอย่างมาก[10]

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) เริ่มจากการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) ร่วมกับการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขการคลอดทารกน้ำหนักน้อย เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ สะท้อนตนเองดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 6 ครั้ง ครั้งที่ 1-3 ห่างกัน 4 สัปดาห์ ต่อครั้ง ครั้งที่ 4-6 ห่างกัน 2 สัปดาห์ จนครบกำหนดคลอด ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ มีการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย, ด้านการจัดการความเครียด และ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา แก้วเมืองฝาง, มลิวัลย์ ประสาทไชยพร และคณะ[11]

ส่วนค่าเฉลี่ยความรู้ การป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.48$, $p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกยูร ประทุมวัน[12] มลิวัลย์ ประสาทไชยพร และคณะ พบว่า ความรู้การดูแลตนเองในการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการมีกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านต่างๆ สม่ำเสมอ บุคลากรสุขภาพสามารถให้ความรู้ได้ตรงตามความต้องการ มีการคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และ สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ไปเป็นแนวทางในการให้บริการฝากครรภ์ร่วมกับแนวปฏิบัติการฝากครรภ์ที่มีอยู่แล้ว และขยายไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหล่มสักทั้งหมดเพื่อจะได้เป็นแนวทางในการดูแลและแก้ไขปัญหาทารกน้ำหนักน้อยได้เพิ่มมากขึ้น

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนให้พยาบาลแผนกฝากครรภ์นำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ไปกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติอีกทางเลือกหนึ่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการการดำเนินงาน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มครรภ์แฝด /กลุ่มคลอดก่อนกำหนด และกลุ่มการเกิดภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intra Uterine Growth Retardation: IUGR) ที่เป็นสาเหตุของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยและพัฒนา

เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ควรศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการตนเองในระยะยาวจนกระทั่งคลอด เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยได้อย่างครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลหล่มสัก หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ที่ช่วย สนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2014). Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief Geneva. World Health Organization.https://media.tghn.org/articles/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf
2. World Health Organization. Low Birth weight [Internet]; 2023 https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/low-birth-weight-prevalence-(-)
3. กรมอนามัย.(2568). อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Rate) ระดับเขตสุขภาพ.ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr/index?year=2023
4. โรงพยาบาลหล่มสัก (2568). สรุปรายงานอนามัยแม่และเด็กประจำปี 2568. เอกสารอัดสำเนา.
5. รัตนา เพชรพรรณ, จินตนา วัชรสินธุ์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อย ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 10(1), 130-144.
6. รุจา แก้วเมืองฝาง, จักรีรัช ราชบุรี. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์. วารสารแพทย์เข 4-5, 41(2), 209-19.7. วรภรณ์ บุญจีม, ปิยะนุช ชูโต, บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยการเฝ้าติดตามตนเองต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีขณะตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(4), 177–85.
8. ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, และกาญจนา สมบัติศิรินันท์. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารสภาการพยาบาล,31(3), 67-82.
9. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. (2557). คู่มือแนวทางการบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบมืออาชีพ, อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี.
10. นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์, สุปวีณา พละศักดิ์. (2024). สถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของทารก ในเขตสุขภาพที่ 6 ปี2565. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(2), 406-413.
11. มลิวัลย์ ประสาทไชยพร, จินตนา ใจมั่น, ชัชชญา สร้อยเพชร, นิตยา ทองมา. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา,14, 121-133
12. เกยูร ประทุมวัน. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม, 2(2), 1-11.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of type 2 diabetes patients to achieve remission at Ban Non Sawang Sub-district Health Promotion Hospital, Lub Sub-district, Mueang Kalasin District, Kalasin Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 8,2026)

สุพัตรา บุญเอก[1]
Supattra Boonaak[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุไม่เกิน 75 ปี และป่วยไม่เกิน 15 ปี ระหว่างเดือน เมษายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 6 เดือน จำนวน 60 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม (เฉลี่ย = 4.34 S.D. = 0.25) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาล HbA1C ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: การดูแล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the situation of type 2 diabetes mellitus patients and the model of care for type 2 diabetes mellitus patients to achieve remission at Ban Non Sawang Sub-district Health Promotion Hospital, Tambon Lub, Mueang Kalasin District, Kalasin Province. The sample consisted of 60 type 2 diabetes mellitus patients aged no more than 75 years and with no more than 15 years of illness at Ban Non Sawang Sub-district Health Promotion Hospital, Tambon Lub, Mueang Kalasin District, Kalasin Province, between April 2025 and September 2025, a total of 6 months. The sample was selected using purposive sampling. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The results showed that after implementation, the health behaviors of type 2 diabetes mellitus patients, both overall and in each aspect, improved. At an appropriate level (average = 4.34, S.D. = 0.25), the health behaviors of type 2 diabetes patients and HbA1C levels before and after the intervention showed a statistically significant difference at the 0.05 level. After the intervention, the health behaviors of type 2 diabetes patients were higher than before the intervention.

Keywords: Type 2 diabetes care, Diabetes in remission

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่สำคัญที่สุดของสาธารณสุขโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี 2022 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 800 ล้านคน โดยร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากสถิติดังกล่าวพบว่าอัตรา

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนสว่าง

ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าเมื่อเทียบกับปี 2010 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสุขภาพกายและจิตใจ หากแต่ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เส้นประสาทเสื่อม และไตวาย อันส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพยากรทางเศรษฐกิจและศักยภาพกำลังแรงงาน ทั้งนี้ประเทศรายได้ปานกลางและต่ำจะได้รับผลกระทบมากเป็นพิเศษ เนื่องจากอัตราการเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพยังน้อยกว่าครึ่งและการตั้งรับภาระโรคของประเทศยังมีข้อจำกัด[1]

สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวานมีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2567 พบผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 6.5 ล้านคน คิดเป็นประมานร้อยละ 10 ของประชากรผู้ใหญ่[2] ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และที่น่ากังวลคือกว่าร้อยละ 40 ไม่รู้ว่าตนเองป่วย ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยฟอกไตในประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือด ตาบอด เท้าแผลเรื้อรัง รวมถึงการพิการอันเป็นภาระสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศ[2] สถานการณ์ดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนาแนวทางและระบบการดูแลผู้ป่วยในทุกระดับ

การจัดการโรคเบาหวานโดยมุ่งสู่เป้าหมายระยะสงบ (diabetes remission) เป็นแนวคิดใหม่ที่ได้รับการสนับสนุนทั้งจากองค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรค เน้นการแทรกแซงแบบองค์รวมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย และติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด การศึกษาในหลายประเทศ รวมถึงในประเทศไทย ระบุว่าหากผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อยร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม สามารถนำไปสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้สูงสุดถึงร้อยละ 46 และลดอัตราการใช้ยาหรือความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ[3] สอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น และคณะ[4] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ผลการศึกษาพบว่าผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05จากหลักฐานดังกล่าวพบว่าการขับเคลื่อนแนวทางนี้ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดต้นทุนสุขภาพและภาระของระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอายุของประชากรอย่างชัดเจน โดยการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจสังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อย่างรวดเร็ว การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงมีเป้าหมายหลักคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c < 7.0 mg%) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถป้องกัน และลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อีกทั้งการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง[5]

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเขตเทศบาลตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2566 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ 721.51, 811.72 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และปีงบประมาณ 2567 ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนแห่งนี้ยังไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ62.31 และเกิดภาวะแทรกซ้อน

ตามมา ซึ่งมาจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่แท้จริงในการดูแลตนเอง ความเชื่อและทัศนคติยังไม่เหมาะสม และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เหมาะสม ในส่วนของผู้ดูแล และชุมชน ความต้องการเข้ามาจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนแต่ยังขาดความรู้ ทักษะการดูแล และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรงเรียนเบาหวานเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ปรับทัศนคติ ตลอดจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งผู้วิจัยที่ดำเนินงาน เล็งเห็นว่าควรนำปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และความต้องการของผู้ป่วยเป็นตัวตั้งและนำแนวคิดโรงเรียนเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำท้องถิ่น และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบบริการให้กับตรงความต้องการและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่ตรงประเด็น และเกิดความยั่งยืน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ โดยมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ร่าเริงแจ่มใส และเชื่อมั่นว่าโรคเบาหวานสามรถหายได้โดยไม่ใช้ยาโดยการมารับความรู้การดูแลตนเอง เพราะโรคเบาหวานหายได้ ด้วยตัวเราเอง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ตามหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยาและตำบลหลุบได้คัดเลือกพื้นที่นำร่องจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยาที่สุขศาลาบ้านคอนเรียบหมู่ที่ 1และหมู่ที่ 11 ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีบทบาทสำคัญในฐานะหน่วยงานปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดและเข้าใจชุมชน ทำหน้าที่คัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาหลายด้าน เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ความต่อเนื่องในการรับบริการ ประสิทธิภาพการประเมินผลสุขภาพ ตลอดจนความขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทาง นอกจากนี้ การดำเนินแนวทางการดูแลแบบสหวิชาชีพและเชื่อมโยงเครือข่ายสุขภาพในชุมชนยังมีข้อจำกัดไม่สามารถขับเคลื่อนได้ทั่วถึง[6]

ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานสำหรับท้องถิ่นทั้งในด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดรูปแบบการบริการ การดำเนินการและประเมินผล เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดอัตราภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนลดภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสุขภาพ สะท้อนถึงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและตอบสนองต่อสิ่งที่ชุมชนต้องการอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experiment)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุไม่เกิน 75 ปี และป่วยไม่เกิน 15 ปี ระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึง กันยายน 2568 รวม 6 เดือน จำนวน 60 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) โดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์

2. ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างน้อย 6 เดือน

3. ค่า HbA1c 7–9% (อยู่ในเกณฑ์ที่ยังสามารถควบคุมได้และเหมาะกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต/การดูแล)

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent)

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลตามรูปแบบการวิจัยครบถ้วน

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตระยะสุดท้าย, โรคหัวใจขาดเลือดรุนแรง, โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

3. ผู้ป่วยที่มี โรคร่วมที่รุนแรง เช่น มะเร็ง, โรคตับแข็ง, วัณโรคระยะแพร่กระจาย

4. ผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลได้ (เช่น พิการรุนแรง, สภาวะสมองเสื่อม)

5. หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

6. ผู้ป่วยที่ ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมการดูแลได้ครบตามเกณฑ์ หรือไม่สะดวกติดตามผล

7. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยที่กิจกรรม/ขั้นตอนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ และการสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ(ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

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

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

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

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 พฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3.41 – 4.20 พฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม

2.61 – 3.40 พฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้

1.81 – 2.60 พฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

1.00 - 1.80 พฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .896

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

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

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แกนนำชุมชน ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวม

อยู่ในระดับพอใช้ (เฉลี่ย = 2.70 S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการกินยาและพบแพทย์ ด้านการนอนอย่างมีคุณภาพ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ควบคู่กับพฤติกรรมเนือยนิ่ง การจัดการอารมณ์และการนอนหลับ

3. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม (เฉลี่ย = 4.34 S.D. = 0.25) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับเหมาะสม ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการกินยาและพบแพทย์ ด้านการนอนอย่างมีคุณภาพ

3.1 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตาราง 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
การบริโภคอาหาร	2.72	0.45	4.35	0.33	59	-18.274	.000	-1.79138	-1.43779
การออกกำลังกาย	2.71	0.69	4.18	0.40	59	-12.866	.000	-1.69958	-1.24209
การผ่อนคลายความเครียด	2.62	0.52	4.53	0.43	59	-17.368	.000	-2.06686	-1.63981
การกินยาและพบแพทย์	2.78	0.54	4.38	0.35	59	-16.298	.000	-1.76370	-1.37797
การนอนอย่างมีคุณภาพ	2.65	0.41	4.28	0.22	59	-22.674	.000	-1.75934	-1.47400
รวม	2.70	0.37	4.34	0.25	59	-23.005	.000	-1.76661	-1.48389

จากตาราง 1 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

3.2 ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตาราง 2 ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
HbA1C	9.57	1.71	8.95	1.67	59	8.519	.000	.47947	.77387

จากตาราง 2 ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยมีค่า

HbA1C เท่าเดิม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 และมีค่า HbA1C ลดลง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พัชรินทร์ ทัพวิเศษ ได้ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ปี 2565 พบว่า Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 20.90 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 29.12 ปี 2566 Fasting blood sugar (FBS) ปกติ ร้อยละ 50.68 และ HemoglobinA1C (HbA1c) ปกติ ร้อยละ 55.01 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้[8] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากคู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ ของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[9] และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[10] ส่งผลให้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับเหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ[11] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ โดยหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และดัชนีมวลกายลดลง ทั้งนี้ บุคลากรผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนานี้มีความพึงพอใจในภาพรวมมากถึง ร้อยละ 91.60 ทำให้ระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานระดับน้ำตาล HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ โดยมีค่า HbA1C เท่าเดิม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 และมีค่า HbA1C ลดลง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 สอดคล้องกันกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น และคณะ[4] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ77.37 อายุเฉลี่ย56.01 + 9.80 BMI ผิดปกติ ร้อยละ 100.00 FBS เกินร้อยละ 77.4 และ A1C เกิน 77.4 รับประทานยา MFM ร้อยละ 97.08 Glipizide ร้อยละ 62.04 pioglitazone ร้อยละ 7.29 หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ BMI ผิดปกติ ร้อยละ 97.1 FBS เกินร้อยละ 59.5 และ A1C เกิน 32.1 รับประทานยา MFM ร้อยละ 81.38 Glipizide ร้อยละ 50.36 pioglitazone ร้อยละ 5.10 ลดขนาดยา ร้อยละ 25.18 และหยุดยา ร้อยละ 5.83 ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ระดับน้ำตาลสะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. หลังดำเนินการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ จึงควรส่งเสริมให้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเรื่องอาหาร แนวคิดเรื่องการนอน แนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย และแนวคิดการจัดการความเครียด

2. ควรส่งเสริมและขยายการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การนอน และการจัดการความเครียด อย่างเข้มงวดในสถานบริการสุขภาพระดับชุมชนอื่นๆ

3. ควรจัดหลักสูตรฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระยะยาว เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation.(2025). IDF Diabetes Atlas, 11th edn. Brussels, Belgium: 2025. Available at: https://diabetesatlas.org.
2. กรมควบคุมโรค. (2024). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2024/11/32367
3. Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., ... & Taylor, R. (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol, 7(5), 344-355.
4. เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์ ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(6). 540-50
5. Hfocus. (2024). กรมควบคุมโรคเผยคนไทยป่วยเบาหวานกว่า 6.5 ล้านคน. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2024/11/32367

6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง. (2568) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเขตเทศบาลตำบลหลุบ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์.
7. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
8. พัชรินทร์ ทัพวิเศษ.(2566) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(4) 893-99
9. กองสุขศึกษา.(2564). คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.สำหรับแกนนำสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2564
10. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย และสาธารณสุข.-- กรุงเทพฯ: พีพีมีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พริ้นท์. 2565.
11. ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น พนัดดา นักดนตรี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(4). 298-307

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์

Long-term care Management in Phetchabun.

(Received: May 27,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 7,2026)

ปกรณ์ เกียรติวุฒิอมร[1]
Pakorn Kiatvuttiamorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้กระบวนการของทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นกรอบการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ไดแก่ 1)ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 160 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย 2)ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง care giver เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ผู้นำชุมชนหรือผู้แทนชุมชน และตัวแทนจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 – เดือนพฤษภาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แบบเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจในระดับมาก โดยพบว่ามีความต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกมากที่สุด รองลงมาได้แก่ความต้องการในการจัดบริการหรือสวัสดิการสังคม และความต้องการด้านการเงินตามลำดับ ในส่วนของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ได้นำทฤษฎีระบบมาวิเคราะห์เพื่อประเมินและวิเคราะห์ระบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

คำสำคัญ: การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว,ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข,ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This study employed a cross-sectional survey research design to examine the management system of long-term care (LTC) for older persons in Phetchabun Province, Thailand. System Theory was adopted as the conceptual framework for data analysis and interpretation. The participants were divided into two groups. The first group comprised 160 public health LTC managers selected through simple random sampling. The second group consisted of 30 purposively selected participants, including family caregivers of dependent older persons , caregivers, officers responsible for LTC services, community leaders or community representatives, and representatives from elderly quality-of-life development centers. Data collection instruments included structured questionnaires, in-depth interview guidelines, and focus group discussion guidelines. Data were collected between December 2025 and May 2026. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, whereas qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings indicated that dependent older persons in Phetchabun Province demonstrated high levels of physical, social, and psychological care needs. The greatest demand was identified for assistive devices and supportive facilities, followed by social welfare services and financial support, respectively. Qualitative findings, analyzed through the lens of System Theory, revealed several critical factors influencing the effectiveness of the LTC management system.

Keywords: Long-term care, Care manager, Dependent older persons

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ”(Aging Society) ถือเป็นปรากฏการณ์สำคัญของโลกในศตวรรษที่ 21 ซึ่งส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของหลายประเทศทั่วโลก ความก้าวหน้าทางการแพทย์ การพัฒนาระบบสาธารณสุข การลดลงของอัตราการเกิด รวมถึงการมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลายประเทศกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์”(Aged Society)และ“สังคมสูงวัยระดับสุดยอด”(Super-aged Society) ซึ่งนำมาสู่ความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพ การจัดสวัสดิการสังคม การบริหารทรัพยากรและความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[1]
ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งในประเทศที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านทางประชากรอย่างรวด เร็ว โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน ช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาและมีแนวโน้มเพิ่มสูง ขึ้นในอนาคตอันใกล้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่ง ผลให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ครอบครัวและระดับนโยบายของรัฐ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม ภาวะทุพพลภาพ ภาวะเปราะบาง (Frailty Syndrome) ตลอดจนภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความต้องการบริการด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[2]

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพกายแล้ว ผู้สูงอายุยังเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจและสังคมที่รุนแรงมากขึ้น อาทิ ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม การขาดปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ความรู้สึกไร้คุณค่าและการถูกทอดทิ้ง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยว การย้ายถิ่นฐานของวัยแรงงานเข้าสู่เมืองใหญ่ รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่เพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากขาดผู้ดูแลที่เหมาะสมและต้องพึ่งพาระบบบริการสาธารณะและชุมชนมากยิ่งขึ้น[3]

สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม ต้องเผชิญกับแรงกดดันอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์ ทรัพยากรด้านการดูแลระยะยาวและการบริหารจัดการระบบบริการที่ต้องรองรับความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long-Term Care: LTC) จึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่หลายประเทศให้ความสนใจและพยายามพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูง อายุระยะยาวเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาเชิงระบบหลายประการ เช่น ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย การขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การขาดแคลนบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ งบประมาณที่ไม่เพียงพอ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ตลอดจนปัญหาการประ สานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว[4]

จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นร่วมกับสถานการณ์สุขภาพที่เป็นปัญหาจะเห็นได้ว่าประชากรสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด ซึ่งสถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดเพชรบูรณ์ สอดคล้องกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศทั้งด้านโครงสร้างประชากรและสถานการณ์ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยในฐานะทีมพี่เลี้ยงกองทุน LTC ระดับเขตสุขภาพที่ 2 ที่จะต้องบริหารจัดการ กำกับดูแล ส่งเสริมและสนับสนุน

การปฏิบัติงานตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการเข้าถึงบริการและความสุขให้กับประชาชนในพื้นที่ มีความสนใจที่จะแก้ไขปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อที่จะได้ทราบบริบทชุมชน ด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน แนวทางการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อันที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง มีคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์

2.เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

3.เพื่อประเมินแนวทางการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุด เวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (survey research by Cross-sectional Studies) ประกอบด้วยการเก็บรวบ รวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสำรวจร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร รายงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(Document Review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 272 คน ประกอบด้วย 1) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 272 แห่ง 2) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4) ผู้นำชุมชนหรือผู้แทนชุมชน 5) ตัวแทนจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยการแทนค่าในสูตร Krejcie & Morgan[5] ในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย(Simple random sampling)โดยการจับฉลาก จนครบจำนวนตัวอย่างจำนวน 160 คน ในส่วนกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน

<u>เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)</u> 1) เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง care giver เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูง อายุระยะยาว ตัวแทนจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้นำชุมชนหรือผู้แทนชุมชน 2)ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและให้ความร่วมมือโดยความสมัครใจ 3) ต้องปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุนานเกินกว่า 6 เดือน

<u>เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)</u> 1) เป็นผู้มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในขณะเก็บข้อมูล 2)ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาระหว่างดำเนินการ 3)ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งงาน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงาน การสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบกำหนดตัวเลือก (Forced Choice)

ส่วนที่ 2 ความต้องการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ทางสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความต้องการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ จำนวน 50 ข้อ ในส่วนที่ 4 เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) โดยแต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)

แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเป็นประเด็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการของบุคคลซึ่งดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อการได้รับบริการดูแลระยะยาว ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในด้านด้านบริการสุขภาพ ด้านสังคมหรือสวัสดิการทางสังคม รายได้หรือการเงิน จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะกิจกรรมในการให้บริการและการบริหารจัดการ รูปแบบหรือวิธีการดูแลระยะยาวสาหรับผู้สูงอายุ แนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจำนวน 6 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 – เดือนพฤษภาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้ 1)ระยะก่อนการศึกษา ประสานงานพื้นที่เป้าหมาย ชี้แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและประสานงานกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการศึกษา 2)การดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจนอิ่มตัว 3)สรุปถอดบทเรียน และคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ(Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าต่ำสุด ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวคิดของ ลิน คอร์นและคูบา[6]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ รหัสโครงการ สสจ.พช. 1/69 – 09 – 19/01/2569

ผลการศึกษา

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจ 160 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามครบ 160 คน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 88.13 ขณะที่เพศชายมีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 11.87 สะท้อนให้เห็นว่าบทบาทการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวยังคงเป็นบทบาทหลักของสตรีในระบบสุขภาพและชุมชน โดยเฉพาะในงานด้านการดูแลสุขภาพ การพยาบาล และการดูแลเชิงสังคม ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของระบบการดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย

ด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 รองลงมาคือช่วงอายุ 40–49 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 23.76 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมาคือสมรส จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 46.87 แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลระยะยาวอยู่ในวัยทำงานตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย ความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังเป็นกำลังสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน

ด้านระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 83.75 เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 13.75 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้และทักษะวิชาชีพในการจัดการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อน ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจและสังคม

ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20,000–29,999 บาท จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมาคือ 10,000–19,999 บาท จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 31.88 โดยมีรายได้เฉลี่ย 27,776.12 บาท สะท้อนให้เห็นถึงระดับรายได้ปานกลางของบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งมีรายได้ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับภาระงานและความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 6–10 ปี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 โดยมีค่าเฉลี่ย 10.07 ปี ด้านจำนวนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงาน พบว่าส่วนใหญ่มี 2–3 คน จำนวน 88 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.00 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.19 คน ส่วนด้านการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 84.38 ขณะที่ผู้สูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 15.62 แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์เพียงพอในการบริหารจัดการและให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นบุคคลตัวอย่างในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพการดูแลและการประสานงานในระบบ LTC

ในด้านความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าไปดูแล พบว่า ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่รายได้ไม่พอเพียงจำนวน 135 คน(ร้อยละ 84.38) พอเพียง จำนวน 25 คน(ร้อยละ 15.62) ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่แบบครอบครัวขยาย(พ่อ/แม่/ลูก/ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ญาติ) จำนวน 64 คน(ร้อยละ 40.00) รองลงมาเป็นครอบครัวเดี่ยว(มีพ่อ แม่ ลูก) จำนวน 55 คน(ร้อยละ 34.38) เครือข่ายในชุมชนที่สามารถพึ่งพาอาศัยได้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม CG จำนวน 92 คน(ร้อยละ 57.50) รองลงมา เพื่อนบ้าน จำนวน 23 คน(ร้อยละ 14.38) สิทธิ/สวัสดิการการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นบัตรทองรักษาทุกที่ จำนวน 157 คน(ร้อยละ 98.12) ข้าราชการ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.88) คนที่มาดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม CG จำนวน 82 คน(ร้อยละ 51.25) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน จำนวน 40 คน(ร้อยละ 25.00) ทีมหมอครอบครัว จำนวน 29 คน(ร้อยละ 18.12) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภาระในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวจำนวน 93 คน(ร้อยละ 58.12) ไม่มีภาระในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว จำนวน

67 คน(ร้อยละ 41.88) ไม่มีปัญหากับเพื่อนบ้าน จำนวน 160 คน(ร้อยละ 100.00) เพื่อนบ้านข้างเคียงไม่มีมาแจ้งปัญหาของตนเองที่ได้รับผลกระทบ จำนวน 136 คน(ร้อยละ 85.00) เพื่อนบ้านข้างเคียงมาแจ้งปัญหาของตนเองที่ได้รับผลกระทบ จำนวน 24 คน(ร้อยละ 15.00) ผลการศึกษาสะท้อนปัญหาสำคัญของสังคมผู้สูงอายุไทย คือ “ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ”ของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การเดินทางและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นและระบบ LTC ของไทยยังคงอาศัย “ระบบการดูแลโดยชุมชน” (Community-based Care) เป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

ในด้านสภาวะสุขภาพครอบครัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 153 คน(ร้อยละ 95.62) และสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 7 คน (ร้อยละ 4.38) โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 106 คน(ร้อยละ 69.29) โรคหัวใจและพิการ จำนวน 15 คน(ร้อยคน ละ 9.80) และโรคกระดูกและข้อต่อ จำนวน 9(ร้อยละ 5.89) ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ท่านเข้าไปดูแลมีสุขภาพ แย่กว่า จำนวน 69 คน(ร้อยละ 43.12) รองลงมาพอๆกัน จำนวน 47 คน(ร้อยละ 29.38) และแย่กว่ามาก จำนวน 17 คน(ร้อยละ 10.62) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีแนวโน้มของภาวะเสื่อมถอยด้านสุขภาพและการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้น

ในด้านระดับความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการด้านร่างกายอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยความต้องการสูงสุดคือการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ($\bar{X}$ = 4.46) รองลงมาคือวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีพ ($\bar{X}$ = 4.41) ด้านจิตใจโดยความต้องการสูงสุดคือการให้ความรู้แก่ญาติเพื่อเข้าใจผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 4.30) และการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน ($\bar{X}$ = 4.27) ด้านจัดบริการหรือสวัสดิการสังคมความต้องการสูงสุดคือการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อมและชุดทำแผล ($\bar{X}$ = 4.58) ด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก มีความต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือโดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูป เตียงปรับระดับ และรถเข็น ($\bar{X}$ = 4.55) และด้านการเงิน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์เป็นอย่างมาก ($\bar{X}$ = 4.41)

สรุปและอภิปรายผล

1.สถานการณ์การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์

ความต้องการของผู้สูงอายุต่อการดูแลระยะยาว ในกลุ่มที่พึ่งตนเองได้และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจัดบริการหรือสวัสดิการสังคมและด้านการเงิน พบว่ามีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาศิริวรรณ โอ่งวัน[7] พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลด้านการจัดบริการทางสังคม มีความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายความร่วมมืออยู่ในระดับมาก

การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการโดยชุมชนมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการหลัก ตามแนวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แต่ละแห่งมีความหลากหลายในการบริหารจัดการภายใต้ข้อจำกัดตามบริบทของแต่ละพื้นที่ อาศัยการตีความและประสบการณ์ของผู้ควบคุมกำกับ ซึ่งรูปแบบที่ดำเนินการเป็นการผสมผสานที่อาศัยหลักปฏิบัติ ข้อกำหนด ระเบียบของภาครัฐเป็นพื้นฐาน ที่สามารถสนับสนุนให้ภาคประชาชนดำเนินการได้ราบรื่น สอด คล้องกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย[8] พบว่าข้อจำกัดทั้งด้านการปฏิบัติจริงในพื้นที่และระเบียบข้อบังคับต่างๆ โดยเฉพาะระเบียบด้านงบประมาณที่ทำให้การทำงานในเชิงพื้นที่ไม่คลองตัว อำนาจใน

การตัดสินใจยังคงอยู่ในระดับนโยบายหรือขึ้นอยู่กับ สปสช.ในหลายประเด็น และใช้เกณฑ์ตามระเบียบข้อบังคับในการกำหนดรูปแบบเดียวกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ทั้งที่บริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น บริบทความเป็นชุมชนเมืองหรือชุมชนชนบท ซึ่งส่งผลให้การดำเนินโครงการยังไม่ได้ประสิทธิผลอย่างเต็มที่

สามารถจำแนกแนวทางการดำเนินงานได้ 3 รูปแบบ 1)การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้คณะกรรมการศูนย์ฯกำกับดูแลและติดตาม 2)การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับอาสาสมครบริบาลท้องถิ่น ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3)การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับมูลนิธิ หน่วยงานเอกชน ภายใต้การกำกับดูแลของสถานบริการสาธารณสุข พบว่าการดำเนินงานทั้ง 3 รูปแบบ อยู่ภายใต้ข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และวิธีจัดการของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง สมชาย ชัยจันทร และธณกร ปัญญาใสโสภณ[9] พบว่าแนวคิดการดูแลสุขภาพยังเป็นการจัดโรคมากกว่าความเจ็บป่วยและวิถีชีวิต การดูแลบางครั้งขึ้นอยู่กับแนวคิดและประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลที่แตกต่างหลากหลายและนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตรงกับธัญวรัตน์ ทองเงิน,ศริยามน ติรพัฒน์และยุวนุช สัตยสมบูรณ์[10] พบว่าหากบุคคลนั้นมีการบริการงานที่ดีย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

การศึกษาถึงสถานการณ์ความต้องการในผู้สูงอายุและการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้กระบวนการของทฤษฎีระบบ (System Theory)[11] มาใช้ในการอธิบายผลการศึกษา

ปัจจัยนำเข้า

เมื่อทำการศึกษาถึงปัจจัยนำเข้าในด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ที่ให้การดูแลอย่างเป็นทางการ คือ บุคลากรทางวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเป็น Care manager และ Care giver ส่วนผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ คือครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน พบว่าสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อ Care manager และ Care giver อยู่ในระดับเต็มความสามารถที่จะรับเพิ่มได้อีก หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นคุณภาพในการดูแลอาจลดลง เพื่อที่จะครอบคลุมทุกคน

แหล่งงบประมาณที่สำคัญในพื้นที่ ได้แก่ งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการสนับสนุนงบประมาณบ่อยครั้ง เกิดความสับสนของผู้ปฏิบัติงาน แต่สามารถดำเนินการสำเร็จได้ด้วยการประสานงานการและมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา แก้วเมือง[12] พบว่าการดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

การดำเนินงานในบางพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ยังคงมีช่องว่างของช่วงระยะเวลาดำเนินการ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากผู้รับผิดชอบงานใหม่ไม่สามารถดำเนินการทันที เนื่องจากหลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นการให้บริการด้านการพยาบาลมากกว่าการจัดการด้านระบบการดูแล ซึ่งมีการแก้ไขโดยการอบรมให้ความรู้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลบริหารจัดการโครงการ

ด้านระบบ ซึ่งการดำเนินงานตามนโยบายผู้สูงอายุระยะยาว มีหลายหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อีกทั้งภาครัฐมีนโยบายการเพิ่มบุคลากรช่วยในการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงาน

ต่างๆ โดยที่จะไม่เป็นภาระหนักในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำงานตามกรอบงานระยะเวลาที่กำหนด มีรายได้ประจำจากการทำงาน การดำเนินงานขึ้นตามบริบทของพื้นที่ ด้วยข้อจำกัดของบุคลากร งบประมาณ นโยบาย แต่ยังคงดำเนินงานอยู่ในกรอบการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด สอดคล้องกับชิดชนก พวงเพ็ชร์[13] พบว่าเทศบาลตำบลต่างมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแง่การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงวัย แตกต่างในบริบทพื้นที่และทรัพยากรทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานแตกต่างกัน

ด้านกระบวนการการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ จากองค์ความรู้ใหม่หรือแนวทางการดำเนินงานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาซึ่งจะสามารถตอบโจทย์และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ กรอบการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของทนงค์ ดวงมุกพะเนาว์ ชวลิต ศรีสมพจน์ และรัศมิ์ชญาณ์ จิระพงษ[14] พบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองความเสี่ยง ค้นหาโรคก่อนป่วย ซึ่งการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยทีมผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การจัดบริการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชนการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การประเมินสภาพผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลการดำเนินการคัดกรองและประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิต ประจำวัน (ADL)ของผู้สูงอายุ ส่วนมากดำเนินการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีส่วนช่วยลดค่าใช้จ่ายและภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลของครอบครัวได้อย่างมาก สอดคล้องกับมนัสศรา อัจฉริยะเมธากุล[15] พบว่าการให้บริการภายใต้โครงการ LTC ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ คงมีบางแห่งที่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากการบริหารจัดการไม่ดีพออันอาจส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ดีเท่าที่ควร

ด้านผลลัพธ์ จากการศึกษาทำให้ทราบถึงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อยู่ในการดูแลของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ข้อตกลงระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(กปท.) โดยใช้งบประมาณกองทุน LTC ผ่านการจัดการดูแลโดย Care manager จากการประเมินผ่านแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่าสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนดำเนินการดูแลและอีกครั้งเมื่อครบกำหนด 12 เดือน พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีสุขภาพแย่กว่าเดิม ร้อยละ 43.12 และแย่กว่ามาก ร้อยละ 10.62 ซึ่งสวนกับผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของญาติ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีความพึงพอใจในการดูแลในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการเจ็บป่วยมานานกว่า 5 ปีขึ้นไป ไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเท่าคนปกติได้ แต่มีความประทับใจที่สามารถดูแลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนได้ถึงปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมายาวนาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างเหมาะสม

ทั้งจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข สอดคล้องกับนัชชา แกหลิ่ง[16] พบว่าความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกลุ่มอาสาสมัครชุมชนอยู่ในระดับมาก ต่างจากเดิมที่ครอบครัวในกลุ่มอาสาสมัครชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

2. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)

1.มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ผู้รับผิดชอบงานบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจทักษะในการนำเข้าข้อมูลของโปรแกรมที่กำหนด

2.ระบบการสนับสนุนงบประมาณ นโยบายการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ดำเนินการล่าช้าไม่ตรงเวลาที่กำหนด

3.ในบางพื้นที่ขาดการประสานงานของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบในด้านการส่งต่อข้อมูลข่าวสาร รวมไปถึงการส่งคืนกลับของข้อมูลข่าวสารสู่ชุมชน

4.ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานดูแล เนื่องจากค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ และภาระงานมีจำนวนมาก

3 แนวทางการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.ภาครัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณในการฝึกอบรม/ฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้มีองค์ความรู้ มีความสามารถปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพ การจัดการด้านเอกสาร การบริหารจัดการโครงการและงบประมาณได้ตามแนวทางที่กำหนด

2.ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.)/กองทุน LTC ของสำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ ควรออกชี้แจงแนวทาง นโยบายการดำเนินงานที่เปลี่ยนแปลงให้ภาคีเครือข่ายได้เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน

3.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นเจ้าภาพหลักในการเป็นผู้ประสานงานของหน่วยงานและภาคีเครือข่าย การส่งต่อข้อมูลข่าวสาร การวางแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการส่งคืนข้อมูลกลับให้กับชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรแจ้งปัญหาอย่างเป็นทางการ เรื่องการขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และภาระงานมีจำนวนมากต่อสำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติ เพื่อหาหนทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.จังหวัดเพชรบูรณ์ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่

2.ควรพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งด้านการประเมินภาวะพึ่งพิง การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการป้องกัน ไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางแย่ลง

3.ภาครัฐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอ เช่น ค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ งบประมาณสำหรับการปรับปรุงบ้าน อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและงบประมาณบริหารจัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.หน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมการ วางแผนด้านบุคลากร การจัดการ งบประมาณ ทรัพยากร ระยะเวลา การดำเนินงาน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.สามารถนำผลการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ ไปผนวกเข้ากับแผนงานการจัดบริการของโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

3.ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเพชรบูรณ์ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟูร่างกาย การประเมินและวางแผน การดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล โดยคำนึงถึงระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพ และบริบทครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาและประเมินด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความโดดเดี่ยวทางสังคม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อประกอบใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมมิติด้านจิตสังคมมากยิ่งขึ้น และการเสริมสร้างศักยภาพ พัฒนาความรู้และทักษะ ของผู้ดูแลผ่านกระบวนการอบรม การปฏิบัติจริง และการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

2.ควรศึกษารูปแบบการวิจัยและพัฒนา เพื่อค้นหารูปแบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน อันที่จะส่งเสริมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.ควรศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในเชิงลึก เพื่อออกแบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562. [อินเตอร์เน็ต].2568[สืบค้นเมื่อ 21 ม.ค.2569]. เข้าถึงจาก : http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635859856-984_0.pdf

2.โชติกา สมสุวรรณ อภิญญา เยาวบุตร.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี.วารสารการพยาบาลและการศึกษา.นนทบุรี 2566;3:93-109

3.พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ กัญญาวีณ์ โมกขาว และอภิสรา วงศ์สละ.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.นนทบุรี 2567;1:36-46

4.นาฎอนงค์ เจริญสันติสุข พงศธร พอกเพิ่มดีและเชาวรินทร์ คำหา.ฉากทัศน์อนาคตระบบสุขภาพไทยใน 10 ปีข้างหน้าและข้อเสนอด้านระบบและนโยบายสุขภาพ.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;3:312-334

5..มารยาท โยทองยศ ปราณี สวัสดิสรรพ์. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย.[อินเตอร์เน็ต].2568[สืบค้นเมื่อ 26 ธ.ค.2568]. เข้าถึงจาก : http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf

6.จันทร์ศิริ บัวต๋ำ.การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ใน รพ.สต.ชอนสมบูรณ์ อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต].กรุงเทพ:มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์;2561.

7.ศิริวรรณ โอ่งวัน.ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2564.

8.สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.โครงการการวิเคราะหประสิทธิผลของการใหบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผูสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธาน (รายงานการวิจัย) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสรางเสริมสุขภาพ. 2560 :44

9.พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง สมชาย ชัยจันทร และธณกร ปัญญาใสโสภณ.การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโนนประดู่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ขอนแก่น 2565;3:22-23.

10.ธัญวรัตน์ ทองเงิน,ศริยามน ติรพัฒน์และยุวนุช สัตยสมบูรณ์.ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทย.วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข.กรุงเทพ 2567;10:341-343

11.OnlineMSWPrograms.com and edX are owned by 2U.Introduction to systems theory in social work. [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 18]. Available from: https://www.onlinemswprograms.com/social-work/theories/systems-theory-social-work/

12.สุพัตรา แก้วเมือง. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต].มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม;2563.

13.ชิดชนก พวงเพ็ชร์.บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี.[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต].กรุงเทพ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2567.

14.ทนงค์ ดวงมุกพะเนาว์ ชวลิต ศรีสมพจน์และรัศมิ์ชญาณ์ จิระพงษ์.การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี.วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2568;1:129-130.

15.มนัสศรา อัจฉริยะเมธากุล การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] กรุงเทพ:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;2562.

16.นัชชา แกหลิ่ง.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเชียงเครือ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ.[อินเตอร์เน็ต].2568[สืบค้นเมื่อ 26 ธ.ค.2568]. เข้าถึงจาก: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20250702105637.pdf

การพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Outpatient Family Psychoeducation Group Activities for the Treatment of Methamphetamine Users at Nakhu Hospital, Kalasin Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 8,2026)

อังคเรศ บุตรศรีรักษ์[1]
Angkares Bootsrirak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา (2) พัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอก และ (3) ประเมินผลการพัฒนากิจกรรมดังกล่าวสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมสมาชิกครอบครัว จำนวนวงรอบละ 15 คู่ ดำเนินการทั้งหมด 2 วงรอบ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความเข้าใจ แบบบันทึกการดำเนินกิจกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรม และแบบบันทึกการสะท้อนผลหลังกิจกรรม (AAR) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 กลไกการเสพติดและผลของเมทแอมเฟตามีนต่อสมอง ครั้งที่ 2 ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว ครั้งที่ 3 เส้นทางการฟื้นสภาพและการจัดการภาวะกลับสู่การเสพซ้ำ ครั้งที่ 4 ทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ และครั้งที่ 5 การวางแผนการดูแลครอบครัว การใช้ชีวิตร่วมกัน และการส่งเสริมสุขภาวะของสมาชิกครอบครัว ทุกครั้งมีสื่อประกอบที่หลากหลาย ได้แก่ สไลด์ประกอบการบรรยาย ใบงาน ใบกรณีศึกษา บัตรสถานการณ์ และใบสรุปความรู้ประจำครั้ง ด้านผลการประเมิน ผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพเมทแอมเฟตามีนหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และและอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมครบโปรแกรมของผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวในวงรอบที่ 2 สูงกว่าวงรอบที่ 1

คำสำคัญ: กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เมทแอมเฟตามีน

Abstract

This study was an action research aimed at (1) examining the situational problems of existing family psychoeducation group activities, (2) developing outpatient family psychoeducation group activities, and (3) evaluating the outcomes of the developed activities for the treatment of methamphetamine users. The research participants consisted of treatment recipients and their family members, with 15 pairs per cycle across two implementation cycles. The research process was conducted in three phases. Data were collected using a secondary data recording form, in-depth interview guides, a knowledge comprehension questionnaire, an activity participation and implementation record form, and an After Action Review (AAR) reflection record. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the family psych education group related content into 5 consolidated sessions, comprising: Session 1, mechanisms of addiction and the effects of methamphetamine on the brain; Session 2, the physical, psychological, and familial impacts of methamphetamine use; Session 3, pathways to recovery and relapse management strategies; Session 4, constructive communication skills; and Session

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

5, family care planning, harmonious cohabitation, and the promotion of family members' well-being. Each session incorporated diverse instructional media, including presentation slides, worksheets, case study sheets, situation cards, and session summary handouts. Regarding the evaluation outcomes, treatment recipients in the second cycle demonstrated significantly higher mean comprehension scores concerning addiction mechanisms and methamphetamine cessation following program participation than those in the first cycle at a statistical significance level of .05, and the program completion rate among participants in the second cycle was higher than that of the first cycle.

Keywords: Family Psychoeducation Group Activities, Outpatient Treatment, Methamphetamine

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้ามีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนทั่วโลกประมาณ 30 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรอายุ 15-64 ปี[1] สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดรายงานว่ายาบ้าเป็นยาเสพติดที่พบมากที่สุดในคดียาเสพติดถึงร้อยละ 75[2] ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือราคายาบ้าในชุมชนลดลงเหลือเพียงเม็ดละ 30-100 บาท ทำให้การเข้าถึงง่ายขึ้นและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ปัญหาขยายวงกว้างมากขึ้น การใช้เมทแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ใช้มีอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว[3] และถ้ามีการใช้ระยะยาวจะทำให้สมองปรับตัวลดความไวต่อสาร ผู้ใช้จึงต้องเพิ่มขนาดการใช้เพื่อให้ได้ผลเช่นเดิม ซึ่งนำไปสู่การเสพติด[4] นอกจากนี้ยังเกิดความเสื่อมของระบบประสาทและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท ความวิตกกังวล รวมทั้งปัญหาด้านความจำ สมาธิ และการตัดสินใจที่อาจคงอยู่แม้หลังหยุดใช้แล้ว[5] ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อผู้ใช้เท่านั้น แต่ยังกระทบครอบครัวในด้านความสัมพันธ์ ภาระการดูแล และความเครียดของสมาชิกในครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เน้นปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรกเป็นระยะบำบัดแบบเข้มข้น 16 สัปดาห์ และช่วงที่ 2 เป็นระยะติดตามการบำบัด 12 เดือน กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาถือเป็นส่วนสำคัญของระยะบำบัดแบบเข้มข้นที่มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เข้ารับการบำบัดและครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุของยาเสพติด กลไกการเสพติดและเลิกเสพ รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยใช้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยเสริม โดยมีเนื้อหา 12 หัวข้อ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-1.5 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีเป้าหมายสี่ประการ คือ นำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติดและฟื้นฟู ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวเข้าใจผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่งเสริมดูแลตนเองของสมาชิก และสร้างบรรยากาศเป็นมืออาชีพที่ให้เกียรติและศักดิ์ศรีแก่ผู้เข้ารับบำบัด[6]

การศึกษาของ กฤศ กุลบุตรดี และคณะ[7] พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีครอบครัวและชุมชนเข้าร่วมในโปรแกรมการบำบัดมีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาและสารเสพติด ความมุ่งมั่นในการหยุดใช้ยา และความตั้งใจในการมารับบริการบำบัดรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครวัฒน์ เพียวพงภควัต[8] ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกเสพเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การปรับประยุกต์โปรแกรมให้เหมาะสม

กับบริบทสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดได้ การศึกษาของ วิภากรณ์ ปัญญาดี[9] พบว่า การประยุกต์โปรแกรม Matrix โดยเพิ่มกิจกรรม One Day Camp, Family Camp และกิจกรรมจิตอาสา ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แม้จะมีหลักฐานวิจัยสนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการปรับประยุกต์โปรแกรมช่วยเพิ่มประสิทธิผลการบำบัด แต่ในทางปฏิบัติยังพบอุปสรรคสำคัญในการนำไปใช้ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ได้เปิดบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกภายใต้ชื่อ "คลินิกฟ้าใส" จากข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเข้ารับการบำบัดจำนวน 60, 86 และ 126 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากกว่าหนึ่งเท่าตัว จากการทบทวนงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้เข้ารับบำบัดและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาครบทั้ง 12 ครั้งเพียงร้อยละ 28 ส่วนใหญ่เข้าร่วม 4-6 ครั้ง หรือคิดเป็นเพียงครึ่งหนึ่งของโปรแกรม สาเหตุหลักมาจากข้อจำกัดด้านเวลา การเดินทาง ภาระงาน และไม่เข้าใจถึงความสำคัญของกิจกรรม ผลที่ตามมาคือผู้เข้ารับบำบัดและครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและเลิกเสพ และขาดทักษะในจัดการปัญหาที่ถูกต้อง เมื่อติดตามผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำภายใน 6 เดือนสูงกว่าผู้ที่เข้าร่วมครบถึง 2.3 เท่า แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรมเดิมยังไม่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาคู และขาดความยืดหยุ่นในจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้เข้ารับการบำบัดและครอบครัว

จากสภาพปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้เกิดรูปแบบกิจกรรมที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้คาดหวังว่าจะช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพเมทแอมเฟตามีนแก่ผู้เข้ารับการบำบัด รวมถึงเสริมสร้างความเข้าใจในกลไกการเสพติดและบทบาทของสมาชิกครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนมุ่งเพิ่มอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนครบโปรแกรมที่กำหนด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์เป็นรูปแบบต้นแบบสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา และประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

วิธีการวิจัย

รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 รวม 8 เดือน โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนากิจกรรมตามวงจร PAOR จำนวน 2 วงรอบ และระยะที่ 3 การประเมินผล

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Selection) จากผู้ลงทะเบียน

เข้ารับการบำบัดในโปรแกรม Matrix Program ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ให้ข้อมูลในระยะศึกษาสถานการณ์ คือ ผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมสมาชิกครอบครัวที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบเกณฑ์ จำนวน 5 คู่ รวม 10 ราย (2) ผู้เข้าร่วมวิจัยวงรอบที่ 1 จำนวน 15 คู่ รวม 30 ราย และ (3) ผู้เข้าร่วมวิจัยวงรอบที่ 2 จำนวน 15 คู่ รวม 30 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มวงรอบที่ 1

คุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย กำหนดให้ผู้เข้ารับการบำบัดต้องเป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นหลัก มีสภาวะจิตคงที่ สื่อสารได้ปกติ และมีสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 1 คนร่วมด้วย ส่วนสมาชิกครอบครัวต้องเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัดอย่างแท้จริง ทั้งสองฝ่ายต้องยินยอมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย คัดออกผู้ที่มีอาการทางจิตเวชเฉียบพลัน พฤติกรรมก้าวร้าว หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยตาม Bloom's Taxonomy ฉบับปรับปรุง (Anderson et al., 2001) ร่วมกับแนวทางของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช., 2568) และ (2) สื่อและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม ได้แก่ สไลด์นำเสนอ ใบความรู้ ใบงาน และสื่อวีดิทัศน์

ประเภทที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ชนิด ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ มีโครงสร้างตาราง 26 ตัวแปร จัดเป็น 7 หมวด ใช้เก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) (2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง แบ่งเป็น 2 ฉบับตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ครอบคลุม 4 หัวข้อหลัก (3) แบบสอบถามสำหรับผู้เข้ารับการบำบัด เป็นมาตรวัดความเข้าใจแบบ Likert 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้านเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพ (4) แบบสอบถามสำหรับสมาชิกครอบครัว มีโครงสร้างคู่ขนานกับชุดที่ 3 จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้านเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและบทบาทครอบครัว และ (5) แบบบันทึกการดำเนินกิจกรรมและแบบบันทึก AAR สะท้อนผลกิจกรรม โดยใช้กระบวนการ After Action Review มีคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ความคาดหวัง สิ่งที่เกิดขึ้นจริง สาเหตุของความแตกต่าง และข้อเสนอเพื่อการปรับปรุง

เครื่องมือทุกชนิดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าระหว่าง 0.67–1.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.50) ทุกรายการ ส่วนแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดได้รับการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าชุดผู้เข้ารับการบำบัดมีค่า α = 0.92 และชุดสมาชิกครอบครัวมีค่า α = 0.91 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.70) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba (1985) ใน 4 มิติ ได้แก่ Credibility, Transferability, Dependability และ Confirmability

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (กุมภาพันธ์ 2568) ผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีจากเวชระเบียนคลินิกฟ้าใส เพื่อศึกษาแนวโน้มและอัตราการเข้าร่วมกิจกรรม ควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อค้นหาอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วม นำข้อมูลทั้งหมดใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรม

ระยะที่ 2 การพัฒนากิจกรรม (กุมภาพันธ์–กันยายน 2568) ดำเนินการตามวงจร PAOR 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

คือ (1) Plan: ออกแบบหรือปรับปรุงกิจกรรมและสื่อโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (2) Action: ดำเนินกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษากับกลุ่มเป้าหมาย (3) Observation: ประเมินความเข้าใจก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และ (4) Reflection: จัดสนทนากลุ่มด้วยกระบวนการ AAR เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะนำไปปรับปรุงในวงรอบถัดไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลจากทั้งสองวงรอบเป็นรูปแบบกิจกรรมฉบับสมบูรณ์ เปรียบเทียบผลต่างคะแนนความเข้าใจและอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างสองกลุ่มเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบความเข้าใจก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมภายในกลุ่ม และ Independent Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles and Huberman (1994) ผ่าน 3 ขั้นตอน ได้แก่ การลดทอนข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการสรุปและยืนยันข้อสรุป โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของผล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 316/2567 ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด และข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวมเพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัว

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2565–2567) ของผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 272 ราย ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลนาคู พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 93.40) วัยแรงงานที่มีอายุเฉลี่ย 36.87 ปี (S.D. = 11.02) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.80) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป และมีสถานภาพสมรส โดยลักษณะประชากรดังกล่าวมีความคงที่สม่ำเสมอตลอดทั้งสามปีงบประมาณ ผู้เข้ารับการบำบัดทุกรายมีเมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดหลัก มีค่ามัธยฐานระยะเวลาการใช้สารเสพติดรวมเท่ากับ 6 ปี 6 เดือน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในแต่ละปี (จาก 4 ปี 11 เดือน ในปี 2565 เป็น 7 ปี 6 เดือน ในปี 2567) และพบการใช้สุราและกัญชาร่วมในสัดส่วนสูง (ร้อยละ 60.30 และร้อยละ 39.70 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ผ่านการบำบัดมาแล้ว 1–2 ครั้ง (ร้อยละ 58.10) เข้าสู่ระบบโดยความสมัครใจ (ร้อยละ 65.10) และได้รับการส่งต่อโดยตนเองหรือครอบครัวเป็นหลัก (ร้อยละ 39.70) ทั้งนี้ แม้อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาในภาพรวมจะอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.40 เข้าร่วม 9–12 ครั้ง) แต่ยังคงพบอัตราการเสพซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังการบำบัดร้อยละ 33.50

การสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว 5 คู่พบอุปสรรคสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ด้านรูปแบบกิจกรรม คือการบรรยายเชิงวิชาการเป็นหลัก ภาษาเฉพาะทางที่เข้าใจยาก และโอกาสมีส่วนร่วมน้อย ทำให้รับรู้เป็นการเรียนในชั้นเรียนมากกว่าการบำบัดรักษา (2) ด้านโลจิสติกส์ คือ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย และวันเวลาที่ขัดกับการประกอบอาชีพ และ (3) ด้านสังคม คือการถูกตีตราทั้งในระดับชุมชนและครัวเรือน รวมถึงภาระการดูแลสมาชิกในบ้าน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายระบุ

ว่าได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะความเข้าใจว่าการติดยาเป็นโรค และ 6 ใน 10 รายรายงานว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีทิศทางดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม ข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ การปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของเกษตรกรและแรงงานในชนบท เพิ่มพื้นที่สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีบุคลากรเป็นสื่อกลาง และปรับความยืดหยุ่นด้านวันเวลา ข้อค้นพบเหล่านี้นำมาเป็นฐานในการกำหนดหลักการออกแบบกิจกรรมในระยะที่ 2

2. ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

2.1 การปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ตามแนวคิดวงจรพัฒนา (PAOR) วงรอบที่ 1

ผู้เข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 1 ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.70) มีอายุเฉลี่ย 33.60 ปี ($S.D. = 9.53$) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 40.00) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.30) ภาพรวมมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการใช้เมทแอมเฟตามีนเท่ากับ 3 ปี 7 เดือน โดยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดมาน้อยกว่า 4 ปี (ร้อยละ 60.00) มีความถี่ในการใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือ 2–3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 46.70) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม (ร้อยละ 53.30) และไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อน (ร้อยละ 46.70) และ (2) กลุ่มสมาชิกครอบครัวจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) มีอายุเฉลี่ย 36.27 ปี ($S.D. = 9.05$) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 33.30) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 46.70) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.00) และมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้เข้ารับการบำบัด (ร้อยละ 53.30) โดยมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดเท่ากับ 3 ปี 7 เดือน ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษามาก่อน (ร้อยละ 60.00) และพบปัญหาสุขภาพจิตหรือความเครียดจากการดูแลเป็นครั้งคราวมากที่สุด (ร้อยละ 40.00)

ขั้นวางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดหลักการออกแบบกิจกรรม 4 ด้านจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 ได้แก่ การปรับเปลี่ยนภาษาและการสื่อสารโดยใช้ภาษาถิ่นแทนศัพท์วิชาการ, การเพิ่มกิจกรรมเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของเวลาในแต่ละครั้ง, การลดจำนวนครั้งของกิจกรรมจาก 12 ครั้ง เหลือ 8 ครั้ง และการสร้างบรรยากาศกลุ่มที่ปลอดภัยโดยไม่ตัดสิน จากนั้นนำมาพัฒนาเป็นแผนกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยคัดสรรและปรับปรุงเนื้อหาจากคู่มือสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 โดยทำการตัดเนื้อหาที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนออก เช่น เนื้อหาเรื่องสุราและร่างกาย, กลุ่มช่วยเหลือกันเองตามหลัก 12 ขั้นตอน, โรคพิษสุราเรื้อรัง และกัญชากับกระบวนการฟื้นคืนสภาพ และควบรวมเนื้อหาที่มีความเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ส่งผลให้กิจกรรมครั้งที่ 1–7 มีสัดส่วนกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมร้อยละ 44–56 และครั้งที่ 8 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 78 เนื่องจากเน้นการจัดทำแผนดูแลครอบครัวและนำเสนอผลงานร่วมกัน ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) รายด้านอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่า IOC รวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($IOC \geq .50$)

ขั้นปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 15 คู่ (รวม 30 ราย) ระหว่างเดือนเมษายน–พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยจัดกิจกรรมทุกวันพุธอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ณ ห้องกลุ่มบำบัดคลินิกฟ้าใส ภาพรวมสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามโครงสร้างและกรอบเวลาที่

กำหนด ทว่ามีการปรับเปลี่ยนเชิงกระบวนการระหว่างดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ปรับกิจกรรมกลุ่มเล่าเรื่องชีวิตเป็นการใช้เทคนิคซักถาม-ตอบแทน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยยังอยู่ในระยะสร้างความคุ้นเคยและไม่พร้อมเปิดเผยประสบการณ์ส่วนตัว และครั้งที่ 5 ปรับเพิ่มเวลาช่วงบรรยายจาก 25 นาที เป็น 35 นาที และลดเวลากิจกรรมบทบาทสมมติลงเหลือ 35 นาที เนื่องจากเนื้อหามีปริมาณมากและผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามต่อเนื่อง ทั้งนี้ การปรับเปลี่ยนทั้งสองครั้งสามารถบริหารจัดการได้ภายในกรอบเวลา 90 นาที โดยไม่กระทบต่อเนื้อหาหลักของโปรแกรม

ขั้นสังเกต (Observing) ผลการสังเกตการณ์พบข้อเท็จจริงใน 4 มิติหลัก ได้แก่ มิติที่ 1 รูปแบบการจัดที่นั่ง มีการพัฒนาการจากการนั่งแยกกันในครั้งที่ 1 เริ่มขยับมานั่งผสมผสานในครั้งที่ 3–4 และเปลี่ยนเป็นการนั่งร่วมกันเป็นคู่ทุกคู่ตั้งแต่ครั้งที่ 7 เป็นต้นไป มิติที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วม สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระดับน้อยในครั้งที่ 1–2 สู่ระดับปานกลางในครั้งที่ 3–5 และพัฒนาสู่ระดับมากถึงมากที่สุดในครั้งที่ 6–8 ขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีระดับการมีส่วนร่วมคงที่อยู่ในระดับปานกลางถึงมากตลอดทั้ง 8 ครั้ง มิติที่ 3 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พบพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกอย่างชัดเจนรวม 2 ครั้งในสมาชิกครอบครัวรายเดียวกัน (ในกิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 8) และ มิติที่ 4 การพิทักษ์สิทธิ์ พบเหตุการณ์ที่ต้องดำเนินการตามเกณฑ์จริยธรรมการวิจัย (Protocol) จำนวน 1 ครั้งในครั้งที่ 6 ซึ่งผู้วิจัยสามารถจัดการได้ตามแนวทางที่กำหนด สำหรับอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยของผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวอยู่ที่ร้อยละ 95.00 และร้อยละ 91.70 ตามลำดับ โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าเกณฑ์การจำหน่ายออก (Discharge) จำนวน 2 คู่ ส่งผลให้มีผู้ผ่านครบกระบวนการวิจัยจำนวน 13 คู่ (ร้อยละ 86.67) เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์หลังสิ้นสุดวงรอบ พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด (n = 13) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย (M = 1.87, S.D. = 0.25) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (M = 3.56, S.D. = 0.26) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -62.03$, $df = 12$, $p < .001$) โดยคะแนนรายด้านสูงขึ้นทุกด้าน ยกเว้นด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.17, S.D. = 0.28) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มสมาชิกครอบครัว (n = 13) มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับน้อย (M = 1.95, S.D. = 0.20) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (M = 3.57, S.D. = 0.15) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -43.78$, $df = 12$, $p < .001$) โดยพบว่าด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (M = 2.86, S.D. = 0.19)

ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) ผลการสนทนากลุ่มหลังสิ้นสุดกิจกรรม (After Action Review: AAR) ร่วมกับผู้ผ่านกระบวนการครบทั้ง 26 ราย พบว่า กิจกรรมครั้งที่ 4 (หัวข้อพฤติกรรมเอื้อต่อการติดยา) และครั้งที่ 7 (หัวข้อทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์) เป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมได้รับประโยชน์สูงสุด โดยมีปัจจัยความสำเร็จหลักประกอบด้วย การใช้ภาษาถิ่น, การกำหนดกฎกติกากลุ่มที่ไม่ตัดสิน และการฝึกทักษะผ่านบทบาทสมมติ (Role-play) สำหรับจุดที่ต้องปรับปรุงแบ่งตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ (1) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญสูง (High Priority) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรมละลายพฤติกรรมในครั้งที่ 1 เนื่องจากระบบเดิมขาดช่วงเวลาสร้างความคุ้นเคย, การปรับปรุงสื่อการสอนเรื่องกลไกสารโดปามีนในครั้งที่ 2 เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น และการปรับโครงสร้างเวลาในครั้งที่ 5 เพื่อไม่ให้เวลากิจกรรมบทบาทสมมติลดลง และ (2) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญปานกลาง (Medium Priority) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การเพิ่มใบสรุปความรู้ประจำครั้ง, การพัฒนาระบบติดตามสมาชิกครอบครัวที่ขาดกิจกรรม, การเพิ่มตัวอย่างสถานการณ์จำลองจากบริบทพื้นที่ในกิจกรรม

บทบาทสมมติ และการเพิ่มเนื้อหาการดูแลสุขภาวะทางจิตของสมาชิกครอบครัว ซึ่งข้อค้นพบและการสะท้อนผลทั้งหมดในวงรอบที่ 1 นี้ ผู้วิจัยจะนำไปใช้เป็นฐานในการวางแผนขับเคลื่อนการวิจัยปฏิบัติการในวงรอบที่ 2 ต่อไป

2.2 การปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ตามแนวคิดวงจรพัฒนา (PAOR) วงรอบที่ 2

ผู้เข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 2 ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.00) มีอายุเฉลี่ย 33.67 ปี (S.D. = 7.83$) พบกลุ่มอายุ 35–39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 26.67) มีสัดส่วนระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 26.67) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 46.67) และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.67) มีค่ามัธยฐานระยะเวลาการใช้เมทแอมเฟตามีนเท่ากับ 6 ปี 4 เดือน โดยพบช่วงเวลาใช้ยา 4 ปี 1 เดือนถึง 8 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) มีความถี่ในการใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือ 2–3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 46.70) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม (ร้อยละ 60.00) และไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อน (ร้อยละ 60.00) และ (2) กลุ่มสมาชิกครอบครัวจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) มีอายุเฉลี่ย 36.27 ปี (S.D. = 9.05) พบกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.33) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 53.33) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 80.00) และมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาหรือพี่น้องของผู้เข้ารับการบำบัดในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 33.33) มีค่ามัธยฐานระยะเวลาการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดเท่ากับ 3 ปี 7 เดือน โดยพบช่วงเวลาการดูแล 4 ปี 1 เดือนถึง 8 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษามาก่อน (ร้อยละ 66.67) และพบปัญหาสุขภาพจิตหรือความเครียดจากการดูแลเป็นครั้งคราวมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) ทั้งนี้ กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองวงรอบมีลักษณะทางประชากรและการใช้สารเสพติดที่ใกล้เคียงกัน ทว่าในวงรอบที่ 2 ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานระยะเวลาใช้ยานานกว่าและสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่หลากหลายกว่าวงรอบที่ 1

ขั้นวางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดหลักการออกแบบกิจกรรมจำนวน 6 ด้าน จากข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในวงรอบที่ 1 โดยแบ่งเป็นหลักการที่ปรับปรุงต่อยอดจากวงรอบที่ 1 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ (1) การปรับเปลี่ยนภาษาและการสื่อสารพร้อมทั้งเพิ่มสถานการณ์จำลองจากบริบทพื้นที่ลงในกิจกรรมบทบาทสมมติ (2) การเพิ่มกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและปรับโครงสร้างเวลาพร้อมเสริมใบความรู้สรุปเนื้อหาแบบย่อในทุกครั้ง (3) การลดจำนวนครั้งของกิจกรรมจาก 8 ครั้ง เหลือ 5 ครั้งพร้อมจัดทำระบบติดตามผู้เข้าร่วมวิจัย และ (4) การสร้างบรรยากาศกลุ่มที่ปลอดภัยพร้อมเพิ่มกิจกรรมละลายพฤติกรรมเป็นเวลา 15 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 และ หลักการที่กำหนดขึ้นใหม่เพิ่มเติมจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ (5) การปรับปรุงสื่อวิดีโอโดปามีนโดยใช้เทคนิคภาพอุปมาอุปไมยและยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมจากบริบทวิถีชีวิตชนบทแทนการอธิบายเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์ล้วน พร้อมทั้งลดเวลาการรับชมจาก 20 นาที เหลือ 15 นาที และ (6) การเพิ่มเนื้อหาการดูแลสุขภาวะทางจิตของสมาชิกครอบครัวพร้อมจัดสรรสื่อสนับสนุนการเรียนรู้ จากนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาแผนกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง โดยทำการควบรวมเนื้อหาที่มีความเชื่อมโยงกันจากวงรอบที่ 1 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 (รวมเป็นครั้งที่ 1 ในรอบใหม่), ครั้งที่ 3 และ 4 (รวมเป็นครั้งที่ 2 ในรอบใหม่) และครั้งที่ 5 และ 6 (รวมเป็นครั้งที่ 3 ในรอบใหม่) สำหรับครั้งที่ 7 และ 8 ของรอบเดิม คงโครงสร้างไว้เป็นกิจกรรมครั้งที่ 4 และ 5 ตามลำดับ โดยกิจกรรมครั้งที่ 1

และครั้งที่ 3–5 ใช้เวลาจัดครั้งละ 90 นาที ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 2 มีการขยายกรอบเวลาเป็น 120 นาทีเพื่อรองรับเนื้อหาที่มีความหนาแน่นรวม 2 หัวข้อ ทั้งนี้ สัดส่วนกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในครั้งที่ 1–3 อยู่ระหว่างร้อยละ 56–71 และครั้งที่ 4–5 อยู่ที่ร้อยละ 78 ซึ่งทุกกิจกรรมสามารถบรรลุเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของเวลาทั้งหมด ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมจำนวน 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) รายด้านอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่า IOC รวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.94 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (IOC \ge 0.50) โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแผนกิจกรรมให้สมบูรณ์ก่อนนำไปลงมือปฏิบัติจริง

ขั้นปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 15 คู่ (รวม 30 ราย) ระหว่างเดือนกรกฎาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยนัดหมายทำกิจกรรมทุกวันพุธอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวมเวลาทำกิจกรรมทั้งสิ้น 480 นาที ซึ่งในวงรอบนี้ ผู้วิจัยสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้ตามโครงสร้างและกรอบเวลาที่วางแผนไว้ทุกประการ และไม่พบการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่ไม่เป็นไปตามแผนตลอดการดำเนินงานทั้ง 5 ครั้ง

ขั้นสังเกต (Observing) ผลการสังเกตการณ์เชิงกระบวนการพบข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ใน 4 มิติหลัก ดังนี้ มิติที่ 1 รูปแบบการจัดที่นั่ง มีพัฒนาการและสร้างสัมพันธภาพได้เร็วกว่าวงรอบแรก โดยเปลี่ยนจากการนั่งแยกกันในครั้งที่ 1 ขยับมาเป็นการนั่งผสมผสานในครั้งที่ 2 เริ่มนั่งรวมกันเป็นคู่ส่วนใหญ่ในครั้งที่ 3 และสามารถนั่งร่วมกันเป็นคู่ทุกคู่ได้อย่างเป็นธรรมชาติรวดเร็วขึ้นตั้งแต่ครั้งที่ 4 เป็นต้นไป มิติที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมสมาชิกครอบครัวมีระดับความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระดับน้อยถึงปานกลางในครั้งที่ 1 ขยับขึ้นสู่ระดับปานกลางในครั้งที่ 2 ระดับมากในครั้งที่ 3 และก้าวสู่ระดับมากถึงมากที่สุดในครั้งที่ 4–5 ขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีระดับการมีส่วนร่วมที่ตื่นตัวขึ้น โดยเพิ่มจากระดับปานกลางในครั้งที่ 1 สู่ระดับมากในครั้งที่ 2–3 และอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดในครั้งที่ 4–5 มิติที่ 3 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พบการแสดงออกถึงการเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญรวม 2 ครั้งในสมาชิกครอบครัวรายเดียวกัน (เด่นชัดในกิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5) และ มิติที่ 4 การพิทักษ์สิทธิ์ ไม่พบเหตุการณ์หรืออุปสรรคใด ๆ ที่เข้าข่ายต้องดำเนินการตามโปรโตคอลจริยธรรมการวิจัยตลอดทั้ง 5 ครั้ง สำหรับอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ที่ร้อยละ 100.00 และกลุ่มสมาชิกครอบครัวอยู่ที่ร้อยละ 97.30 โดยไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยรายใดเข้าเกณฑ์การจำหน่ายออกส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 15 คู่ สามารถผ่านครบถ้วนกระบวนการวิจัยได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด (n = 15) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด (M = 1.74, S.D. = 0.16) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นก้าวกระโดดเป็นระดับมากที่สุด (M = 4.35, S.D. = 0.12) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -46.40, df = 14, p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมทุกด้าน ยกเว้นด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงรวมถึงด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองที่ผลสัมฤทธิ์หลังเรียนปรับขึ้นมาอยู่ในระดับมาก (M = 3.87 เท่ากันทั้งสองด้าน) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มสมาชิกครอบครัว (n = 15) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด (M = 1.74, S.D. = 0.18) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด (M = 4.34, S.D. = 0.12) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -65.87, df = 14, p < .001) โดยพบว่าด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงและด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองหลังเข้าร่วมขยับมาอยู่ในระดับมากเช่นกัน (M = 3.84 เท่ากันทั้งสองด้าน)

ขั้นสะท้อนผล ขั้นสะท้อนผล (Reflecting): ผลการสนทนากลุ่มหลังสิ้นสุดกิจกรรม (After Action Review: AAR) ร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยครบ

ทั้ง 30 ราย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มระบุตรงกันว่ากิจกรรมโดยรวมตลอดทั้ง 5 ครั้งมีประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้ โดยกิจกรรมครั้งที่ 4 (หัวข้อทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์) และครั้งที่ 5 (หัวข้อการวางแผนดูแลครอบครัวและการดูแลสุขภาวะของสมาชิกครอบครัว) ได้รับการประเมินว่าเป็นกิจกรรมที่เกิดประโยชน์สูงสุด โดยระบุปัจจัยความสำเร็จที่พัฒนาดีขึ้นกว่าวงรอบแรก ได้แก่ การจัดกิจกรรมละลายพฤติกรรมที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นตั้งแต่เริ่มต้น, การเลือกใช้ภาษาถิ่นและดึงสถานการณ์จำลองจากบริบทพื้นที่จริงมาร่วมวิเคราะห์, การปรับลดจำนวนครั้งเหลือ 5 ครั้งซึ่งสอดรับกับภาระงานและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย, การเสริมเนื้อหาการดูแลสุขภาวะจิตของสมาชิกครอบครัว และการแจกใบความรู้สรุปเนื้อหาประจำครั้งเพื่อทบทวน อย่างไรก็ตาม ประเด็นข้อจำกัดที่ควรนำไปปรับปรุงพบ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนว่ารู้สึกเหนื่อยล้าในช่วงท้ายเนื่องจากต้องใช้เวลายาวนานถึง 120 นาทีต่อเนื่อง และผลประเมินด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองแม้จะอยู่ระดับมาก แต่ก็ยังมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแต่งเชิงปฏิบัติการจำแนกตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ (1) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญปานกลาง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การเพิ่มการอธิบายสรุปย้ำเนื้อเรื่องกลไกสมองด้วยภาษาพูดที่เรียบง่ายอีกครั้งหลังชมวิดีโอโดปามีนในครั้งที่ 1, การเพิ่มช่วงเวลาพักเบรก เป็นเวลา 10 นาทีในช่วงกึ่งกลางของกิจกรรมครั้งที่ 2 เพื่อลดความเหนื่อยล้า และการจัดส่งแบบฟอร์มแผนการดูแลครอบครัวล่วงหน้าเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เตรียมข้อมูลตัวเลขหรือข้อเท็จจริงในบ้านก่อนเข้ากิจกรรมครั้งที่ 5 และ (2) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญต่ำ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การจัดทำทำเนียบรายชื่อแหล่งทุนสนับสนุนทางสังคมหรือหน่วยงานช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งข้อเสนอแนะทั้ง 4 ข้อนี้ถือเป็นการปรับแต่งรายละเอียดเชิงเทคนิคหน้างานที่ไม่กระทบต่อโครงสร้างหลักหรือเนื้อหาแกนกลางของหลักสูตรกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแต่อย่างใด

2.3 สรุปภาพรวมการเปรียบเทียบการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

สรุปภาพรวมการเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกที่ได้จากการวิจัยปฏิบัติการทั้งสองวงรอบ ผู้วิจัยได้นำโครงสร้าง เนื้อหา สื่อ กระบวนการ และระบบสนับสนุน มาเปรียบเทียบเชิงสังเคราะห์พร้อมระบุเหตุผลเชิงประจักษ์ในการปรับปรุง การสรุปบทเรียนจากวงรอบที่ 1 นำมาสู่การปรับปรุงโครงสร้างในวงรอบที่ 2 อย่างเป็นระบบ โดยเน้นการควบรวมเนื้อหาให้กระชับขึ้นจาก 8 ครั้ง เหลือ 5 ครั้ง การเพิ่มสัดส่วนกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมให้สูงขึ้นในทุกครั้ง การปรับปรุงสื่อและบทบาทสมมติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชนบทเพื่อแก้จุดเปราะบางเรื่องความเข้าใจกลไกสมองตลอดจนการเพิ่มเนื้อหาดูแลสุขภาวะของครอบครัวและระบบติดตามเชิงรุก ซึ่งการปรับปรุงเหล่านี้นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์และพลวัตกลุ่มที่ดีขึ้นในวงรอบที่ 2 ตามที่ได้นำเสนอไปแล้วข้างต้น

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพเมทแอมเฟตามีนของผู้เข้ารับการบำบัดหลังเข้าร่วมกิจกรรมวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

ผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 2 (n = 15) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.12$) ซึ่งสูงกว่าผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 1 (n = 13) ที่มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.56, S.D. = 0.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.95, df = 16.19, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในด้านที่ 2 ถึงด้านที่ 5 ของผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 2 สูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยด้านที่มีความแตกต่างของระดับความเข้าใจพัฒนาขึ้นมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านที่ 3 ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อผู้ติดยาและครอบครัว ซึ่งวงรอบที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างชัดเจน (t = -10.17, df = 17.03, p < .001) รองลงมาคือ ด้านที่ 4 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและบทบาทของครอบครัว (t = -9.32, df = 26, p < .001), ด้านที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกเสพ (t = -7.78, df = 20.36, p < .001) และ ด้านที่ 2 กลไกการเกิดการติดยาในระดับสมอง ซึ่งมีระดับความเข้าใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (t = -6.84, df = 26, p < .001) ส่วนใน ด้านที่ 1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการใช้เมทแอมเฟตามีน ผลการวิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการดำเนินงานทั้งสองวงรอบ (t = -1.62, df = 26, p = .118)

กลุ่มสมาชิกครอบครัวในวงรอบที่ 2 (n = 15) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = 0.12) ซึ่งสูงกว่าสมาชิกครอบครัวในวงรอบที่ 1 (n = 13) ที่มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.61, S.D. = 0.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -13.31, df = 26, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวในวงรอบที่ 2 สูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (ด้านที่ 1 ถึงด้านที่ 5) โดยด้านที่มีความแตกต่างของระดับความเข้าใจพัฒนาขึ้นมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านที่ 3 ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อผู้ติดยาและครอบครัว ซึ่งมีค่าสถิติต่างกันอย่างเด่นชัด (t = -11.08, df = 15.90, p < .001) รองลงมาคือ ด้านที่ 2 กลไกการเกิดการติดยาในระดับสมอง (t = -9.64, df = 26, p < .001), ด้านที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกเสพ (t = -8.41, df = 26, p < .001), ด้านที่ 4 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและบทบาทของครอบครัว (t = -8.29, df = 14.29, p < .001) และ ด้านที่ 1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการใช้เมทแอมเฟตามีน (t = -4.89, df = 26, p < .001) ซึ่งข้อค้นพบในกลุ่มสมาชิกครอบครัวนี้มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ตรงที่มิติความเข้าใจด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มครอบครัวได้รับการพัฒนาให้สูงขึ้นกว่าวงรอบแรก

3.2 การเปรียบเทียบอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาครบตามโปรแกรมที่กำหนดระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

การดำเนินงานในวงรอบที่ 2 มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ที่ร้อยละ 100.00 และกลุ่มสมาชิกครอบครัวมีอัตราการเข้าร่วมเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 97.30 โดยไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยรายใดตกเกณฑ์มาตรฐานหรือเข้าสู่เกณฑ์การจำหน่ายออก ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 15 คู่ สามารถคงอยู่และผ่านเกณฑ์ครบถ้วนกระบวนการวิจัยปฏิบัติการได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านความเข้าใจพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพเมทแอมเฟตามีนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.74, S.D. = 0.16$) และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.35, S.D. = 0.12$) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -46.40, df = 14, p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในทุกมิติ ยกเว้นในส่วนของด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการใช้ยาเสพติดและด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองที่ผลสัมฤทธิ์หลังเข้าร่วมปรับตัวขึ้นมาอยู่ในระดับมาก ($M = 3.87$ เท่ากันทั้งสองด้าน) ในทำนองเดียวกันกลุ่มสมาชิกครอบครัว ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ใน

ระดับน้อยที่สุด ($M = 1.74, S.D. = 0.18$) และภายหลังสิ้นสุดกระบวนการคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.34, S.D. = 0.12$) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -65.87, df = 14, p < .001$) โดยมีประเด็นลักษณะร่วมคล้ายคลึงกันคือในมิติด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง และด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมอง ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับความเข้าใจขยับขึ้นมาสะสมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$ เท่ากันทั้งสองด้าน) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในทุกมิติของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมบำบัดรักษาในวงรอบที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และระยะของการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า รูปแบบเดิมที่ใช้การบรรยายทางวิชาการเป็นหลัก มีการใช้ภาษาและคำศัพท์เฉพาะทางที่เข้าใจยาก และมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมน้อย ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวรับรู้กิจกรรมนี้ว่าเป็นการเรียนในชั้นเรียนมากกว่าการบำบัดรักษา ประกอบกับข้อจำกัดในวิถีชีวิตของกลุ่มแรงงานชายในภาคเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดประสบอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากข้อจำกัดด้านระยะทาง ค่าใช้จ่าย วันเวลาที่ขัดกับการประกอบอาชีพ ตลอดจนการถูกตีตราทางสังคมจากชุมชนและสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health Service Accessibility) ของ Andersen[10] ที่ระบุว่าอุปสรรคเชิงโครงสร้างและปัจจัยด้านเศรษฐสังคมมีผลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพและการคงอยู่ในระบบการรักษา สอดรับกับงานวิจัยของ ธัญญาพร สายโน และคณะ[11] ที่ชี้ว่า ข้อจำกัดและวิถีชีวิตที่ไม่สอดรับกับโปรแกรมบำบัดเป็นปัจจัยวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยขาดนัดหรือหายไปจากระบบ จากปัญหาข้างต้นส่งผลให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน เพิ่มพื้นที่การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว และปรับเวลาให้ยืดหยุ่น ซึ่งถือเป็นช่องว่างสำคัญในการนำไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมในระยะปฏิบัติการถัดไป

2. ผลการปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า รูปแบบกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาที่พัฒนาขึ้นตามวงรอบปฏิบัติการสามารถแก้ไขข้อจำกัดของรูปแบบเดิมได้ โดยในวงรอบที่ 1 ได้ปรับลดจำนวนครั้งจาก 12 ครั้งเหลือ 8 ครั้ง และพัฒนาต่อเนื่องในวงรอบที่ 2 โดยบูรณาการเนื้อหาที่มีความเชื่อมโยงกันเหลือเพียง 5 ครั้ง ส่งผลให้อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมครบโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.67 ในวงรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 100.00 ในวงรอบที่ 2 ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hogue et al.[12] และ Li et al.[13] ที่ระบุว่าการบำบัดเชิงกลุ่มโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการรักษาได้อย่างมีประสิทธิผล

การดำเนินกิจกรรมด้วยภาษาถิ่นเป็นปัจจัยที่ช่วยลดระยะห่างทางอำนาจระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอำเภอนาคู การใช้ภาษาถิ่นช่วยปรับเปลี่ยนบรรยากาศจากการสื่อสารเชิงวิชาชีพทางการแพทย์แบบทางการ ให้เป็นการสนทนาในบรรยากาศที่เป็นกันเองและเข้าถึงง่าย ลดอุปสรรคด้านความกลัวการถูกตราหน้า และเอื้อให้ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสามารถสะท้อนปัญหาที่แท้จริงได้อย่างเปิดเผย ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดกฎกติกากลุ่มแบบไม่ตัดสิน และสอดรับกับงานวิจัยของ แสงเดือน ศรีวรสาร[14] และ ศิริลักษณ์ แสงส่อง และคณะ[15] ที่ยืนยันว่าการบำบัดที่เน้นการปรับทักษะการสื่อสาร การจัดการอารมณ์ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถลดพฤติกรรมการเสพยาและ

สร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

การเพิ่มกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของเวลาในแต่ละครั้ง โดยเฉพาะการฝึกบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลองในบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และทฤษฎีการเรียนรู้ที่ระบุว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและพฤติกรรมได้ดีที่สุดเมื่อได้ลงมือปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ นอกจากนี้ การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องผ่านการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ยังช่วยลดการตีตราภายในครัวเรือนและบรรเทาความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment) รวมถึงงานวิจัยของ ปรารถนา คำมีสีนนท์ และคณะ[16] และ กฤศ กุลบุตรดี[7] ที่ชี้ว่าการดึงครอบครัวเข้ามาร่วมวางแผนและกำกับติดตามสามารถเพิ่มความตั้งใจในการหยุดใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิผล

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมในวงรอบที่ 2 กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพในภาพรวมสูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มสมาชิกครอบครัวมีคะแนนสูงขึ้นกว่าวงรอบแรกในทุกรายด้าน ส่วนกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดมีคะแนนสูงขึ้นในด้านที่ 2 ถึง 5 อย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองวงรอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อานนท์ ถุงแก้วหงส์ และคณะ[17] ที่พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความรู้เพิ่มขึ้นและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโปรแกรม และสอดรับกับ กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล[18] ที่ระบุว่าการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมกับบริบทเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ในระบบ

อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมในวงรอบที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 100.00 สูงกว่าวงรอบที่ 1 ที่อยู่ที่ร้อยละ 86.67 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นาฏยา พิทักษ์ญาติ และคณะ จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และคณะ (2559) ปาลิดา พละศักดิ์ และคณะ และ กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ[19-22] ที่ยืนยันตรงกันว่าการทำกลุ่มบำบัดร่วมกับการใช้ตัวแบบและการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ และลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินความเข้าใจพบว่าด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นทั้งในสองวงรอบ สอดรับกับข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เน้นย้ำความจำเป็นในการอธิบายซ้ำด้วยภาษาพูดและการเพิ่มช่วงพักในกิจกรรมที่มีเวลาหนาแน่น นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดด้านการติดตามผลระยะยาว กล่าวคือ ยังไม่มีข้อมูลยืนยันว่าความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นจะมีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพียงใดเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดกลับไปใช้ชีวิตตามปกติในชุมชน เช่น อัตราการเสพซ้ำที่ระยะ 6 เดือนหรือ 12 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลนาคูควรนำรูปแบบกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา 5 ครั้งที่พัฒนาขึ้นไปใช้แทนรูปแบบเดิม โดยดำเนินการปรับปรุง 3 ประการก่อนนำไปใช้จริง ได้แก่ การเพิ่มการอธิบายซ้ำเนื้อหากลไกสมองด้วยภาษาพูดในครั้งที่ 1 การเพิ่มช่วงพักในกลางกิจกรรมครั้งที่ 2 และการส่งแบบฟอร์มแผนดูแลครอบครัวให้ผู้เข้าร่วมล่วงหน้าก่อนครั้งที่ 5 ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมวิจัยในขั้นสะท้อนผลของวงรอบที่ 2

1.2 บุคลากรคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลนาคู คงการใช้ภาษาถิ่น การกำหนดกติกากลุ่มแบบไม่ตัดสิน และการใช้สถานการณ์จำลองจากบริบทพื้นที่ในกิจกรรมบทบาทสมมติไว้ในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ได้รับการระบุจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองวงรอบว่าเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้กิจกรรมเข้าถึงได้และนำไปใช้ได้จริง

1.3 ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ควรพิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุนการเดินทางสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านระยะทาง กำหนดวันและเวลาจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแรงงานภาคเกษตรกรรม และจัดระบบติดตามผู้เข้าร่วมที่ขาดกิจกรรมติดต่อกัน เนื่องจากผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าอุปสรรคด้านโครงสร้างเหล่านี้เป็นอุปสรรคหลักที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาที่พัฒนาขึ้น โดยติดตามอัตราการเสพซ้ำ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาวะของสมาชิกครอบครัวที่ระยะ 6 เดือน และ 12 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลยืนยันความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลการบำบัด

2.2 ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้เรื่องกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้มีระดับการศึกษาต่ำ และทดสอบประสิทธิผลในบริบทโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากด้านดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยความเข้าใจต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นในทั้งสองวงรอบ และผู้เข้าร่วมวิจัยจากการสนทนากลุ่ม AAR ทั้งสองวงรอบระบุตรงกันว่าเนื้อหาด้านนี้ยังเข้าใจยาก

2.3 ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทประชากรใกล้เคียงกัน เพื่อทดสอบความสามารถในการถ่ายโอนรูปแบบ (Transferability) ก่อนพิจารณาขยายผลในวงกว้าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่อาจนำมากล่าวได้ทั้งหมด ผู้มีพระคุณที่ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง คือ แพทย์หญิงณัฐวดี สุภิตาภรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคู ที่ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านวิจัย ตลอดจนให้คำปรึกษาในแง่คิดต่างๆ จากประสบการณ์ ในการทำงาน นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมด้วยสมาชิกครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่พึงมีจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้บูรพาจารย์ที่ได้ให้การศึกษาและผู้มีพระคุณแก่ผู้วิจัย ตลอดจนนักวิชาการสาขาต่างๆที่ผู้วิจัยอ้างอิงดังปรากฏในวิทยานิพนธ์นี้ ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime.(2024). World drug report 2024: drug market trends-cocaine, amphetamine-type stimulants [Internet]. 2024 [cited 2023 Dec 5]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html

2.สำนักปราบปรามยาเสพติด.(2565). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ: รายงานประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2565 [สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/report-arrest/61

3.กองควบคุมวัตถุเสพติด.(2567). ยาบ้า (Metamphetamine) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://narcotic.fda.moph.go.th/information-about-drugs/metamphetamine

4.Zorick T, Nestor L, Miotto K, Sugar C, Hellemann G, Scanlon G, et al.(2010). Withdrawal symptoms in abstinent methamphetamine-dependent subjects. Addict Behav. 2010;35(9):853-60.

5.Volkow ND, Chang L, Wang GJ, Fowler JS, Franceschi D.(2001). Loss of dopamine transporters in methamphetamine abusers recovers with protracted abstinence. J Neurosci. 2001;21(23):9414-8.

6.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค.(2563). คู่มือสำหรับการทำกลุ่มครอบครัวศึกษา. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

7.กฤศ กุลบุตรดี, และคณะ.(2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วมในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2566;11(2):17-29.

8.อัครวัฒน์ เพียวพงภควัต.(2563). ปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563;14(33):22-34.

9.วิภากรณ์ ปัญญาดี.(2563). ผลการปรับรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบจิตสังคมบำบัดต่อการปฏิบัติตามแผนการบำบัดของผู้รับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์. 2563;3(3):107-19.

10.Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR, et al.(2001). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Pearson, Allyn & Bacon; 2001.

11.ธัญญาพร สายโน, ปวีณา ลิมปิทีปราการ, อรุณ บุญสร้าง, ปัณฑิตา สุขุมาลย์, พลากร สืบสำราญ.(2564). ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2564;4(2):78-88.

12.Hogue A, Henderson CE, Becker SJ, Knight DK.(2021). Family involvement in treatment and recovery for substance use disorders among transition-age youth: research bedrocks and opportunities. J Subst Abuse Treat. 2021;129:108370.

13.Li X, Wang Z, Zhang J.(2022). Effectiveness of family-centered intervention on relapse prevention among methamphetamine users: a quasi-experimental study. Int J Ment Health Addict. 2022;20(4):2145-58.

14.แสงเดือน ศรีวรสาร.(2567). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):396-407.

15.ศิริลักษณ์ แสงส่อง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล.(2562). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;3(2):76-90.

16.ปรารถนา คำมีสีนนท์, ไพรวัลย์ ร่มซ้าย, นุจรินทร์ บัวละคร.(2567). การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(3):1-15.

17.อานนท์ ถุงแก้วหงส์, จตุพร เหลืองอุบล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(4):19-32.

18.กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล.(2562). ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562;16(1):23-33.

19.นาฏยา พิทักษ์ญาติ, ชนัดดา แนบเกสร, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส.(2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้ใหญ่ที่ติดสารแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563;17(1):163-74.

20.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, นุชนาถ แก้วมาตร, ภาคิณี เดชชัยยศ, หทัยชนก เผ่าวิริยะ, ศรวิษฐ์ บุญประชุม, สุรชาติ นันตา.(2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

21.ปาลิดา พละศักดิ์, ชาลินี สุวรรณยศ, หรรษา เศรษฐบุปผา.(2567). ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(3):15-31.

22.กิตต์กวี โพธิ์โน, และคณะ.(2561). ประสิทธิผลของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(2):127-40.

การพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร

Development and Evaluation of a Public Health Service Data Quality Monitoring System through the Ministry of Public Health Financial Data Hub in Sakon Nakhon Province.

(Received: June 17,2026 ; Revised: June 22,2026 ; Accepted: June 25,2026)

ปรางค์ทิพย์ พรหมสาขา ณ สกลนคร[1]
Prangthip Prommasakha Na Sakolnakhon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุข พัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูล และประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพ PDSA (Plan-Do-Study-Act) ดำเนินการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร จำนวน 18 แห่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงพฤษภาคม 2569 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบระบบ FDH จำนวน 96 คน และข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูล FDH วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และ Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการส่งข้อมูลผ่านระบบ FDH ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ คุณภาพข้อมูล ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี บุคลากรและการจัดการ การประสานงานและสนับสนุนทางเทคนิค และการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน หลังการพัฒนาระบบ พบว่าอัตราการรับข้อมูลสำเร็จของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.008) ข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มีโครงสร้างไม่เป็นไปตามมาตรฐานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.008) และจำนวนข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) ลดลง ร้อยละ 41.37 ขณะที่ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ Dashboard โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.40, SD=0.28

คำสำคัญ: ศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน, ระบบสารสนเทศสุขภาพ, การกำกับติดตามข้อมูล

Abstract

This action research aimed to: 1) investigate the situation and problems related to public health service data submission through the Financial Data Hub (FDH), 2) develop a data quality monitoring system for public health service data, and 3) evaluate the effectiveness of the developed system in Sakon Nakhon Province. The study was conducted from May 2025 to May 2026 in 18 hospitals under the Ministry of Public Health in Sakon Nakhon Province. The research applied the Plan–Do–Study–Act (PDSA) cycle to develop a data quality monitoring system. Qualitative data were collected through focus group discussions involving 96 personnel, and quantitative data were analyzed from the FDH database. The statistics were descriptive statistics, and a comparative analysis of mean difference was used paired t-test and a Wilcoxon signed-rank test.

The findings revealed five major categories of problems affecting FDH data submission: data quality, information technology systems, personnel and management, technical support and coordination, and monitoring and financial management. Following system implementation, the inpatient data acceptance rate improved (p = 0.008), while the proportion of outpatient records with non-standard data structures decreased (p = 0.008). The error rate of outpatient records decreased 41.37%. User satisfaction with the system was rated as a moderate level overall (Mean = 3.40, SD = 0.28).

Keywords: Financial Data Hub, health information system, monitoring system

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

บทนำ

ประชาชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ การให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นโอกาสสำคัญในการดำเนินนโยบายสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) หรือ โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค”หรือ“บัตรทอง”[1] สำหรับบุคคลสัญชาติไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ถูกต้องตามกฎหมายจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้[2] การจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการ ปัจจุบันอยู่ในรูปแบบของเหมาจ่ายรายหัว จ่ายตามผลงานผู้ป่วยใน จ่ายตามรายการบริการและราคาที่กำหนด (Fee schedule) และจ่ายแบบอื่น ๆ ผ่านหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการ ซึ่งเป็นหน่วยบริหารจัดการงบประมาณในเครือข่ายบริการ ส่วนการขอรับการชดเชยค่าบริการทาง การแพทย์ หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลการให้ บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด แล้วส่งข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เข้าสู่โปรแกรมของ สปสช. โดยตรง[3] ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รัฐบาลได้ขับเคลื่อนนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ และมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ลดระยะเวลารอคอย ลดระยะเวลาเดินทาง และพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผู้รับบริการสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองได้[4] อีกทั้งยังมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ โดยเพิ่มความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และพัฒนาระบบบริการหรือระบบสนับสนุนการให้บริการ เพื่อรองรับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ โดยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการผ่านระบบ FDH กระทรวงสาธารณสุข ระบบการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ (Health ID) ระบบผู้ให้บริการ (Provider ID) ระบบการตรวจสอบสิทธิการรักษา ระบบ การยืนยันการเข้ารับบริการ (Authentication code) ใบสั่งยาหรือสั่งแล็บดิจิทัล การนัดหมายออนไลน์ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล การให้บริการการแพทย์ทางไกล เภสัชกรรมทางไกล บริการส่งยาทางไปรษณีย์และขนส่งยา (Health Rider) การเริ่มต้นดำเนินงานเริ่มจากโรงพยาบาลในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ดูแลรับผิดชอบโดย สำนักดิจิทัลกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[5] เพื่อรองรับการใช้งานแก่ประชาชนทุกสิทธิสวัสดิการ และเพื่อให้หน่วยงานกลางมีข้อมูลด้านการเงินการคลัง สนับสนุนในการดูแลหน่วยบริการในสังกัด ใช้เป็นข้อมูลวางแผนดำเนินงาน อีกทั้งเพื่อให้รองรับกฎหมายดังกล่าวการดำเนินการจัดส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าชดเชย จึงต้องส่งข้อมูลผ่านระบบ FDH จากนั้นระบบจะส่งข้อมูลต่อไปที่ สปสช. และหน่วยบริการสามารถติดตามผลการเบิกค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ และสถานะจ่ายชดเชยผ่าน ระบบประมวลผล Dashboard เมื่อตรวจสอบข้อมูลเทียบกับระบบของ สปสช.[5]

สถานการณ์การส่งข้อมูล ณ เดือน มิถุนายน 2568 พบว่า จำนวนการส่งข้อมูลของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 902 แห่ง มีรายการส่งเคลมสำเร็จ จำนวน 32,970,452 เคส คิดเป็นสัดส่วนการเบิกจ่ายที่โอนเงินสำเร็จ จำนวน 12,939,644 เคส (ร้อยละ 47.78) สถานะอยู่ระหว่างกระบวนการตรวจสอบอนุมัติ หรือรอข้อมูลเพิ่มเติม จำนวน 15,325,733 เคส (ร้อยละ 54.22)[6] เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี มีหน่วยบริการ จำนวน 88 แห่ง มีรายการส่งเคลมสำเร็จ จำนวน 1,730,077 เคส สปสช.รับพิจารณาจำนวน 1,619,541 เคส ไม่อนุมัติ 71,255 เคส

เบิกจ่ายและโอนเงินสำเร็จ 126,308 เคส การส่งข้อมูลจังหวัดสกลนครจากหน่วยบริการ จำนวน 18 แห่ง ส่งเคลมสำเร็จ และ สปสช. รับพิจารณา จำนวน 462,298 เคส ไม่อนุมัติ จำนวน 21,457 เคส [7] จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า จำนวนข้อมูลที่ไม่ได้รับพิจารณาจาก สปสช.นั้น เกิดจากรายการที่ไม่ประสงค์เบิกหรือมีโครงสร้างไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด ส่งผลให้ข้อมูลที่ผิดพลาดและสถานการณ์ขอรับค่าชดเชยหรือการเคลมในระบบ FDH ไม่อนุมัติ (ติด C) เป็นจำนวนมาก ทำให้มีผลต่อการได้รับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จาก สปสช. การที่หน่วยบริการได้รับค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์อย่างครบถ้วนและทันเวลานั้น ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลภายในองค์กรเท่านั้น หากยังมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ กล่าวคือ เมื่อหน่วยบริการมีสภาพคล่องทางการเงินที่เพียงพอ จะสามารถจัดหายาและเวชภัณฑ์ได้อย่างต่อเนื่อง บำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์ให้พร้อมใช้งาน ตลอดจนรักษาระดับบุคลากรที่มีคุณภาพไว้ในระบบ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการรับบริการของประชาชนโดยตรง นอกจากมิติด้านการเงินแล้ว ข้อมูลบริการที่มีคุณภาพยังเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพดิจิทัล ภายใต้นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ประชาชนย่อมคาดหวังที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ ไม่ว่าจะเข้ารับบริการที่ใด ข้อมูลประวัติการรักษา ผลการตรวจ และยาที่ได้รับควรสามารถเรียกใช้ได้ทันที ซึ่งระบบดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อหน่วยบริการทุกแห่งบันทึกและส่งข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานเดียวกัน[8]

การกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลในระดับจังหวัดจึงมิใช่เพียงภารกิจทางเทคนิค หากแต่เป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงนโยบายสาธารณสุขระดับชาติกับการรับบริการของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การส่งข้อมูลในปัจจุบันยังพบปัญหาด้านโครงสร้างข้อมูล ความครบถ้วน และความถูกต้องของรายการบริการ ส่งผลให้การพิจารณาอนุมัติค่าชดเชยล่าช้าหรือไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการ และอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องของการให้บริการประชาชนในระยะยาว ดังนั้น การพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัด โดยประยุกต์ใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพ PDSA เพื่อยกระดับคุณภาพข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและและผู้ป่วยในให้สอดคล้องกับนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”และสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ[9]

การศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพการส่งข้อมูลบริการผู้ป่วยผ่านระบบศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน เพิ่มอัตราการอนุมัติการเบิกจ่าย และสร้างต้นแบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านการเงินการคลังสุขภาพในระดับจังหวัด อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และความมั่นคงของระบบสุขภาพในภาพรวมต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยประยุกต์ใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพ PDSA
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการใช้แนวคิด PDSA (Plan-Do-Study-Act)[10] ประกอบด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative) และวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative) ดำเนินการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานปัญหา และอุปสรรคการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ (FDH) กระทรวงสาธารณสุขของหน่วยบริการในจังหวัดสกลนคร เพื่อนำผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาใช้กำหนดแนวทางพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัด

2) ขั้นตอนการดำเนินการ (Do) ดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัด ประกอบด้วย

2.1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนโครงสร้างมาตรฐาน การตั้งค่าระบบเพื่อการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขให้กับโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง

2.2) จัดทำรายงานและ Dashboard เพื่อแสดงสถานะการส่งข้อมูลและรายการผิดพลาด

2.3) เพิ่มระบบการดูแลและให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน

2.4) มีระบบการแจ้งเตือน และให้ข้อเสนอแนะรายโรงพยาบาลเมื่อพบข้อมูลผิดพลาด

2.5) ดำเนินการติดตามผลการส่งข้อมูลเป็นรายเดือน

3) ขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินผล (Study) เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์จากระบบ FDH เพื่อนำมาประเมินผลการพัฒนา โดยเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

4) ขั้นตอนการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Act) นำผลการประเมินจากขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินผลมาใช้ในการปรับปรุงแนวทางกำกับติดตามข้อมูลพัฒนาระบบรายงานและการสื่อสารย้อนกลับไปยังโรงพยาบาลเพื่อสรุปบทเรียนการดำเนินงาน (Lesson Learned) และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH ระดับจังหวัดอย่างยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เชิงคุณภาพ

ประชากร คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร จำนวน 18 แห่ง ที่รับผิดชอบการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH ทั้งหมดจำนวน 96 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร จำนวน 18 แห่ง ที่รับผิดชอบการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH ทั้งหมดจำนวน 96 คน

เชิงปริมาณ

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 18 แห่ง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากระบบ FDH

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 18 แห่ง โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากหน่วยบริการที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบ FDH ครบถ้วน และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 30 เมษายน 2569

เกณฑ์การคัดเข้า

1) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนครทุกแห่งที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

2) ข้อมูลบริการสาธารณสุขโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง ส่งข้อมูลผ่านระบบ FDH เพื่อส่งขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ไปยัง สปสช.

ระหว่าง 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 พฤษภาคม 2569

เกณฑ์การคัดออก

1) ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริการสาธารณสุขโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง ส่งผ่านระบบ FDH เพื่อส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ที่ส่งเบิกกองทุนอื่นๆ เช่น สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง) สิทธิสวัสดิการ อปท. (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

2) บุคลากรที่อยู่ในระหว่างลาคลอด ลาป่วยระยะยาว ลาโดยไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล หรือมีเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้

3) บุคลากรปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือไม่ให้ความร่วมมือในการศึกษาจนไม่สามารถดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลได้

เครื่องมือใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1) เชิงคุณภาพ

1.1 ข้อคำถามประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH ร่วมสนทนา เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน โดยผู้วิจัยมีแนวคำถามและประเด็นสนทนาดังนี้

ประเด็นที่ 1 กระบวนการส่งข้อมูล
ประเด็นที่ 2 ความพร้อมด้านทรัพยากร
ประเด็นที่ 3 ปัญหาด้านข้อมูล
ประเด็นที่ 4 ปัญหาด้านระบบและเทคนิค
ประเด็นที่ 5 ปัญหาด้านการประสานงาน

1.2 แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย (Focus group)

1.3 อุปกรณ์ถ่ายภาพ อุปกรณ์บันทึกเสียง

2) เชิงปริมาณ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ใช้แบบบันทึกในการเก็บข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากผลการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง ระหว่าง 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 พฤษภาคม 2569 จากเว็บไซต์ศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน (Financial Data Hub: FDH)

2.2 แบบประเมินการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้งานระบบสารสนเทศในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือแบบสอบถามของกุลฉัตร ยงยืนนาน และคณะ[11] ซึ่งมีข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามพัฒนาจากแบบจำลองความสำเร็จระบบสารสนเทศ[12] ของดีโลนและ แมคลีน 4 ด้าน คือ คุณภาพระบบสารสนเทศ (system quality) คุณภาพสารสนเทศ (information quality) คุณภาพการให้บริการ (service quality) และประโยชน์ที่ได้รับ (net benefit)

3) Google Data Studio เพื่อใช้ในการทำ Data Visualization & Analytics และโปรแกรมจัดการตารางข้อมูลออนไลน์ (Google Spreadsheet)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เชิงคุณภาพ การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ กรณีข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดังนี้

ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อความมั่นใจและความน่าเชื่อถือของข้อมูล เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธีต่างกัน ได้แก่ วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้เอกสาร ที่ทำให้ได้ผลเหมือนเดิม แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล[13] โดยมีรายละเอียด ดังนี้ การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผู้วิจัยได้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันหรือต่างกันอย่างไร โดยให้มีสัดส่วนผู้ช่วยวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) 1:1 คอยสังเกตการณ์ เพื่อดูว่ามีความแตกต่างของข้อมูลที่ได้มาหรือไม่

การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยใช้วิธีต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีวิธีการ ดังนี้

1) ทำในช่วงเวลาระหว่างที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาวิจัย

2) แยกเนื้อหาตามกลุ่มประเด็นของคำถามวิจัย และแยกประเด็นตามคำถามย่อย

3) ตรวจสอบความเหมือนของเนื้อหารายประเด็น ในภาพรวมของกลุ่มประเด็นตามคำถามวิจัย แล้วทำการวิเคราะห์ สรุปรวบยอด พิจารณาเนื้อหาประเด็นความเหมือนกันหรือคล้ายกัน จนข้อมูลนิ่ง

4) ตรวจภาพถ่าย และหลักฐานต่างๆ ที่เป็นข้อมูลและเนื้อหาทั้งหมด โดยนำไปเปรียบเทียบกับเนื้อหาข้อมูลที่ได้จากเรื่องเล่าจากผู้ให้ข้อมูล (Key informants) จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) หรือเนื้อหาที่ได้จากการสังเกต และนำไปตรวจสอบกับวรรณกรรมที่ผ่านมา

เชิงปริมาณ

1) แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านระบบสารสนเทศมากกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และตรวจสอบความครอบคลุมของโครงสร้างโดยใช้เทคนิค Index of Item-Objective Congruence (IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไปและนำผลมาปรับให้สมบูรณ์ก่อนการใช้จริง โดยผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบบันทึกข้อมูลทั้งฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความครอบคลุมของเนื้อหาของแบบบันทึก ค่า IOC ที่ได้เท่ากับ 0.85 จากนั้นปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวัดผล (Reliability coefficient) ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี จำนวน 96 ตัวอย่าง และตรวจหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

นำข้อมูลเชิงคุณภาพเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา และสรุปในแต่ละประเด็นโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)[14] ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

(1) ถอดบทเรียน เพื่อสรุปสาระสำคัญ และการนำไปปรับปรุงครั้งต่อไปและดำเนินการถอดเทปให้เร็วที่สุด โดยถอดเทปอย่างละเอียดแบบคำต่อคำ ไม่ตัดเนื้อหาใดๆ และไม่สรุปความ จากนั้นพิมพ์ข้อความอย่างละเอียด ตรวจสอบเล็กน้อย กรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบนักวิจัยได้ลงพื้นที่อีกครั้งเพื่อเก็บข้อมูลในประเด็นที่ยังขาดให้ครบถ้วน จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

(2) อ่านคำสนทนาให้เข้าใจอย่างน้อย 2 รอบ

(3) กำหนดประเด็น ได้แก่ รหัสประเด็นหลัก ประเด็นรอง และประเด็นย่อย

(4) จัดการข้อมูลโดยใช้ Microsoft Excel เข้ามาช่วย

(5) จัดหมวดหมู่ข้อมูล อ่านเนื้อหาที่ได้จากการถอดเทป แล้วใส่รหัสที่ตรง

(6) กรองข้อมูล ให้หมวดเดียวกันอยู่ด้วยกัน โดยใช้คำสั่ง Filter A–Z ประเด็น ในเนื้อหาของโปรแกรม Microsoft Excel

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลที่ได้จากแบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิของระบบ FDH โดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิของระบบ FDH เปรียบเทียบก่อน-หลัง การพัฒนาระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test หากข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ จะเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test แทน

3) ข้อมูลจากการประเมินความพึงพอใจ ในการใช้งานระบบสารสนเทศของผู้ใช้ระบบและวิเคราะห์แยกประเด็นสำคัญ และวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยแบ่งเกณฑ์ระดับความพึงพอใจ[15] ดังนี้

4.20–5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด
3.41–4.20 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก
2.61–3.40 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง
1.81–2.60 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย
1.00–1.80 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

จริยธรรมการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หมายเลข SKN REC 2026-021

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร

สถานการณ์การดำเนินงานมีเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน โดยกระบวนการส่งข้อมูลประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย การประมวลผลข้อมูลเป็นชุดข้อมูลมาตรฐาน 16 แฟ้ม การส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ FDH และการส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งแต่ละขั้นตอนจำเป็นต้องอาศัยความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล และการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้มีการปรับกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะการปรับปรุงขั้นตอนการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ การปิดสิทธิการรักษา การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มีการนำโปรแกรมช่วยตรวจสอบข้อมูลมาใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพข้อมูลก่อนนำส่งเข้าสู่ระบบ FDH นอกจากนี้ หน่วยบริการยังมีการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรในหลายมิติ ทั้งด้านบุคลากร เทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน ระบบซอฟต์แวร์ และงบประมาณสนับสนุน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานรับผิดชอบเฉพาะด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่าย รวมถึงการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานเพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบาย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหน่วยบริการจะมีความพยายามพัฒนาระบบและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคสำคัญหลายประการ ประการแรก คือ ปัญหาด้านข้อมูล ซึ่งพบว่าข้อมูลในระบบ FDH และระบบ e-Claim บางส่วนมีสถานะไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้เกิดความยุ่งยาก ในการตรวจสอบและติดตามการเบิกจ่าย นอกจากนี้ยังพบปัญหาการส่งข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นไปตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด ทำให้ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบและต้องเสียเวลาในการแก้ไขข้อมูลย้อนหลัง ประการที่สอง คือ ปัญหาด้านระบบและเทคนิค โดยเฉพาะข้อจำกัดของระบบส่วนกลาง ที่รองรับการส่งข้อมูลพร้อมกันได้จำกัด ส่งผลให้เกิดปัญหาระบบล่าช้าหรือขัดข้องในช่วงที่มีการส่ง

ข้อมูลจำนวนมาก เช่น ช่วงสิ้นเดือนหรือสิ้นปีงบประมาณ รวมถึงปัญหาการเชื่อมต่อผ่านระบบ API และการยืนยันตัวตนผ่าน Token ที่มักเกิดความผิดพลาด ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องและความรวดเร็วในการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ รวมถึงขาดอุปกรณ์ด้านความปลอดภัยเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ประการที่สาม คือ ปัญหาด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่าช่องทาง การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ยังขาดความเป็นเอกภาพในบางประเด็น โดยเฉพาะการแก้ไขข้อผิดพลาดของข้อมูล (Error Code) และการให้คำปรึกษาทางเทคนิค ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้เวลานานในการติดตามและแก้ไขปัญหา ส่งผลให้การส่งข้อมูลและการเบิกจ่ายค่าบริการบางรายการล่าช้า และในบางกรณีอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของหน่วยบริการ

โดยสรุปสถานการณ์การส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนครสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของหน่วยบริการในการปรับตัวให้สอดคล้องกับนโยบายการบริหารจัดการข้อมูลด้านการเงินสุขภาพของประเทศ ภายใต้ข้อจำกัดด้านข้อมูล ระบบเทคโนโลยีและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพและความทันเวลาของการส่งข้อมูลและการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการในพื้นที่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการส่งข้อมูลผ่านระบบ FDH ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร สามารถกำหนดประเด็นการพัฒนาหลัก 5 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาคุณภาพข้อมูล (2) การพัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี (3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการจัดการ (4) การพัฒนาระบบการประสานงานและสนับสนุนทางเทคนิค และ (5) การพัฒนาระบบกำกับติดตามผลการดำเนินงานและผลกระทบทางการเงิน

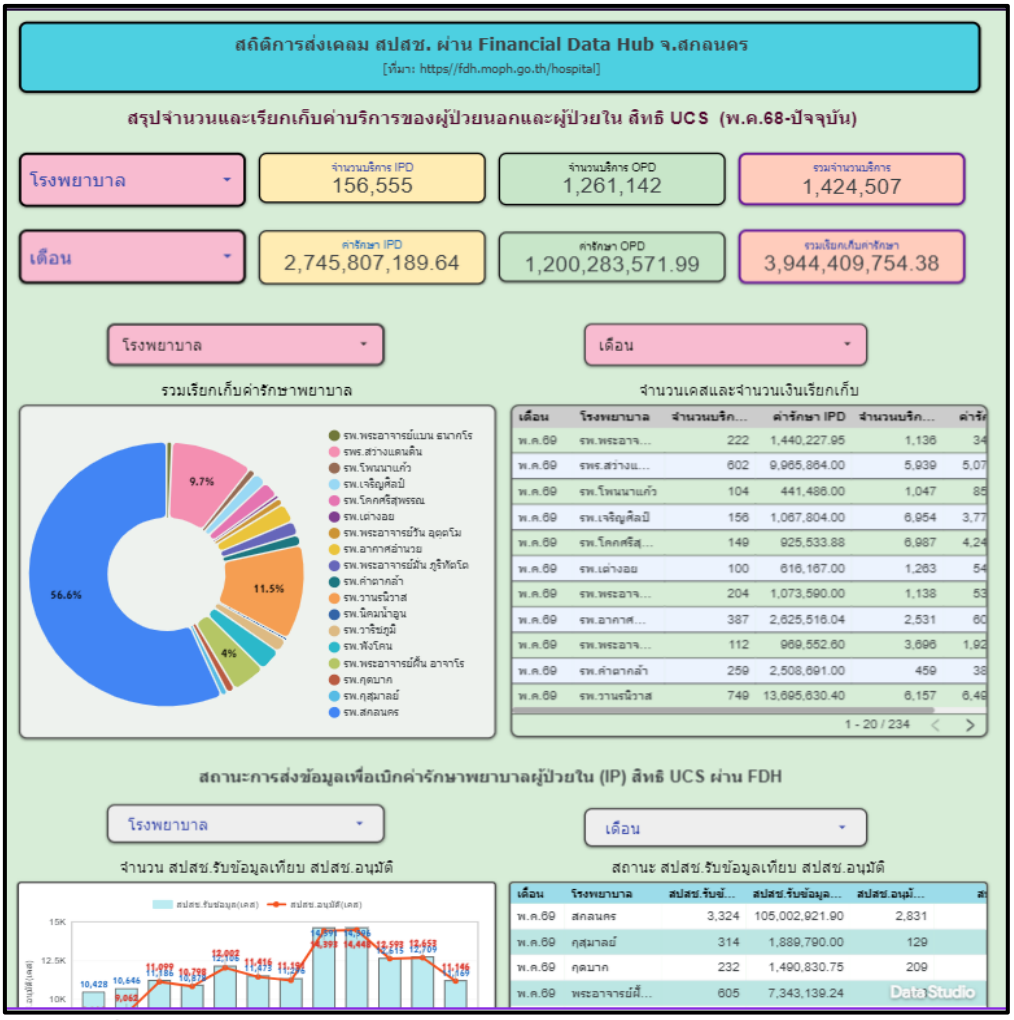
1.1 สถานการณ์การส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร

ภาพรวมการส่งข้อมูลบริการจังหวัดสกลนครประเภทข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ สปสช. อนุมัติ ร้อยละ 96.71 ไม่อนุมัติ ร้อยละ 1.94 โครงสร้างไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 0.12 รอ สปสช.พิจารณาละส่งช่องทางอื่น ร้อยละ 0.97 โรงพยาบาลที่มีการส่งข้อมูลบริการประเภทข้อมูลผู้ป่วยนอก ที่ สปสช. อนุมัติมากที่สุด คือ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ร้อยละ 99.91 และโรงพยาบาลที่ สปสช. อนุมัติน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลสกลนคร ร้อยละ 94.32 สำหรับประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่มีการส่งข้อมูลบริการและ สปสช. อนุมัติมากที่สุด คือ โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลที่ สปสช.อนุมัติน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ร้อยละ 91.77

2. การออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการกำกับ ติดตาม และประเมินคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร

โดยใช้ Artificial Intelligence (AI) หรือปัญญาประดิษฐ์ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ชุดบริการและแอปพลิเคชันจาก Google Workspace คือ google drive, google chrome, google sheets, google data studio และ Web application ,k จัดทำ Dashboard โดยนำหน้าแรกของ google data studio มาติดตั้งที่เว็บไซต์ของ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (https://skko.moph.go.th/dward/web/index.php?module=skko_hinso)

ส่วนแสดงผล “Dashboard FDH สกลนคร” สามารถเรียกใช้งานผ่าน Web Browser ดูได้จากอุปกรณ์สื่อสารทุกชนิดที่เชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร Dashboard FDH สกลนคร

3. ประเมินผลลัพธ์ของระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร

3.1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพข้อมูล ประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร พบว่าการส่งข้อมูลของโรงพยาบาลผ่านระบบ FDH กระทรวงสาธารณสุข แล้ว สปสช.รับข้อมูลสำเร็จก่อนการพัฒนามี ร้อยละการรับข้อมูลสำเร็จเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 96.98 ,S.D.=7.62) และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 90.92 , S.D.= 15.84) พบว่า มีข้อมูลที่ สปสช.รับสำเร็จลดลง จึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.541, p = 0.167)

3.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพข้อมูล ประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร พบว่า การส่งข้อมูลของโรงพยาบาลผ่านระบบ FDH กระทรวงสาธารณสุข สปสช. รับข้อมูลสำเร็จก่อนการพัฒนามีร้อยละการรับข้อมูลสำเร็จเฉลี่ย ($\bar{x}$ =13.12, S.D.=18.64) และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$ =26.36,

S.D.=28.51) พบว่ามีข้อมูลที่ สปสช. รับสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008)

3.3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพข้อมูล ประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร พบว่าการส่งข้อมูลของโรงพยาบาลผ่านระบบ FDH กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการพัฒนาข้อมูลมีโครงสร้างไม่ได้มาตรฐานเฉลี่ย ($\bar{X}$ =0.612, S.D.=0.714) และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ =0.136, S.D.=0.208) พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008)

3.4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพข้อมูล ประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร พบว่าการส่งข้อมูลของโรงพยาบาลผ่านระบบ FDH กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการพัฒนาข้อมูลมีโครงสร้างไม่ได้มาตรฐานเฉลี่ย ($\bar{X}$ =0.019, S.D.= 0.200) และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ =0.032, S.D.=0.312) พบว่ามีข้อมูลที่มีโครงสร้างไม่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น จึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.188)

3.5 ผลการเปรียบเทียบจำนวนข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) ผ่านระบบ FDH กระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมของจังหวัดสกลนคร พบว่า ก่อนการพัฒนา (กุมภาพันธ์–มีนาคม 2569) มีข้อมูลติด C จำนวน 10,779 รายการ โดยเป็นข้อมูลที่ต้องแก้ไขส่งใหม่ 7,283 รายการ (ร้อยละ 67.57) และข้อมูลคงเหลือ 3,496 รายการ (ร้อยละ 32.43) ภายหลังการพัฒนา (เมษายน–พฤษภาคม 2569) จำนวนข้อมูลติด C ลดลงเหลือ 6,320 รายการ โดยเป็นข้อมูลที่ต้องแก้ไขส่งใหม่ 3,504 รายการ (ร้อยละ 55.44) และข้อมูลคงเหลือ 2,816 รายการ (ร้อยละ 44.56) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าจำนวนข้อมูลติด C ทั้งหมดลดลง 4,459 รายการ คิดเป็นร้อยละ 41.37 โดยข้อมูลที่ต้องแก้ไขส่งใหม่ลดลงมากที่สุด จำนวน 3,779 รายการ คิดเป็นร้อยละ 51.89 ขณะที่ข้อมูลคงเหลือลดลง 680 รายการ คิดเป็นร้อยละ 19.45 สะท้อนให้เห็นว่าระบบกำกับติดตามคุณภาพข้อมูล FDH ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดจำนวนข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบได้ โดยเฉพาะกลุ่มข้อมูลที่ต้องแก้ไขส่งใหม่ ซึ่งเป็นปัญหาหลักของกระบวนการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขในช่วงก่อนการพัฒนาได้อย่าง

4. การประเมินความพึงพอใจในการของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.17 อายุระหว่าง 20-58 ปี [อายุเฉลี่ย 33.51 ปี ($\bar{x}$= 33.51, S.D. = 9.97)] ต่ำสุด 20 ปี และสูงสุด 58 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.46 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็น พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32.29 เจ้าพนักงานเวชสถิติ ร้อยละ 21.88 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 18.75 การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 56.25 อนุปริญญา ร้อยละ 32.29 มัธยมศึกษาร้อยละ 7.29 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.56 ปี [($\bar{x}$= 10.56, S.D. = 8.37)] ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 35 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 26.04 กลุ่มงานประกันสุขภาพ ร้อยละ 19.79 และกลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ ร้อยละ 14.58 ตามลำดับ

ระดับความพึงพอใจในการของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการกำกับ ติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขด้านคุณภาพ ส่วนของ Dashboard FDH ภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง (3.40 ± 0.28) ซึ่งผลการประเมินความพึงพอใจในแต่ละด้าน ดังแสดงในตารางที่ 7 ดังนี้ ผลการประเมินด้านคุณภาพของระบบสารสนเทศ (system quality) มีผลการประเมินภาพรวมในระดับพึงพอใจมาก (3.52 ± 0.50) ความเชื่อถือได้ (reliability) (3.41 ± 0.57) ความทันเวลา (timeliness) (3.31 ± 0.93) และความง่ายต่อการใช้งาน (ease of use) (3.83 ± 0.82) จากผลการ

ประเมินนั้นพบว่าระบบสารสนเทศสามารถแสดงผลสถานะของข้อมูลได้ เมนูการใช้งานไม่ซับซ้อน ใช้งานง่าย

ด้านคุณภาพของสารสนเทศ (information quality) มีผลการประเมินภาพรวมในระดับความพึงพอใจปานกลาง (3.09 ± 0.68) โดยความสมบูรณ์ (completeness) (2.94 ± 0.72) และเนื้อหา (content) (3.25 ± 0.63) ซึ่งผู้ใช้งานเห็นว่าในเรื่องของการแสดงผลข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน แต่อาจยังไม่ทันเวลากับข้อมูลที่ส่วนกลางแสดงผล แต่การแสดงผลเป็นลักษณะของการแสดงผลในเว็ปกลุ่มงานจึงทำให้ทำหนังสือไม่ชัดเจน

ด้านคุณภาพของการให้บริการ (service quality) มีผลการประเมินในระดับพึงพอใจมาก (3.44 ± 0.77) โดยผู้ใช้งานได้รับการสอนวิธีการใช้งานและช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาจากการใช้งานและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง

ด้านประโยชน์ที่ได้รับ (net benefit) มีผลการประเมินในระดับพึงพอใจมาก (3.65 ± 0.74) นั่นคือระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถติดตามภาพรวมของการส่งข้อมูลได้ง่ายขึ้น ลดขั้นตอนในการเข้าใช้งาน

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน (FDH) ผลการศึกษาพบว่า การส่งข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH ของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนครมีปัญหาสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาคุณภาพข้อมูล 2) ปัญหาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี 3) ปัญหาด้านบุคลากรและการจัดการ 4) ปัญหาการประสานงานและการสนับสนุนทางเทคนิค และ 5) ปัญหาการกำกับติดตามและผลกระทบทางการเงิน ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัลมิได้ขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากการบูรณาการระหว่างคน (People) กระบวนการ (Process) และเทคโนโลยี (Technology) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสารสนเทศสุขภาพสมัยใหม่ โดยเฉพาะภายใต้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ที่ต้องอาศัยข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Aqil และคณะ[16] ที่เสนอกรอบ PRISM Framework ว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมองค์กร ปัจจัยทางเทคนิค และปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ล้วนส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลและประสิทธิผลของระบบสารสนเทศสุขภาพ ในบริบทประเทศไทย ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิทย์ กิริยะ[17] ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้มของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัญหาหลักเกิดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน การขาดมาตรฐานการตรวจสอบข้อมูล และความแตกต่างของศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบข้อมูล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ นอกจากนี้การศึกษาของ รติยา วิภักดิ์ และคณะ[18] ยังพบว่าปัญหาด้านคุณภาพข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เกิดจากการขาดระบบกำกับติดตามที่เป็นรูปธรรมและขาดการคืนกลับข้อมูล (Feedback) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการขาดกลไกติดตามและช่องทางการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินงาน

2. ผลการพัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขโดยใช้วงจร PDSA จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งาน ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลโดยใช้วงจร PDSA ประกอบด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาระบบ Dashboard การจัดทำระบบแจ้งเตือนข้อผิดพลาด การติดตามผลรายเดือน และการจัดระบบให้คำปรึกษาระหว่างหน่วยบริการ ผลการดำเนินงาน

แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบในลักษณะดังกล่าวช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เกิดการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานร่วมกัน และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามแก้ไขปัญหาข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ การศึกษาของ Taylor และคณะ[19] ที่ทบทวนการใช้ PDSA ในองค์กรสุขภาพทั่วโลก พบว่าการใช้วงจร PDSA ช่วยลดข้อผิดพลาดของกระบวนการ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระดับองค์กร ในบริบทประเทศไทย ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของคำมูล แก้วชัยภูมิ[20] ที่พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระดับจังหวัด พบว่าการมีระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การคืนกลับข้อมูล และการสร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบข้อมูล สามารถยกระดับคุณภาพข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพข้อมูลและประสิทธิภาพการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยในที่ สปสช.รับข้อมูลสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008) และข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มีโครงสร้างไม่ได้มาตรฐานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพข้อมูลได้จริง โดยเฉพาะด้านความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของ Data Quality Framework และส่งผลต่อประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด C) ลดลงจาก 10,779 รายการ เหลือ 6,320 รายการ หรือลดลง ร้อยละ 41.37 โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องแก้ไขส่งใหม่ลดลงถึง ร้อยละ 51.89 แสดงให้เห็นว่าระบบ Dashboard การติดตามสถานะข้อมูล และระบบแจ้งเตือนข้อผิดพลาดสามารถช่วยลดปัญหาการส่งข้อมูลผิดพลาดได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Weiskopf และ Weng[21] ที่ระบุว่าการมีระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และความสอดคล้องของข้อมูลในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการและการตัดสินใจ อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละการรับข้อมูลสำเร็จของข้อมูลผู้ป่วยนอกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.167) แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบแล้วก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องจากก่อนดำเนินการพัฒนา โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมากอยู่แล้ว โดยมีอัตราการรับข้อมูลสำเร็จเฉลี่ยสูงกว่า 96.68% จึงเกิดภาวะ Ceiling Effect ซึ่งทำให้การเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาไม่ปรากฏความแตกต่างทางสถิติอย่างชัดเจน

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3.40 ± 0.28) โดยด้านที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ (3.65 ± 0.74) และด้านคุณภาพระบบสารสนเทศ (3.52 ± 0.50)

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองความสำเร็จของระบบสารสนเทศของ DeLone และ McLean[12] ซึ่งระบุว่าคุณภาพของระบบคุณภาพของสารสนเทศและคุณภาพการบริการจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานและประโยชน์ที่ได้รับจากระบบการที่ผู้ใช้งานประเมินด้านประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าระบบ Dashboard FDH ที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้จริง โดยช่วยให้สามารถติดตามสถานะการส่งข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และตรวจสอบผลการเบิกจ่ายได้สะดวกมากขึ้น ส่งผลให้ลดภาระงานและระยะเวลาในการค้นหาข้อมูลผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัลย์ ศรีวิลัย[22] ที่พบว่าระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขที่มีการแสดงผลผ่าน

Dashboard สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ข้อมูลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้งานได้อย่างมีนัยสำคัญอย่างไรก็ตาม ด้านคุณภาพสารสนเทศได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะประเด็นความสมบูรณ์และความทันเวลาของข้อมูล อาจเนื่องจากข้อมูลบางส่วนยังต้องอาศัยการประมวลผลจากระบบส่วนกลางก่อนแสดงผล ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำเสนอข้อมูล ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมในอนาคต

โดยสรุปการพัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพข้อมูลบริการสาธารณสุขผ่านระบบ FDH จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้วงจร PDSA สามารถยกระดับคุณภาพข้อมูล ลดปัญหาข้อมูลผิดพลาด เพิ่มประสิทธิภาพการรับข้อมูลและการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ รวมทั้งสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้งานระบบในระดับดี ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการทั้งด้านบุคลากร กระบวนการทำงาน เทคโนโลยีสารสนเทศ และการบริหารจัดการองค์กร จึงจะสามารถพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและรองรับนโยบายสุขภาพดิจิทัลของประเทศได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของระบบกำกับติดตามคุณภาพข้อมูล FDH อย่างน้อย 1–3 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2) ควรศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของการพัฒนาระบบ เช่น การลดการสูญเสียรายได้จากข้อมูลไม่สมบูรณ์ ต้นทุนการดำเนินงาน และความคุ้มค่าของการลงทุนด้านระบบสารสนเทศ

3) ควรศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัล โดยบูรณาการมิติด้านเทคโนโลยี บุคลากร องค์กร และภาวะผู้นำ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 4 ขั้นตอน ตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาลด้วยตนเอง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/4-9
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 4 ขั้นตอน ตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาลด้วยตนเอง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/4-9
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 8 (พ.ศ. 2565–2569) [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/ 20211223061654.pdf
4. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. มติบอร์ด สปสช. ขยายสิทธิบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ เฟส 3 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักข่าว Hfocus; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/03/29999
5. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. ชุดข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (Financial Data Hub: FDH) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dhes.moph.go.th /?page_id=18280
6. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การ ส่งข้อมูลผ่านระบบศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน (Financial Data Hub: FDH). นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข; 2568.

7. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี. รายงานผลการดำเนินงานการส่งข้อมูลบริการเพื่อขอรับชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์ผ่านระบบ FDH เขตสุขภาพที่ 8. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
8. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ.(2566). รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวง; 2566.
9. พงศธร พอกเพิ่มดี. การขับเคลื่อนนโยบาย ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2024/06/V6-DHT-30-bath.pdf
10. The W. Edwards Deming Institute. PDSA cycle [Internet]. Ketchum (ID): The Institute; [cited 2025 Jun 22]. Available from: https://deming.org/explore/pdsa-cycle/
11. กุลฉัตร ยงยืนนาน, ฐิตารีย์ ศิริศรีษรชัย และอุดมสิทธิ์ จีรสิทธิ์กุล. การพัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยนอกของแพทย์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลราษฎร์บูรณะ. วารสารโรงพยาบาลเจริญ กรุงประชารักษ์ 2565;18(2):43-61.
12. Delone WH, McLean ER. The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update. Information System 2003; 19: 9-30.
13. มานพ คณะโต. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพในระบบสุขภาพชุมชน (Qualitative research methodology in community health system). ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพ
14. จำเนียร จวงตระกูล, นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์. การวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการ. 2566;1(2):1-15.
15. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. 1932;22(140):1-55.
16. Aqil A, Lippeveld T, Hozumi D. PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. Health Policy Plan. 2009;24(3):217-28. doi: 10.1093/heapol/czp010.
17. สุวิทย์ กิริยะ. กระบวนการพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยใช้วงจรคุณภาพของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;2(3):44-58.
18. รติยา วิภักดิ์, นิรุวรรณ เทรินโบล์ และเสถียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัด ร้อยเอ็ด.วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2560;18(2):69-83.
19. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. (2014). Systematic review of The application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):290-8. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862.
20. คำมูล แก้วชัยภูมิ. การพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2564;41(2):1-14.
21. Weiskopf NG, Weng C. Methods and dimensions of electronic health record data quality assessment: enabling reuse for clinical research. J Am Med Inform Assoc. 2013;20(1):144-151. doi:10.1136/amiajnl- 2011-000681.
22. มาลีวัลย์ ศรีวิลัย. การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย. LPHJ [อินเทอร์เน็ต]. 9 มกราคม 2562 [อ้างถึง 7 มิถุนายน 2568];13(1):14-2. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ//article/view/165595

การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก; เปรียบเทียบ 2 กรณี
NURSING CARE OF NORMAL LABOR WITH EARLY POSTPARTUM HEMORRHAGE; COMPARISON OF 2 CASE.

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ดารุณี แสนโคตร[1]
Darunee sankort[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยเลือกกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในผู้คลอดที่เข้ารับบริการคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2567 - เมษายน 2567 เก็บรวมรวมข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต โดยการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาครอบคลุม เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา กรณีศึกษาผู้คลอดทั้ง 2 รายพบว่าการเกิดภาวะ postpartum Hemorrhage with shock with Anemia มีสาเหตุการตกเลือดและปัจจัยส่วนบุคคลที่ความแตกต่างกัน รายที่ 1 สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากการหดรัดตัวไม่ดี รายที่ 2 สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีเนื่องจากมีภาวะรกค้าง ซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแลทั้ง 2 กรณีได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย
คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การพยาบาล

Abstract

This case study aimed to investigate the nursing care of mothers with normal deliveries and early postpartum hemorrhage. Two case studies were specifically selected from mothers who experienced postpartum hemorrhage at Huai Mek Hospital, Kalasin Province, from February 2024 to April 2024. Data were collected from medical records, patient and family interviews, and observation. Case study analysis covered risk factors, diagnosis, treatment, nursing problems and diagnoses, and nursing activities using the nursing process.

The study results from two case studies showed that postpartum hemorrhage with shock and anemia had different causes of bleeding and personal factors. In case 1, the postpartum hemorrhage was caused by poor uterine contractions. In case 2, the postpartum hemorrhage was caused by poor uterine contractions due to retained placenta. The ultimate outcome of care in both cases was that the patients were transferred to a higher-level hospital for further treatment, and the patients were safe without dangerous complications.
Key words: postpartum hemorrhage, Nursing Care

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลกคิดเป็น 1 ใน 3 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564)สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 33.03, 23.53 และ 23.42 ตามลำดับ[1,2,3]

จากสถิติโรงพยาบาลห้วยเม็กปี 2565-2567 พบมารดาตกเลือดหลังคลอดปีละ 1 ราย สาเหตุมาจากมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด , มดลูกหดรัด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก

ตัวไม่ดีและมีภาวะรกค้าง (งานสารสนเทศโรงพยาบาลห้วยเม็ก,2567) จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเปรียบเทียบผู้คลอด 2 รายเพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลมารดาคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวและมีภาวะรกค้าง : กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยเม็ก ในเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึง กรกฎาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบ ด้วย แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part 2) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตโดยการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ/ สถานภาพ เชื้อชาติ/ศาสนา น้ำหนัก/ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา จำนวนวันที่รักษา จำหน่ายโดย	มารดาอายุ 30 ปี สถานภาพ คู่ เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ น้ำหนัก64 กก ส่วนสูง152 ซม. ปริญญาตรี พนักงานโรงงาน ประกันสังคม 1 วัน Refer	มารดาอายุ 40 ปี สถานภาพ คู่ เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ น้ำหนัก74 กก ส่วนสูง156 ซม. ประถมศึกษาปีที่ 6 เกษตรกรรม ผู้มีรายได้น้อย 1 วัน Refer
ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์	$G_2P_1A_0L_1$ GA39^{+1} wks ฝากครรภ์ครั้งแรก GA12^{+6} ที่คลินิกเอกชน ครบ 8 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lab 1: Hct 34.1 vol%, VDRL Non reactive, Anti HIV negative, HbsAg Negative, DCIP negative,	$G_5P_4A_0L_4$ GA ประมาณ 39 wks by U/S ไม่ได้ฝากครรภ์ ผลตรวจ Lab แรกรับ Hct 39.4 vol%, VDRL Nonreactive, AntiHIV negative, HbsAg Negative, DCIP negative, MCV 82.8 Methamphethamine positive

	Lab 2 : Hct 32.8 vol%	
ประวัติการตั้งครรภ์การคลอด และการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยใครอบครัว ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ แบบแผนสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	$G_2P_1A_0L_1$ ครรภ์แรกคลอดปกติ อายุบุตร 2 ปี 10 เดือน ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาอาหารและสารเคมี ก่อนตั้งครรภ์นี้คุมกำเนิดโดยใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ตนเองและสามีอยากมีบุตรคนที่สองจึงหยุดฉีดยาคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ 6 เดือน	$G_5P_4A_0L_4$ ครรภ์ที่ 1-4 คลอดปกติ อายุบุตรคนสุดท้อง 6 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาอาหารและสารเคมีต่างๆ ก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้คุมกำเนิดโดยการใช้ยาฝังคุมกำเนิด หยุดฝังยาคุมกำเนิดมาประมาณ 1 ปี จึงตั้งครรภ์ครั้งนี้
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน เป็นก่อนมา 40 นาที	เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีมูกเลือดเป็นก่อนมา1 ชม. 40 นาที
อาการและอาการแสดงแรกรับ	แรกรับเวลา 04.40 น. Vital Signs: BT 36.8 °C, PR 90 ครั้ง/นาที, RR 20ครั้ง/นาที, BP103/67 mmHg, FHS 143ครั้ง/นาที EFW 3,000 กรัม Cervix fully dilatation Effacement 100 % Station +3 Membranes: Ruptured Color Clear	แรกรับเวลา 08.35 น. Vital Signs: BT 37.0 °C, PR 80 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP123/67 mmHg FHS 146ครั้ง/นาที Cervix fully dilatation ,Effacement 100 % Station +3 Membranes: Ruptured Color Clear
การวินิจฉัยแรกรับ	$G_2P_1A_0L_1$ with labor pain	$G_5P_4A_0L_4$ with labor pain
ข้อมูลอาการและอาการแสดงขณะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด	เวลา 04.54 น. มารดาคลอด normal labor with RML ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,850 กรัม ทำคลอดรกโดยวิธี Controlled cord traction รกคลอดครบ น้ำหนัก 400 กรัม หลังรกคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี คลึงมดลูกไล่ blood	เวลา 08.50 น มารดาคลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,090 กรัม ทำคลอดรกโดยวิธี Controlled cord traction รกติดแน่น มดลูกหดรัดตัวไม่ดีไม่มี active bleed Vital Signs: BT 36.6 °C, PR 90 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที
ข้อมูลอาการและอาการแสดงขณะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด	clot Blood loss 200 ml perineum: Episiotomy 2 degree tear ไม่มี Bleed ซึม Vital Signs: T 36.6 °C, P 116 ครั้ง/นาที, BP 100/64 mmHg ฉีด Methergin 1 amp IV on 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 20 unit iv drip 80 ml/hr สวนปัสสาวะทิ้งได้ 50 ml เวลา 05.30น. หลังเย็บแผลมดลูกหดรัดตัวไม่ดี คลึงมดลูกมี Blood clot เพิ่ม 300 cc Total Blood loss ในถุงตวงเลือด 500 cc มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น Vital Signs: T 36.7 °C, P 120 ครั้ง/นาที, BP 101/61 mmHg Hct stat 28 vol% รายงานแพทย์ให้ 0.9 % NSS 1000ml + oxytocin 20 unit drip 120 ml/hr ,Methergin 1 amp iv อีก 1 dose และ on0.9 % NSS 1,000 ml iv free flow แขนอีกข้าง Retain Foley's catheter ได้ urine 50 ml 05.35 มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น Vital Signs: T 37.0 ℃	BP113/62 mmHg 09.40 น. ประเมินเลือดที่ออก 300 ml รายงานแพทย์มี order on 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 20 unit iv drip 120 ml/hr ให้ Methergin 1 amp iv และ on 0.9 % NSS 1,000 ml iv free flow แขนอีกข้าง Retain Foley's catheter ได้ urine100 ml เจาะ lab จอง PRC 2 unit เวลา 09.55 น. Blood loss 600 ml รกยังไม่คลอด BT 36.6 °C, PR 92 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP100/59 mmHg แพทย์ consult สูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายมี order 0.9 % NSS 1000 ml + oxytocin 40 unit iv drip 120 ml/hr on 0.9 % NSS 1,000 ml iv free flow อีก 1 ขวด ให้ PRC 1 unit เวลา 10.15 น. รกยังไม่คลอด Blood loss 800 ml เวลา 10.24 น. Blood loss 1,000 ml Vital Signs: BT 36.5 °C, PR 105 ครั้ง/

	PR 115 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 105/60 mmHg แพทย์ให้เจาะ Hct ทุก 8 ชม เวลา 14.00 น. Hct 25 % เวลา 21.45 น. มารดารู้สึกตัวดี Vital Signs: T 37.3 ℃ PR 88 ครั้ง/นาที, BP 108/60 mmHg Hct 20 % Consult สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลแม่ข่ายพิจารณาให้ Referเวลา 22.10 น.	นาที RR 22 ครั้ง/นาที BP 111/71mmHg แพทย์เวร consult สูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายให้ Refer ได้ ระหว่างนำส่งใส่ถุงตวงเลือด ตลอดเวลาพบ total blood loss 1,300 cc มารดารู้สึกตัวดี Vital Signs: BT 36.8 ℃, PR 118 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที BP 101/69 mmHg
การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย	$G_2P_1A_0L_1$ GA39^{+1} with normal labor with postpartum Hemorrhage with shock with anemia	$G_5P_4A_0L_4$ with normal labor with postpartum Hemorrhage with Uterine Atony with Retain placenta with shock with Anemia

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก	**ข้อมูลสนับสนุน** 1. มดลูกหดรัดตัวไม่ดี 2.Total Blood loss 600 CC 3. มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด 4. Hct 20 % 5.มีภาวะ Precipitate labor	**ข้อมูลสนับสนุน** 1.มดลูกหดรัดตัวไม่ดีเนื่องจากรกค้าง 2.Total Blood loss 1,300 cc 3.มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด 4.มีภาวะ Precipitate labor
	วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะตกเลือด **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 60-100ครั้ง/นาที, RR 16-24 ครั้ง/นาที, BP 90/60 -130/90 mmHg 2.มดลูกหดรัดตัวดี 3.ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด < 50 cc/hr 4. Hct ลดลง < 2vol% **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน ER 2.ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะ stable 3.คลึงมดลูกและกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในมดลูกประเมินการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือด 4.ตรวจดูการฉีกขาดของช่องทางคลอดและเย็บซ่อมแซม 5.ดูแลให้มารดาได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ดังนี้ 5.1 ให้ Methergin 1 amp IV 5.2 ให้ 0.9 % NSS1000 ml+ oxytocin 20 unit iv drip 120 ml/hr 6.ให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM	**วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะตกเลือด **เกณฑ์การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 60-100ครั้ง/นาที, RR 16-24 ครั้ง/นาที, BP 90/60 -130/90 mmHg 2.มดลูกหดรัดตัวดี 3.ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด < 50 cc/hr 4. Hct ลดลง < 2vol% **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน ER 2.ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะ stable 3.คลึงมดลูกและกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในมดลูก ประเมินการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือด 4.ตรวจดูการฉีกขาดของช่องทางคลอดและเย็บซ่อมแซม 5.ดูแลให้มารดาได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ดังนี้ 5.1 ให้ Methergin 1 amp IV 5.2 ให้ 0.9 % NSS1000 ml+ oxytocin 20 unit iv drip 120 ml/hr 6.ให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM 7. Retain Foley's catheter 8.ตรวจ Hct ทุก 4 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. Retain Foley's catheter 8.ตรวจ Hct ทุก 4 ชั่วโมง **ประเมินผลการพยาบาล** 1.รู้สึกตัวดี มดลูกแข็งตัวดี 2.แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี Bleed ซึม ไม่มี Hematoma 3.Hct จาก 25 vol % ลดลงเป็น 20 vol % 4.vital signs T 36. ℃, P 116 ครั้ง/นาที, BP 114/76 mmHg 5.ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1ผืนใน2ชั่วโมงแรกและ1ผืนใน4ชั่วโมงต่อมา 6. Refer โรงพยาบาลแม่ข่าย	9.เตรียมเลือดและให้เลือด (PRC 1 unit) ตามแผนการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** 1.หลังทารกคลอด 2 ชั่วโมง 30 นาที รกยังไม่คลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี total blood loss 1,300 ml Vital Signs: BT 36.8 ℃, PR 118 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที BP 101/69 mmHg 2. Hct จาก 39.4 vol % ลดลงเป็น 32.0 vol % 3.แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี Bleed ซึม 4. Refer โรงพยาบาลแม่ข่าย
2. มีภาวะช็อก ระดับ 2 เนื่องจากสูญเสียเลือดและน้ำ	**ข้อมูลสนับสนุน** 1. Total Blood loss 600 ml 2. Hct 20 % 3. ชีพจรเบาเร็ว 116 ครั้ง/นาที **วัตถุประสงค์** 1.ไม่เกิดภาวะช็อก ระดับ 3 -4 **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ระดับความรู้สึกตัวดี 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 60-100 ครั้ง/นาที, RR 16-24 ครั้ง/นาที,BP 90/60 – 130/90 mmHg PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที BP 90/60 – 130/90 mmHg 3. O_2sat> 95 % 4.urine output > 30 cc/hr **กิจกรรมการพยาบาล** 1. Monitor NIBP จับ O2 sat ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่ 2. ให้ออกซิเจน On O2 mask with Bag 10 LPM 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml 2 เส้นโดย ใช้เข็มNo.18 4.ประเมินภาวะ Shock เช่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว > 100 หรือ <60 ครั้ง /นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg รายงานแพทย์ทันที 5. สังเกตอาการซีดโดยดูลักษณะของสีผิวหนัง สีเล็บ เยื่อบุตา **ประเมินผลการพยาบาล** 1.มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะช็อก ระดับ 3 - 4 2. มารดารู้สึกตัวดี	**ข้อมูลสนับสนุน** 1.Total Blood loss 1,300 ml 2. Hct จาก 39.4 vol % ลดลงเป็น 32.0 vol % 3. PR 118 ครั้ง/นาที **วัตถุประสงค์** 1.ไม่เกิดภาวะช็อก ระดับ 3 -4 **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ระดับความรู้สึกตัวดี 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 60-100 ครั้ง/นาที, RR 16-24 ครั้ง/นาที,BP 90/60 – 130/90 mmHg PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที BP 90/60 – 130/90 mmHg 3. O_2sat> 95 % 4.urine output > 30 cc/hr **กิจกรรมการพยาบาล** 1. Monitor NIBP จับ O2 sat ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่ 2. ให้ออกซิเจน On O2 mask with Bag 10 LPM 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml 2 เส้นโดย ใช้เข็มNo.18 4.ประเมินภาวะ Shock เช่นชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว > 100 หรือ <60 ครั้ง /นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg รายงานแพทย์ทันที 5. สังเกตอาการซีดโดยดูลักษณะของสีผิวหนัง สีเล็บ เยื่อบุตา **ประเมินผลการพยาบาล** 1.มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะช็อก ระดับ 3 - 4 2. มารดารู้สึกตัวดี 3.Hct 32.0 vol %

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3.Hct 20 vol % 4.vital signs T 36. °C, P 98 ครั้ง/นาที, BP114/76 mm Hg 5. O_2sat 98 % 6.urine output 120 ml/hr	4. vital signs:BT 36.8 °C, PR 118 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที BP 101/69 mmHg 5. O_2sat 98 % 6.urine output 200 ml/hr
3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด	**ข้อมูลสนับสนุน** 1.ผู้ป่วยและญาติสีหน้ากังวล 2.ญาติผู้ป่วยสอบถาม “คนไข้จะเป็นอะไรมากหรือไม่ครับ” **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล 2.เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการ การรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา **เกณฑ์การประเมินผล** 1.สีหน้าคลายความวิตกกังวล 2.ให้ความร่วมมือในการรักษา **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและครอบครัวด้วยท่าทีเป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2.รับฟังและเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก เพื่อให้คลายความเครียด 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาตลอดจนการให้การพยาบาลเพื่อให้มารดาและญาติเข้าใจ`และให้ความร่วมมือ 4. ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเต็มใจช่วยเหลือเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ 5. พูดคุยปลอบโยนให้ความมั่นใจและกำลังใจ เพื่อให้ความรู้สึกอบอุ่นใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา	**ข้อมูลสนับสนุน** 1.ผู้ป่วยและญาติสีหน้ากังวล 2. ญาติดูกังวล เดินไปมาและโทรศัพท์หาญาติที่บ้านบ่อยครั้ง **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล 2.เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการ การรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา **เกณฑ์การประเมินผล** 1.สีหน้าคลายความวิตกกังวล 2.ให้ความร่วมมือในการรักษา **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและครอบครัวด้วยท่าทีเป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2.รับฟังและเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก เพื่อให้คลายความเครียด 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาตลอดจนการให้การพยาบาลเพื่อให้มารดาและญาติเข้าใจ`และให้ความร่วมมือ 4. ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเต็มใจช่วยเหลือเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ 5. พูดคุยปลอบโยนให้ความมั่นใจและกำลังใจ เพื่อให้ความรู้สึกอบอุ่นใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา
4.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ	**ข้อมูลสนับสนุน** 1.มารดามีภาวะตกเลือด 2. Hct 20 vol% 3.มารดามีภาวะ shock แพทย์พิจารณาส่งต่อ **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในขณะนำส่ง **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ระดับความรู้สึกตัวดี 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 60-100 ครั้ง/นาที, RR 16-24 ครั้ง/นาที,BP 90/60 – 130/90 mmHg	**ข้อมูลสนับสนุน** 1.มารดามีภาวะตกเลือด total blood loss 1,300 ml 2. Hct ลดลงจาก 39.4 เป็น 32.0 vol% 3.มารดามีภาวะ shock แพทย์พิจารณาส่งต่อ **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในขณะนำส่ง **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ระดับความรู้สึกตัวดี 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 60-100 ครั้ง/นาที, RR 16-24 ครั้ง/นาที,BP 90/60 – 130/90 mmHg 3. O_2sat> 95 %

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3. O_2sat> 95 % 4.urine output > 30 cc/hr 5. ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด < 50 cc/hr **กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดให้มีพยาบาลนำส่ง 2 คน 2.ประเมินสัญญาณชีพ O_2sat และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที 3. ให้ O2 mask with Bag 10 LPM 4.ประเมินการแข็งตัวของมดลูก คลึงมดลูกสังเกตปริมาณเลือดที่ออก 5. ดูแลให้มารดาได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา 7. บันทึกอาการของผู้ป่วยขณะนำส่ง **ประเมินผลการพยาบาล** 1.มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออก ใจสั่น 2.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 96 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที,BP 114/74 mmHg O_2sat> 98 % 3.มดลูกหดรัดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1/3 ผืน	4.urine output > 30 cc/hr 5. ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด < 50 cc/hr **กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดให้มีพยาบาลนำส่ง 2 คน 2.ประเมินสัญญาณชีพ O_2sat และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที 3. ให้ O2 mask with Bag 10 LPM 4.ประเมินการแข็งตัวของมดลูก คลึงมดลูกสังเกตปริมาณเลือดที่ออก 5. ดูแลให้มารดาได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา 7. บันทึกอาการของผู้ป่วยขณะนำส่ง **ประเมินผลการพยาบาล** 1.มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออก ใจสั่น 2.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Vital Signs: BT 36.8 °C, PR 118 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที BP 101/69 mmHg 3.ปริมาณเลือดที่ออกในถุงตวงเลือด 300 ml

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีลักษณะข้อมูลที่แตกต่างกัน ข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่อายุของมารดา รายที่ 1 อายุอยู่ในช่วงที่เหมาะสมในการมีบุตรคือ18 – 35 ปี ส่วนรายที่ 2 อายุ 40 ปี การตั้งครรภ์ในช่วงวัยนี้จัดเป็นกลุ่มครรภ์ความเสี่ยงสูงซึ่งต้องได้รับการดูแลจากสูตินรีแพทย์อย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การได้รับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัวมีผลต่อความคิด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพส่งผลให้มารดารายที่ 2 มีการรับรู้ในการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง คือไม่มาฝากครรภ์ มีการใช้สารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ ส่วนสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดรายที่ 1 คือมีภาวะคลอดเร็ว(Precipitate labor) และมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ส่วนรายที่ 2 มีสาเหตุจากมารดาตั้งครรภ์ครั้งที่ 5 ใช้สารเสพติด มีภาวะคลอดเร็ว(Precipitate labor)และมดลูกหดรัดตัวไม่ดีเนื่องจากมีภาวะรกค้าง ทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน ได้รับการดูแลและการรักษาเพื่อป้องกันภาวะที่อาจเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้ง 2 ราย[4,5]

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดถือเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดา พยาบาลผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะอยู่ใกล้ชิดกับมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลมารดาจึงต้องมีความรู้และทักษะใน

การดูแลตั้งแต่การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การดูแลขณะมีภาวะตกเลือด การฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอด โดยมีการทบทวนการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดและมีการเพิ่มทักษะในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division: Retrieved from http://apps.who.int/iris/ bit stream/10665/112682/2/9789241507 226_eng.pdf?ua=1.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2566, 08, 10). อัตราส่วนการตามมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. สืบค้นจาก https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/changwat.
3. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564.
4. ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2565). การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สยามพิมพ์นานาจำกัด.
5. พิรุฬห์ สิทธิพล. (2020). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา.Academic Journal of Mahasarakham Provincial Pubic Health Office,277-292 ขอนแก่น. สืบค้นจาก https://hpci.anamai.moph.go.th/kpr/kpr2566/report66.

การพยาบาลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษา

Nursing Care of an Elderly Patient with Hip Fracture Complicated by Hospital-Acquired Infection in a Community Hospital : Case Study.

(Received: June 23,2026 ; Revised: June 26,2026 ; Accepted: June 28,2026)

ปิยวรรณ ประดิษฐ์ผล[1]
Piyawan Praditphon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในระบบต่างๆ รวมถึงภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ป่วยรายนี้เป็นหญิงไทย อายุ 89 ปี ที่มีประวัติหกล้ม ส่งผลให้เกิดกระดูกหักบริเวณคอสะโพกด้านซ้าย (Closed fracture Left neck of femur) ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการผ่าตัด รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา 3 วัน แพทย์ให้กลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ร่วมกับมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) และปอดอักเสบ (LLL Pneumonia) รวมทั้งภาวะสมองเสื่อม จึงได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ (Conservative) และได้รับการดูแล โดยทีมพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยมุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลระบบหายใจ การดูแลโภชนาการ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการดำเนินการตามแนวทาง Advance Care Plan (ACP)

ผลการดูแลรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่พบการติดเชื้อใหม่ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารทางสายยางได้ดี ไม่มีแผลกดทับ ญาติมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การใช้กระบวนการการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับ การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาและไม่มีภาวะการติดเชื้อเพิ่มเติมในร่างกาย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, กระดูกสะโพกหัก, ภาวะติดเชื้อ, กรณีศึกษา

Abstract

This study was case study aimed to examine the nursing process and approaches for preventing complications in elderly patients with hip fractures complicated by infections in various body systems, including dementia. The patient in this case study was an 89-year-old Thai woman with a history of falling, resulting in a closed fracture of the left neck of femur. The patient and her relatives refused surgical treatment. She was admitted to Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital for 3 days before being referred to a community hospital near her home for continued treatment. The patient also had pulmonary embolism, left lower lobe pneumonia (LLL pneumonia), and dementia. Therefore, conservative treatment was provided, along with close monitoring and nursing care by the healthcare team. Nursing care focused on the prevention of complications, respiratory care, nutritional support, infection surveillance, and implementation of the Advance Care Plan (ACP).

The results showed that the patient remained in stable condition without new infections or fever. She tolerated tube feeding well and developed no pressure ulcers. Her relatives demonstrated understanding and cooperation in the care process. The application of a systematic nursing process together with multidisciplinary

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา

team collaboration contributed to appropriate and safe patient care, prevented complications related to treatment, and reduced the risk of additional infections.

Keywords: Hip fracture, Infection prevention, Elderly, Case study

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2565 และคาดว่าปี พ.ศ.2583 ผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ.2565 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ หกล้มทุกปีหรือปีละกว่า 3 ล้านราย โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 - 3 เท่า และร้อยละ 20 ได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการบาดเจ็บบริเวณต้นขาและข้อสะโพก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก[1] ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิต และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน[2]จากสถิติการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักของโรงพยาบาลขามสะแกแสง ปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า มีผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมาใช้บริการ จานวน 22, 29 และ 34 ราย ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุของภาวะกระดูกสะโพกหักแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีแรงกระแทกรุนแรง และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ[2,3]

การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย คือการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกตามข้อบ่งชี้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและลงน้ำหนักได้เร็ว ลดการเกิดกระดูกติดผิดรูป (Malunion) หรือข้อสะโพกผิดรูป ช่วยให้การทำหน้าที่ของข้อสะโพกกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการบาดเจ็บ ลดอาการปวด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงเดิม[2,4]

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายชนิดและมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินหายใจ แผลกดทับ ภาวะข้อสะโพกผิดรูป ข้อยึดติด ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[5,6]

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ หากผู้ป่วยได้รับการประเมินและการพยาบาลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก โดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล (Healthcare-Associated Infection: HAI)[2,7]

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic Geriatric Nursing Care) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการประเมินปัญหาครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control: IPC) ซึ่งประกอบด้วย Standard Precautions การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การดูแลอุปกรณ์คาสายต่าง ๆ และการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล (Healthcare-Associated Infections: HAI) ร่วมกับแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP)[8] เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีโรคร่วมหลายระบบ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะติดเชื้อ และภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชน

2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยไม่ยินยอมผ่าตัด

3. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ไม่ยินยอมผ่าตัด

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล

2. ขออนุญาตผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการลงนามในใบยินยอมการรักษาพยาบาล และการขออนุญาตเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วยครอบครัว และ/หรือญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้โดยไม่ส่งผลต่อการได้รับบริการใดๆ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย ตำรา แฟ้มประวัติผู้ป่วย ปรึกษาแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญ

5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา จัดทาเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงานตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

เผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ผ่านการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลก่อนดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการศึกษาแก่ญาติผู้ป่วย พร้อมขอความยินยอมในการนำข้อมูลมาศึกษาและเผยแพร่ในเชิงวิชาการ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในลักษณะ

ภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย 89 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ ว่างงาน รับ Refer กลับจากโรงพยาบาลศูนย์ โดยญาติให้ประวัติว่า 13 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเดินเข้าห้องน้ำ แล้วล้มเอง ลำตัวด้านขวากระแทกพื้น หลังจากนั้นมีอาการปวดต้นขาข้างขวา ยกขาไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน แพทย์ตรวจร่างกาย และ X-ray พบว่ากระดูกข้อสะโพกหัก Dx. CFX Lt. neck of femur แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลศูนย์ ตั้งแต่วันที่ 17 กันยายน 2568 – 30 กันยายน 2568 เป็นเวลา 13 วัน ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการผ่าตัด Sx. Ortho conservative การรักษาที่ได้รับ On skin traction 2 kg. การวินิจฉัยล่าสุด คือ 1) CFX Lt. neck of femur 2) Pulmonary embolism 3) LLL Pneumonia 4) Dementia Plan ให้ยา Enoxaparin+ Warfarin keep INR 2-3, Ciprofloxacin 7 day. ต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

วันที่ 30 กันยายน 2568 เวลา 20.14 น.รับย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อกลับมานอนให้ยาต่อจนครบ และมีนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลศูนย์ อีกครั้งวันที่ 14 ตุลาคม 2568 แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน พูดบ่นคนเดียว ไม่ทำตามคำสั่ง ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหรือหอบเหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ On O_2 Canular 3 LPM ,On NG Tube Feed BD 1:1 300 ml X 4 feed ,Retain Foley ‘s catheter ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส สะโพกข้างซ้ายไม่บวม ขยับแนวราบได้ แต่ยกไม่ได้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/89 มิลลิเมตรปรอท วัดระดับ O_2 Saturation = 97 room air ตรวจร่างกายทั่วไป PE HEENT pale conjunctiva ,anicteric sclerae ,Heart normal S1S2, no murmur ,CRT < 2 Secs ,Lung Clear, equal BS BL ,Ext. no edema ,Neuro E1V2M4 Pupil 3 min RTLBE ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม ระหว่างนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลา 14 วัน เพื่อให้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลศูนย์ และได้รับการดูแลติดตามอาการหลังได้รับยา ได้รับการกระตุ้น pulmonary exercise และกระตุ้นลุกนั่งบ่อย ๆ ติดตามผล F/U chest 4/10/2568 ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นเวลา 14 วัน พบว่าผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหายใจหอบปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ให้อาหารทางสายยาง Feed BD (1:1) 300*4 ครั้ง ผู้ป่วยรับได้หมด บริเวณข้อสะโพกไม่มีบวมแดง ไม่ปวด ขยับแนวราบได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วม จนกระทั่งวันที่ 14 ตุลาคม 2569 ได้ส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการตรวจติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตามนัดของแพทย์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 30 ก.ย 2568

CBC

WBC 8.63 X 10^3 /uL

RBC4.78X10^6/uL

HCT 31 % MCV 64.9 fl

MCH 20.7 pg MCHC 31.9 g/dl

Platelet count 506 X 10^3 /ul

Neutrophil 75.3 % Lymphocyte 15.3 %

Monocyte 7.5 % Eosinophil 1.6%

BUN 17 Cr.0.81

eGFR 64.60 K 4.18

Na 1.34 Cl 82
TCO2 31.4 An-Gap 24.8
INR 1.145 PT 14.7
วันที่ 2 ต.ค 68
UA: Urine protein 1+ leukocyte 3+
Nitrate Positive WBC 10-20
RBC 0-1 Epithelial cell 1-2
Urine culture: Mixed 3 organisms
วันที่ 3 ต.ค 68 INR 1.274 PT 16.2
วันที่ 6 ต.ค 68
UA: Urine protein trace leukocyte 3+
Nitrate Positive WBC 10-20
RBC 1-2 Epithelial cell 1-2
วันที่ 7 ต.ค 68
HCT 32% DTX 146 mg%
วันที่ 8 ต.ค 68
HCT 30% INR 1.422 DTX 145 mg%
วันที่ 9 ต.ค 68
UA : Urine protein trace leukocyte 3+
Nitrate Positive WBC 5-10
RBC 0-1 Epithelial cell 1-2
วันที่ 12 ต.ค 68
INR 1.518 PT 19.0

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)

1. CFX Lt. neck of femur
2. Pulmonary embolism
3. LLL Pneumonia
4. Dementia

การรักษา

1. On NG Feed BD 300 ml x 4 feed
2.Haloperidol(C) 0.5 mg. 1X1 oral Hs.
3. CALCIUM (C) 1000 mg. 1X1 oral OD.
4. Calciferol 20,000 u. 1 แค็ปซูล
รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด สัปดาห์ละ1 ครั้ง หลังอาหารเช้า วันจันทร์
5. ENOXAPARINE 0.4 cc Sc. q 12 hr. ห้ามIM
6. Amlodipine 1X2 oral Pc.
7. VITAMIN B CO-ED 1X1 oral OD.
8. Ciprofloxacin 500 mg 1X2 oral Pc. (7 day)
9.Aambroxol 1X3 oral Pc.
10. LACTULOSE(B) 2 Tsp. oral Hs.
11. Warfarin 3 mg. ½ X1 Hs. (off 3 ต.ค 68)
12. Ceftriaxone 2 gm. IV. OD
13. Acetin 2 ซองละลายน้ำ 3 เวลาหลังอาหาร
14. Berodal 1 NB. Q 6 Hr.
15. Retain Foley ‘s catheter
16. กระตุ้น Pulmonary exercise & ลุกนั่งบ่อย ๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

จากการประเมินอาการและอาการแสดงที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายในแต่ละระยะของการรักษาพยาบาลกรณีศึกษารายนี้ ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด **เป้าหมาย** เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ	1.ประเมินลักษณะภาวะพร่องออกซิเจน อาการเหนื่อย หายใจหอบ และการหายใจ 2. จัดท่านอนศีรษะสูง และดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม พร้อมช่วยจัดท่าเปลี่ยนท่าที่เหมาะสมทุก 2 ชม. 3.ดูแลให้ O_2 canular 3 lit/min keep O_2 sat ≥ 95% 4.ดูแลให้ได้รับยารับประทาน ยาพ่น และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม.หรือตามแผนการรักษาและตามความรุนแรงของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6.ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางตามแผนการรักษา พร้อมจัดท่าให้เหมาะสมขณะให้อาหารทางสายยาง 7.ดูแลกระตุ้น Pulmonary exercise และลุกนั่งบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของปอด 8.ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้กรณีเช็ดตัวแล้วไข้ยังไม่ลดตามแผนการรักษา **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หรือ dyspnea ฟัง Lung Clear หายใจไม่มี Retraction นอนพักได้ ไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที O_2 sat 96% room air
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน/ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด หรือพลัดตกหกล้ม **เป้าหมาย** เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและคงสภาพของกล้ามเนื้อและข้อต่อไม่ให้ยึดติด และไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ	1.ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลทุก 2 ชั่วโมง โดยระมัดระวังท่าทางของสะโพกข้างซ้ายที่หัก 2.ดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ หากผู้ป่วยขับถ่ายต้องรีบทำความสะอาดและซับให้แห้งทันที เพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อยยุ่ย 3.ใช้ที่นอนลมหรืออุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ปุ่มกระดูกสะโพก ก้นกบ และส้นเท้า 4.ทำกายภาพบำบัดเบาๆ โดยการออกกำลังกายชนิดที่ผู้พยาบาลทำให้ (Passive/ ROM/ exercise) สำหรับข้อต่อส่วนที่ไม่ได้หัก และกระตุ้นให้ขยับขาข้างซ้ายในแนวราบตามที่ผู้ป่วยทำได้ 5.จัดท่าของขาข้างซ้ายให้อยู่ในแนวตรง ไม่ให้หมุนออกด้านนอก (External/ rotation) และดูแลระบบดึงถ่วงน้ำหนัก (Skin traction 2 kg.) ให้สลิงและลูกตุ้มอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ตัดหรือกระแทก 6.ประเมินความเสี่ยงหรือโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็นระยะ 7.จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้ง หรือมีญาติเฝ้าตลอดเวลา **การประเมินผล** ผิวหนังทั่วร่างกายสมบูรณ์ดี ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ข้อต่อต่างๆ สามารถขยับได้ตามช่วงการเคลื่อนไหวที่จำกัดของผู้ป่วย และไม่มีภาวะข้อยึดติดเพิ่มขึ้น และไม่มีพลัดตกหกล้มขณะนอนโรงพยาบาล
3. มีโอกาสเกิดภาวะไข้กลับซ้ำ เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ **เป้าหมาย** เพื่อควบคุมและกำจัดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ตรวจวัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้สูงให้เช็ดตัวลดไข้ทันที 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ciprofloxacin 500 mg ทางปาก วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ให้ครบ 7 วัน 3.ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งหลังการขับถ่าย 4. จัดดูแลระบบสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ไม่ให้สายหักพับงอ และแขวนถุงเก็บปัสสาวะไว้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเสมอเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ 5.บันทึกจำนวนน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะ (I/O) ทุกเวร เพื่อประเมินการทำงานของไตและระบบขับถ่าย 6.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลตรวจปัสสาวะ (UA) และผลเพาะเชื้อปัสสาวะ (Urine/culture) **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีไข้ 2 วันแรกที่นอนโรงพยาบาล หลังจากนั้นสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผลตรวจปัสสาวะ วันที่ 2 ต.ค.69 WBC 10-20 ตรวจ UA ซ้ำ วันที่ 9 ต.ค.69 ผลปัสสาวะ WBC 5-10

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4.มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด **เป้าหมาย** เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติในร่างกายจากการรักษาด้วยยาต้านการ แข็งตัวของเลือด	1.ดูแลให้ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา คือ ฉีด Enoxaparin 0.4 cc เข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Sc.) ทุก 12 ชั่วโมง โดยห้ามฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (IM) เด็ดขาด และตรวจสอบการงดรับประทานยา Warfarin ตามสั่ง 2.สังเกตและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในระบบต่างๆ เช่นเลือดออกในทางเดินอาหาร (อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระดำ) หรือเลือดออกใต้ผิวหนัง 3.ใช้ความระมัดระวังในการทำหัตถการต่างๆ หลีกเลี่ยงการเจาะเลือดหรือฉีดยาที่ไม่จำเป็น หากต้องเจาะเลือดให้กดแผลไว้นานกว่าปกติ 4.แนะนำญาติให้ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่มในการทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วย หรือใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ด เพื่อป้องกันเลือดออกตามไรฟัน 5.ติดตามผลการตรวจระดับการแข็งตัวของเลือด (PT, INR) อย่างใกล้ชิดตามที่แพทย์สั่งเพื่อควบคุมระดับยาให้ปลอดภัย **การประเมินผล** ระหว่างนอนโรงพยาบาลไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น ไม่มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะไม่มีเลือดปน หรือไม่มีอุจจาระสีดำ สัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะความดันโลหิตไม่ต่ำ อยู่ระหว่าง 100/60-130/80 mmHg และชีพจรไม่เบาเร็ว ผลการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย INR = 1.59
5.มีภาวะซีด (Anemia) เนื่องจากคะแนนความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ **เป้าหมาย** เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง และเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะซีดที่รุนแรงขึ้น	1.ประเมินอาการแสดงของภาวะซีด เช่น อาการเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย ตัวซีด เยื่อบุตาซีด และบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ 2.ดูแลให้อาหารทางสายยางสูตรอาหารที่ครบถ้วนตามแผนการรักษา (BD 1:1 300 ml x 4 feed) เพื่อให้ได้รับพลังงาน สารอาหาร และธาตุเหล็กที่เพียงพอในการสร้างเม็ดเลือด 3.ดูแลให้ได้รับวิตามินบำรุงร่างกายตามแผนการรักษา คือ Vitamin B Co-ed วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร 4.จำกัดและวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยลดการใช้พลังงานของผู้ป่วย ป้องกันอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 5.ติดตามผลความเข้มข้นของเลือด (HCT) จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซีด **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หรือเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม เยื่อบุตาอ่อน (Conjunctiva) มีสีชมพูขึ้น หรือซีดลดลง ตรวจวัดความเข้มข้นของเลือด (HCT) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือคงที่อยู่ในระดับที่ปลอดภัย HCT=30% ,32% ,30%
6.มีภาวะสับสนเฉียบพลันและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการย้ายสถานที่ **เป้าหมาย** ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายจากภาวะสับสน และช่วยให้อาการทางจิตและพฤติกรรมสงบลง	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมพฤติกรรมตามแผนการรักษา คือ Haloperidol 0.5 mg ทางปาก วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงซึมมากเกินไป 2.ยกไม้กั้นเตียงขึ้นสูงทั้งสองข้างตลอดเวลา และดูแลเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุดเพื่อป้องกันผู้ป่วยปีนเตียงหรือพลัดตกล้มซ้ำ 3.จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้เงียบสงบ มีแสงสว่างที่เพียงพอในเวลากลางวัน และลดแสงสว่างลงในเวลากลางคืนเพื่อส่งเสริมการนอนหลับและการปรับตัว 4.พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย และคอยบอกวัน เวลา สถานที่สม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดอาการสับสนเฉียบพลัน (Reality orientation) 6.ส่งเสริมให้ญาติสายตรงที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาอยู่ดูแลข้างเตียงอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยและลดความวิตกกังวลจากการเปลี่ยนสถานที่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหล่นจากเตียงในระหว่างนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สงบขึ้น อาการกระสับกระส่ายหรือบ่นคนเดียวลดลง สามารถนอนพักผ่อนได้
7.ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลรักษาเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดและมีโรคแทรกซ้อนหลายระบบ **เป้าหมาย** ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแบบอนุรักษ์ (Conservative treatment)	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล และซักถามข้อสงสัยอย่างเป็นมิตร 2.ร่วมมือกับทีมแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในการอธิบายแผนการรักษา แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan: ACP) และเป้าหมายการดูแลให้ญาติเข้าใจอย่างชัดเจนสม่ำเสมอ 3.สอนและให้คำแนะนำแก่ญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น วิธีการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกต้อง การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ และการทำความสะอาดระบบสายสวนปัสสาวะ 4.ประเมินทักษะและความพร้อมของญาติ โดยเปิดโอกาสให้ญาติฝึกปฏิบัติทำหัตถการพื้นฐานร่วมกับพยาบาลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน 5.ให้กำลังใจ เสริมพลัง (Empowerment) และชื่นชมความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติเพื่อสร้างแรงเสริมเชิงบวก **การประเมินผล** ญาติบอกว่ามีความกังวลลดลง และสีหน้าท่าทางผ่อนคลายขึ้น มีส่วนร่วมในการทำหัตถการพื้นฐานและการดูแลผู้ป่วยอย่างมั่นใจ และญาติสามารถอธิบายแนวทางการรักษาแบบอนุรักษ์และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง
8.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณกระดูกสะโพกที่หัก **เป้าหมาย** เพื่อบรรเทาอาการปวด	1.ประเมินลักษณะอาการปวด ได้แก่ ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลา และปัจจัยที่กระตุ้นให้ปวด โดยใช้ Pain score อย่างสม่ำเสมอ 2.สังเกตอาการแสดงของความปวด เช่น สีหน้าเกร็ง หน้านิ่ว ร้องคราง กระสับกระส่าย หรือปฏิเสธการเคลื่อนไหว 3.ประเมินสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิต และอัตราการหายใจ ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อมีอาการปวด 4.ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบาย ลดแรงกดบริเวณสะโพกที่หัก และหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวบริเวณที่บาดเจ็บโดยไม่จำเป็น 5.ดูแลให้ skin traction อยู่ในแนวที่ถูกต้อง น้ำหนักถ่วงไม่แตะพื้น เพื่อช่วยลดการเคลื่อนของกระดูกและลดอาการปวด 6.ระมัดระวังขณะพลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคที่ถูกต้องเพื่อลดแรงกระแทกบริเวณสะโพก 7.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และลดสิ่งรบกวนที่อาจกระตุ้นอาการปวด 8.ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พร้อมติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึม คลื่นไส้ หรือกดการหายใจ 9.ติดตามและบันทึกอาการปวดอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้วางแผนการพยาบาลต่อไป **การประเมินผล** ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่บ่นปวด
9. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าจากบทบาทการดูแล **เป้าหมาย** เพื่อส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแล	1.ประเมินความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 2.ประเมินระดับความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และภาระในการดูแลของผู้ดูแล เช่น อาการพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือความรู้สึกท้อแท้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความกังวล และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย 4.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินโรค แผนการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 5.สอนและสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็น เช่น • การให้อาหารทางสายยาง • การดูแลสายสวนปัสสาวะ • การพลิกตะแคงตัว • การป้องกันแผลกดทับ • การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ 6.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ทดลองปฏิบัติจริง และประเมินความเข้าใจกลับ (Teach back method) 7.แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อผู้ป่วยติดเตียง 8.ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลหลัก 9.แนะนำให้ผู้ดูแลจัดเวลาพักผ่อนและดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เช่น รับประทานอาหารให้ครบ พักผ่อนเพียงพอ 10.ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือ อสม. เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 11.แนะนำสิทธิการรักษาและแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือการดูแลแบบประคับประคอง 12.ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านทุกครั้ง **การประเมินผล** ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ กรณีผู้ป่วยแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ญาติผู้ดูแลมีทักษะในการดูแล ถามตอบข้อมูลได้ชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักและปฏิเสธการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ ด่านวิบูลย์ และวรางคณา พิพัฒน์พงศ์[5] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง และจำเป็นต้องได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับพิมพันธ์ วงศ์สุวรรณ[6] ที่รายงานว่าการพลิกตะแคงตัวอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการดูแลด้านโภชนาการสามารถลดการเกิดแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงได้

ในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่าการปฏิบัติตามหลักการ Infection Prevention and Control การดูแลสายสวนปัสสาวะแบบระบบปิดและการเฝ้าระวังอาการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมควบคุมโรค[9] และ APIC[8] การดำเนินการตามแนวทาง Advance Care Planning ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดความวิตกกังวลของญาติ เพิ่มความร่วมมือในการ

ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับเป้าหมายการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักร่วมกับภาวะแทรกซ้อนหลายระบบในโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการพยาบาลเชิงรุก การป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จัดทำมาตรฐานการดูแล (Standard of Care): ควรพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ (Clinical Nursing Practice Guideline) สำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

1.2 การจัดการความรู้ ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเตียงที่มีความเสี่ยงสูง

2. ด้านการดูแลต่อเนื่องและครอบครัว

การเสริมพลังญาติ (Empowerment) ส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการทำหัตถการพื้นฐาน ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อลดโอกาสการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3. ด้านการประสานงานเครือข่าย

ระบบส่งต่อข้อมูล ควรพัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลด้านแผนการรักษาต่อเนื่องและเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วย (Goal of Care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2565). คู่มือการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมการแพทย์. (2564). แนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. บุญชัย จิตอนันต์, & สุพัตรา อินทรกำแหง. (2562). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภายหลังภาวะกระดูกสะโพกหัก. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู, 29(3), 112–124.
4. สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักใน+ผู้สูงอายุ. สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
5. กิตติศักดิ์ ด่านวิบูลย์, & วรางคณา พิพัฒน์พงศ์. (2563). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก. วารสารการพยาบาลผู้สูงอายุ, 19(2), 45–58.
6. พิมพันธ์ วงศ์สุวรรณ. (2561). ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 34(2), 95–108.
7. กำธร มาลาธรรม และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. (2560). คู่มือป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
8. APIC. (2019). Guidelines for the prevention of healthcare-associated infections.
9.กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลชุมชน. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of a Self-Management Support Program on Knowledge, Self-Management Behaviors, and Blood Pressure Levels among Patients with Essential Hypertension at Community Health Center, Udon Thani Hospital 2, Udon Thani Province

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

วนิดา จันทรปดา[1] สันธนา เสียงอ่อน[1]
Wanida Juntrarapada[1] Santana Seangoon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลง (One- group pretest - posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 48 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และDependent paired-t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

Abstract

This quasi-experimental research, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effectiveness of a self-management support program on knowledge, self-management behaviors, and blood pressure levels among patients with essential hypertension at the Urban Community Health Center, Udon Thani 2 Hospital, Udon Thani Province. The sample consisted of 48 patients with essential hypertension selected using simple random sampling. Data were collected via questionnaires and analyzed using mean, frequency, percentage, standard deviation, and dependent paired t-test, with a statistical significance level of 0.05.

The study results showed that a self-management support program improved knowledge, self-management behaviors, and blood pressure levels in patients with essential hypertension at the Urban Community Health Center, Udon Thani 2 Hospital, Udon Thani Province. Comparing the average scores of knowledge and self-management behaviors of patients with essential hypertension, and the average blood pressure levels before and after participating in the self-management support program, it was found that

[1] พยบ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี

after participating in the self-management support program, patients with essential hypertension had significantly improved average scores at the 0.05 statistical significance level.

Keywords: Self-management support program, Knowledge, Self-management behavior, Blood pressure level, Patients with essential hypertension

บทนำ

จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับจังหวัด พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แม้จะมี แนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งล้วนก่อให้เกิดผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม[1] สถานการณ์ในจังหวัดอุดรธานีมีลักษณะสอดคล้องกับระดับประเทศ โดยข้อมูลอัตราผู้ป่วยรายใหม่ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่ามีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง คือร้อยละ 38.17, 39.32 และ 36.69 ตามลำดับ และในปี 2568 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.82[2] ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการกำกับดูแลโรคของผู้ป่วยที่ยังไม่เพียงพอเมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงลึกในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 พบปัญหาที่น่าเป็นห่วงโดยจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในระดับสูงตลอดช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 คือร้อยละ 52.01, 54.07 และ 57.00 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง และยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แม้จำนวนไม่มากแต่เป็นภาวะที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง[3] ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่าการควบคุมโรคในระดับปฐมภูมิยังไม่บรรลุเป้าหมาย และมีความจำเป็นต้องหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยในพื้นที่ยังพบปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรค ได้แก่ ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง การขาดกิจกรรมทางกาย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ยังขาด “โปรแกรมเฉพาะด้าน” ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาและวิจัยเพื่อหาวิธีการแก้ไขอย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์[4] เป็นกรอบแนวคิดที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนแนวคิดนี้อย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของสุพัตรา สิทธิวัง และคณะ[5] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของยุพาพร นาคคลิ้ง และปราณี ทัดศรี[6] พบว่าการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงงานวิจัยของนพาภรณ์ จันทร์ศรี และคณะ[7] และรุ่งรัตน์ สุขะเดชะ กับวริศรา ปั่นทองหลาง[8] ที่ล้วนสนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของกิตติพล อยู่คง[9] ยังพบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิผล หลักฐานเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีการออกแบบตามแนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์[4] สามารถช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรม

สุขภาพที่ไม่เหมาะสม และปรับปรุงการควบคุมโรคได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 ยังไม่มีการนำโปรแกรมลักษณะนี้ไปใช้จริง จึงมี ความจำเป็นเร่งด่วนที่จะพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวในบริบทของพื้นที่จริง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลซึ่งมีบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง จึงเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี โดยการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ [4] โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่จะพัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การส่งเสริมการจัดการความเครียด และการส่งเสริมการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อตัวแปรผลลัพธ์ที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ลดภาระทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี และเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังสถานพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีลักษณะทางประชากรศาสตร์และบริบททางสังคมที่คล้ายคลึงกันเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลง (One- group pretest - posttest design) โดยเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี โดยมีการดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569

ระยะเวลาการวิจัย ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 หรือ/หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ รหัสโรค ICD-10 รหัส I10-I15 จำนวน 607 ราย ที่มารับบริการ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาลดความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 รายการ ที่มารับการรักษาที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี จำนวน 48 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือกสถิติ t-test เลือก Means difference between two dependents means กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (ปานกลาง)[9] ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 และ ค่า Power of test (1-β) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณี มีผู้สูญหายจากการติดตาม (Drop out) เช่น ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นต้น โดยคาดว่ามีผู้สูญหายจาก การติดตาม ร้อยละ 25[10] จากการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ ดังนี้

$$n\ adjust = \frac{n}{(1-R)^2}$$

n adjust = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง = 27 ราย

R = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (กำหนด 25 % = 0.25)

แทนค่าในสูตร

$$n\ adjust = \frac{27}{(1 - 0.25)^2}$$

$$= 48 \text{ ราย}$$

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 48 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำชื่อกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี[3] มา Random โดย computer จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณได้ ตามคุณสมบัติที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. อายุ 35 – 65 ปี
2. เพศชายและเพศหญิง
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาลดความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 รายการ
4. มีสติสัมปชัญญะปกติ อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้
5. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยินหรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม
7. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. มีความประสงค์ออกจากงานวิจัย
2. มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนมีอาการหอบเหนื่อยหรือการติดเชื้อจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้
4. ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
5. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท ความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา และตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการออกกำลังกาย จำนวนยารักษาความดันโลหิตสูง น้ำหนัก ส่วนสูง ประสบการณ์การได้รับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง โรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถาม แบบเลือกตอบ (check list) หรือแบบเติมคำลงในช่องว่าง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ส่วนดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. แบบสอบถามความรู้โรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการความเครียด เป็นคำถามปลายปิด เลือกตอบ ใช่ (ถูกได้ 1 คะแนน ผิด 0 คะแนน) ในคำถามเชิงบวก หรือ ไม่ใช่ (ถูกได้ 0 คะแนน ผิดได้ 1 คะแนน) ในคำถามเชิงลบ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 11 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2, 3, 5, 8, 9, 13, 15, 16, 17, 19, และ ข้อที่ 20 และข้อความที่เป็นทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, และ ข้อที่ 18 คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์

ในการแปลผลคะแนนใช้ในการพิจารณา แบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์ จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[11] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วง 16-20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่ คะแนนร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 12 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 (ช่วงคะแนน 0 - 11 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์[4] ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 5 ข้อ และด้านการรับประทานยาจำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 6, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 21, 22, 25, 26, 29 และข้อที่ 30 คำถามเชิงลบ จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 19, 20, 23, 24, 27, 28, 31 และ ข้อที่ 32

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 6-7 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3-5 วัน/ สัปดาห์ (3 คะแนน)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 1-2 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง การไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองนั้นเลยในหนึ่งสัปดาห์ (1 คะแนน)

เนื่องจากแบบสอบถามมีข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผล แปลความหมายแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านโดยรวม และแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ออกมาเป็น 3 ระดับ ซึ่งคะแนนต่ำสุดและสูงสุด อยู่ในช่วง 32 – 128 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง[12] โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 32 - 63 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 64 - 95 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 96 – 128 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

4. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (autonomic blood pressure) เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตยี่ห้อ TERUMO ที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง (calibrate) ทุก 1 ปี ตามคุณภาพพื้นฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวตลอดการวิจัย และใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย กล่าวคือ ส่วนที่เป็นถุงลม (bladder) จะต้องครอบคลุมวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับผู้ใหญ่ทั่วไป ขนาดมาตรฐานสำหรับผู้ใหญ่กว้าง 12-13 เซนติเมตร ยาว 42 เซนติเมตร หรือขนาดประมาณสองในสามของความยาวต้นแขน (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2557) ก่อนวัดความดันโลหิตจะต้องเตรียมผู้ป่วยเตรียม

สิ่งแวดล้อม เตรียมเครื่องมือและวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องให้พร้อมสำหรับการวัดความดันโลหิต เนื่องจากความดันโลหิตนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดความดันโลหิตที่คลินิกความดันโลหิตสูงและที่บ้านและนำค่าความดันโลหิตที่วัดได้ลงบันทึกเพื่อติดตามความดันโลหิตในแบบบันทึก การเยี่ยมบ้านและ แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน การบันทึกข้อมูลระดับความดันโลหิตก่อนเริ่มการศึกษาวิจัย ทำการบันทึกระดับความดันโลหิตครั้งแรกที่คลินิกความดันโลหิตสูง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งมีประสบการณ์ ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่ผ่านการเทียบค่ามาตรฐานแล้ว โดยทำการวัดความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง โดยวัดในท่านั่งหลังจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้นั่งพักอย่างน้อย 5 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์[4] กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

- กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นการติดตามตนเอง และเตรียมความพร้อม ให้ความรู้โดยผ่านสื่อวิดีโอ 4 เรื่อง และชี้แจงการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองที่บ้าน

- กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง และประเมินผลกิจกรรมการจัดการตนเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้านลงในแบบบันทึก ติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมาย อภิปรายและกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

- กิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 การติดตามให้กำลังใจให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือ แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามผลและกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมการจัดการตนเอง รับฟังปัญหาและอุปสรรค เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์

- **กิจกรรมครั้งที่ 4:** ในสัปดาห์ที่ 8 วันนัดมาติดตามผล เป็นกิจกรรมครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ติดตามผลระดับความดันโลหิต ความรู้โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Post-test) ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม แจ้งผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างแรงให้กับกลุ่มตัวอย่าง ชื่นชมการจัดการตนเองตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองต่อไป ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ได้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณ

2. สมุดคู่มือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

3. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

4. แผ่นพับความรู้โรคความดันโลหิตสูง (ที่จัดทำขึ้นโดยกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวง สาธารณสุข) ที่นำมาเผยแพร่ให้ความรู้ทั่วไป

5. คลิปวิดีโอจากยูทูป 4 เรื่อง รวมเวลาทั้งหมด 18 นาที ผู้วิจัยได้นำมาจากสื่อออนไลน์ที่มีความน่าเชื่อถือ และมีการเผยแพร่ทั่วไปพร้อม QR code เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปศึกษาที่บ้านในการจัดการตนเอง ได้แก่

- **เรื่องที่ 1** ความดันโลหิตสูงเกิดจากอะไร มีวิธีการรักษาและดูแลอย่างไร ไขข้อข้องใจโดยหมอรามาฯ ใช้เวลา 4 นาที[13]

- **เรื่องที่ 2** 5 วิธีลดความดันเลือด โดยไม่ต้องใช้ยา 5 นาทีดีต่อสุขภาพ EP. 79 ใช้เวลา 5 นาที[14]

- **เรื่องที่ 3** เป็นความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายอย่างไร ของมหิดล แชนแนล ดร.ชลชัย อานามนารถ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล[15] ใช้เวลา 5 นาที

- **เรื่องที่ 4** การรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการกับโรคความดันโลหิตสูง จัดทำโดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค[16] ใช้เวลา 4 นาที

6. สมุดคู่มือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity)

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2. สมุดคู่มือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

3. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน 2) หัวหน้า NCD คลินิกโรงพยาบาลอุดรธานี ที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน 3) พยาบาลผู้จัดการกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (Nurse Case Manager) หัวหน้าคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลอุดรธานี 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้โรคความดันโลหิตสูงและ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและกิจกรรมต่าง ๆ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามความรู้โรคความดันโลหิตสูงและ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามความรู้โรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังจากปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่รับบริการ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (try out) [17] แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้โรคความดันโลหิตสูง คำนวณหาค่าความชื่อมั่นโดยใช้ KR – 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ วัดหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาความเท่าเทียมกันของการวัด (interrater reliability) โดยผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบกับพยาบาลประจำคลินิก โรคความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย โดยทำการวัดรายละ 3 ครั้ง เพื่อดูความเชื่อมั่น ของการวัดความดันโลหิตของผู้วัดความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากจำนวนครั้งในการวัดถูกต้องหารด้วยจำนวนครั้งในการวัดทั้งหมด ได้เท่ากับ 0.93 โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวตลอดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 25.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์จะตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและทดสอบสมมติฐานพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้พรรณนาข้อมูลทั่วไป

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้สถิติ Dependent paired-t- test เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลปกติ หรือ Wilcoxon signed-rank test เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ก่อนเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยก่อนเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและให้เวลาพิจารณาอย่างเพียงพอ กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมจะลงลายมือชื่อ ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ การเก็บรักษาข้อมูลดำเนินการอย่างเคร่งครัดเพื่อรักษาความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อจริง เก็บแบบสอบถามในตู้ล็อคที่ปลอดภัย และบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน เฉพาะผู้วิจัยและที่ปรึกษาเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอผลวิจัยจะเป็นในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลใดได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 31.25 มีอายุเฉลี่ย 54.19 ปี (S.D.= 7.27) อยู่ในช่วงอายุ 55-65 ปี มากที่สุด ร้อยละ 64.58 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.34 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56.25 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 39.59 รองลงมามีอาชีพ รับจ้าง/ลูกจ้าง แม่บ้าน และว่างงาน ร้อยละ 27.08 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 12,875.00 บาท (S.D.= 14,376.21) มีรายได้เฉลี่ย ของครอบครัวระหว่าง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.91 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ (30 บาท)/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 75.01 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

≤ 5 ปี ($\bar{X}$= 4.10, S.D.= 3.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 54.17 รองลงมามีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.83 ได้แก่ โรคไขมันสูงมากที่สุด ร้อยละ 25.00 ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 72.92 และ 64.58 ตามลำดับ ประวัติ การออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ออกกำลังกาย และมีการออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 37.50 และ 37.50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยารักษาความดันโลหิต 2 รายการ คิดเป็นร้อยละ 87.50 กลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 27.34 กก./ม^2 (S.D.= 4.29) (แปลผลมีน้ำหนักตัวเกิน) ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 กก./ม^2 มากที่สุด ซึ่งมีน้ำหนักตัวเกินกว่าค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 52.08 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การได้รับความรู้โรคความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 52.08 โดยได้รับความรู้จากพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 22.92 รองลงมาได้รับจากแพทย์ ร้อยละ 18.75

2. ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2.1 ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.83 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.00 และ 4.17 ตามลำดับ โดยรวมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 14.00 (S.D.= 2.03)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.83 มีความรู้อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 4.17 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยรวมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 18.50 (S.D.= 1.56)

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เมื่อทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวเป็นแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Dependent paired t-test ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ โดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ก่อน $\bar{X}$= 14.00, S.D.= 2.03/ หลัง $\bar{X}$= 18.50, S.D.= 1.56)

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

3.1 ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.0 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.0 และ 2.0 ตามลำดับ โดยรวมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 79.2 (S.D.= 9.0)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.0 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และ ร้อยละ 2.0 มีพฤติกรรม

การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ (S.D.=)

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เมื่อทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Dependent paired t-test ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ก่อน $\bar{X}$=94.98, S.D.= 11.50/ หลัง $\bar{X}$=113.60 , S.D.= 5.07)

4. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ก่อน SBP $\bar{X}$= 152.92, S.D.= 8.07/หลัง SBP $\bar{X}$= 125.21, S.D.= 10.43, SBP $\bar{X}$ ลดลง = 27.71 มิลลิเมตรปรอท) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$) (ก่อน DBP $\bar{X}$= 97.52, S.D.= 5.39/หลัง DBP $\bar{X}$= 72.65, S.D.= 8.85, DBP $\bar{X}$ ลดลง = 24.87 มิลลิเมตรปรอท)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 จังหวัดอุดรธานี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ แกลิก และบาย[4] ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ การสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยติดตามอาการและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการด้านความรู้ นำไปสู่การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและเห็นผลลัพธ์ที่ดี จึงเกิดความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ ประสิทธิผลของโปรแกรมอาจได้รับการสนับสนุนจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี ซึ่งยังอยู่ในช่วงปรับตัวต่อโรค มีความพร้อมในการเรียนรู้ ได้รับข้อมูล จากบุคลากรสุขภาพที่น่าเชื่อถือและให้ความสำคัญกับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จึงเอื้อต่อการพัฒนาความรู้และการจัดการตนเอง

สรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามกรอบทฤษฎีของ Kanfer, Gaelick & Bye[4] มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูง โดยกระบวนการสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามกรอบทฤษฎีของ Kanfer, Gaelick & Bye ในการใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. (2018). 2017 ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2568). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2565–2568. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
3. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2. (2568). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน พ.ศ. 2566–2568. อุดรธานี: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2.
4. Kanfer, F.H. & Gaelick-bays,L. (1991). Self-management Method. In Kanfer FH Goldstein A, editors. Helping people change : A text book at medthods. New York: Pergumon press.
5. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และ เดชา ทำดี. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร, 47(2), 85-97.
6. ยุพาพร นาคคลิ้ง และ ปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม ราชกุมารี, 6(1), 27-35.
7. นพาภรณ์ จันทร์ศรี, กนกพร นทีธนสมบัติ, และ ทวีศักดิ์ กสิผล. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 6(2), 58-68.
8. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ, และ วริศรา ปั่นทองหลาง. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 34(2), 71-86. https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/vujournal/article/view/245806/168037
9. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International, 21(3), 245-555. Retrieved from https:// www. scir.org/ (lz5mqp453edsnp55rrgjct55))/reference/ReferencesPapers.aspx?Reference
10. อรุณ จิรวัฒน์กลุ. (2558). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. Bloom, B. S., Hasting, T. J. Madaus, G. F. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
12. Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
13. ภาวิทย์ เพียรวิจิตร. (2565, กรกฎาคม 2). ความดันโลหิตสูงเกิดจากอะไร มีวิธีการรักษาและดูแลอย่างไร ไขข้อข้องใจโดยหมอรามาฯ. [วีดีโอ]. ยูทูป. https://www.youtube.com/watch?v=QjQ5zRr42NM
14. บัณฑิตกายภาพบำบัดและจัดกระดูก. (2566, มีนาคม 31). 5 วิธีลดความดันเลือด โดยไม่ต้องใช้ยา | 5 นาทีดีต่อสุขภาพ EP. 79. [วีดีโอ]. ยูทูป. https://www.youtube.com/channel/UChrO..
15. ชลชัย อานามนารถ. (2563). เป็นความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายอย่างไร ? : Healthy Fine Day exercise [by Mahidol]. [วีดีโอ]. ยูทูป. https://www.youtube.com/watch?v=VoYs9S8Tcsc
16. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565, มิถุนายน 22). การรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการกับโรคความดันโลหิตสูง [วีดีโอ]. ยูทูป. https://www.youtube.com/watch?v=VkYMpKmmpRE
17. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

Development of a Home Visit and Continuity of Care System for Stroke Patients at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

พจนา อัดโดดดร[1] จริยา จันทรวิภาค[1] พัชยาภรณ์ คงดี[1].
Podjana Addoddorn[1] Jariya Jantarawipak[1] Patchayaporn Kongdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์:เพื่อพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง 30 พฤศจิกายน 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมสุขภาพจำนวน 35 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จำนวน 15 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ขั้นตอนการวิจัยการดำเนินงาน แบ่งกระบวนออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในกลุ่มทีมสุขภาพจำนวน 35 คน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้าน ระยะที่ 3 ทดลองใช้เชิงปฏิบัติการกับกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จำนวน 15 คน เพื่อปรับปรุงระบบ และระยะที่ 4 นำระบบการบริการเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ไปปฏิบัติจริงและประเมินประสิทธิผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ก่อน–หลังการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ แบบประเมิน Barthel Index แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ Friedman test และ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนน Barthel Index 3 ช่วง

ผลการวิจัย พบว่าคะแนน Barthel Index มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ช่วงเริ่มเข้ารับการรักษา ช่วงจำหน่ายออก ช่วง 6 เดือนหลังการดูแลต่อเนื่อง ผลทดสอบด้วย Friedman test พบความแตกต่างของคะแนนในสามช่วงเวลามีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และการทดสอบจับคู่ด้วย Wilcoxon signed-rank test ระหว่างช่วงเริ่มเข้ารักษากับช่วงจำหน่ายออก, ช่วงจำหน่ายออกกับ 6 เดือนหลังดูแลต่อเนื่อง และช่วงเริ่มเข้ารักษากับ 6 เดือนหลังดูแลต่อเนื่องแต่ละคู่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ดูแลค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงมากที่สุด (เฉลี่ย ≥ 3.41) สะท้อนว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจกับระบบบริการเยี่ยมบ้านและนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างดีทั้งนี้ ข้อสังเกตจากผู้พัฒนาระบบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทชัดเจนของเจ้าหน้าที่ในชุมชน เครือข่ายการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

คำสำคัญ: ระบบการบริการเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was quasi experimental research aimed to develop a home visit and transitional care system for stroke patients at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province. Conducted from November 30, 2024, to September 30, 2025. The sample, selected through purposive sampling, consisted of 35 healthcare team members and 15 subacute stroke patients undergoing rehabilitation. The research process was divided into 4 phases: Phase 1: Situation analysis and literature review with the 35 healthcare team members; Phase 2: Development of the home visit system; Phase 3: Action research trial with the 15 rehabilitation stroke patients to refine the system; and Phase 4: Implementation of the newly developed home visit system and evaluation of its effectiveness. Research instruments included pre- and post-test knowledge assessments regarding home visits, satisfaction questionnaires, the Barthel Index scale, focus

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโนนสูง

group discussion guidelines, and in-depth interview guides. Data analysis involved content analysis for qualitative data, and descriptive statistics (percentages and means) for quantitative data. The Friedman test and Wilcoxon signed-rank test were utilized to compare Barthel Index scores across three distinct time periods.

Results: The results revealed that the Barthel Index scores showed a continuous upward trend from admission, at discharge, to 6 months post-transitional care. The Friedman test indicated a statistically significant difference in scores across the three time periods ($p < 0.05$). Pairwise comparisons using the Wilcoxon signed-rank test between admission and discharge, discharge and 6 months post-care, and admission and 6 months post-care all demonstrated statistically significant differences ($p < 0.05$). Regarding the satisfaction of patients and caregivers, the mean scores were at the highest level (mean ≥3.41), reflecting high satisfaction with the developed home visit system and innovation. Key success factors noted by the system developers included multidisciplinary team collaboration, clear roles of community healthcare staff, and a well-connected care network between the hospital and the community. Recommendations: Long-term follow-up (> 6months) should be conducted to evaluate the sustainability of the system. The trial should be expanded to other areas or different patient groups.

Keywords: Home Visit System, Stroke Patients, Continuity of Care

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม มีคุณภาพได้มาตรฐานโดยจัดระบบสุขภาพครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพและจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ปัจจุบันจากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย พบการเสียชีวิตตามมาตรฐานการแพทย์นั้นประชากรมีอัตราตายในช่วงอายุ 30-69 ปี โดยโรคที่เสียชีวิตได้มากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง[1]

จากสถิติ 3.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร""องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO)รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วย จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.9 องค์การอนามัยโลก[1] ได้รายงานว่า ผู้ป่วย 1 ใน 4 เป็นผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้มีรายใหม่ 15 ล้านคนต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตปี พ.ศ 2563 เป็น 6.5 ล้านคนและจะเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 ล้านคนในปี พ.ศ 2573' เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีประเทศไทย พบว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง I160- I169) ต่อประชากรแสนคน ปี 2563 – 2566 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7,43.3 และ 48.7 ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง I160- I169) ต่อประชากรแสนคน ปี 2563 - 2566 เท่ากับ 330.60,354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและ จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชาชน ไทย พ.ศ. 2563 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและเพศ หญิง (ชาย 30,402 รายหญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอัน

ควร เป็นอันดับ 2 เพศและอันดับ 1 ในเพศหญิง" และจากข้อมูลเขตบริการสุขภาพที่ 9 นั้น พบผู้ป่วยปี2563 - 2566 เท่ากับ 20.342 คน 20,982 คน และ 23,846 คน ตามลำดับและอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ปี 2563 -2566 เท่ากับ 402.61,415.02และ 471.56 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดมหาสารคามนั้น พบว่าผู้ป่วย ปี 2563 - 2566 จำนวน 3,193 คน 3,278คนและ 3,946 คน ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยด้วยต่อประชากรแสนคน ปี 2563 - 2566 เท่ากับ 331.38 , 340.48 และ 409.99 ตามลำดับ

จากสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อติดตามต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วย 32 มีความพิการรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน" จากการทำ pilot study กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาแล้วส่งต่อ จำนวน 1,128 ราย พบปัญหา หลัก 5 ประเด็น คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพจนครบ 6 เดือน โดยมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 75 คะแนน จำนวน 321ราย (38.90 %)เป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 3-5 วัน จำนวน 173 ราย (53.89%) และต้องให้การเยี่ยมบ้านฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จำนวน 148 ราย(46.10%)ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลมหาราช มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 62 รายและต้องได้รับการฟื้นฟูที่บ้านเป็นผู้ป่วยประเภทติดเตียงถึง 27 ราย (43.54%) 2) เครือข่ายการดูแลทุกระดับในจังหวัดยังไม่มีความพร้อม เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ยังไม่เคยดำเนินการมาก่อน ไม่มีหอผู้ป่วยหรือเตียงไว้รองรับผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ ศักยภาพการดูแลของบุคลากรตลอดจนเครือข่ายยังขาดความรู้ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3) แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานบริการทุกระดับยังไม่ชัดเจน ดังนี้ ผู้รับผิดชอบตามโครงสร้างการดำเนินงาน การคัดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้าตามเกณฑ์ ช่องทางการสื่อสารกับทิ่มฟื้นฟูสภาพการวางแผนจำหน่าย การส่งออกข้อมูล เอกสารบ่งชี้เฉพาะเพื่อการส่งต่อและการดูแล 4) การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลยังไม่พร้อม การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การเตรียมบ้าน เตรียมชุมชน จำนวนครั้งของการดูแลแบบแผนการดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ชุมชนยังไม่ชัดเจน 5) ศักยภาพในการดูแลตนเองด้านการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีน้อย จากปัญหาและนโยบาย บ่งชี้ได้ว่าระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่รองรับมีความสำคัญมากในการที่จะช่วยให้เพิ่มการเข้าถึงกระจายบริการพยาบาล ช่วยให้เกิดความเสมอภาคและพัฒนาศักยภาพของประชาชนเพื่อลดความพิการตามระยะเวลาที่กำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดและกระบวนการพัฒนาระบบดังนี้กองการพยาบาล ได้นำแนวคิดเชิงระบบมาประยุกต์ใช้ในการจัดระบบบริการพยาบาล : service plan ซึ่งสามารถเชื่อมโยง ประสานความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว"" " และยังใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน"[2]

นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาระบบเกี่ยวข้องกับ การจำลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยไปใช้ในระบบการดูแลที่บ้านใช้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็น Nurse Station ใช้บ้านเป็น Ward มีผู้ดูแล (care giver) เป็นผู้ช่วยพยาบาลมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ"มีการแต่งตั้งคณะทำงานดูแลต่อเนื่องในระดับอำเภอจัดทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน กำหนดกลุ่มโรคในการวางแผนจำหน่าย มีการรับส่งต่อ ตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยทางอีเมลหนังสือ โทรศัพท์ วางแผนจำหน่ายและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ /รพ. สต/PCU สร้างเครือข่ายผู้ป่วยผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลต่อเนื่อง

ที่บ้านพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม.พัฒนาทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูดเสมหะ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำกายภาพบำบัด การประสานภาคีเครือข่ายเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่นโรงพยาบาลแม่ข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจประสานหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาช่วยเหลือ""มีกิจกรรมบูรณาการงานเยี่ยมบ้านร่วมกับการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล อำเภอ (districtthealth system) การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดและกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนทุกตำบล"และมีการพัฒนาระบบ home health care ผ่านเครื่องมือ 7 ชิ้นผสานหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มช่องทางในการให้คำปรึกษาผ่านทาง LINE กลุ่ม facebook กลุ่ม Telemed การรักษาทางไกล " จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนจำหน่าย พัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่าย รวมถึง พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้ป่วยตั้งแต่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จัดตั้งศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพิ่มการดูแลแบบแพทย์ทางเลือก พัฒนาการส่งต่อข้อมูลโดยใช้ระบบสารสนเทศ บริการเจาะเลือดและตรวจร่างกายเบื้องต้นนำผลตรวจมารับยาที่โรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ใช้เครื่องมือ INHOMESSSประเมินร่วมกับการประเมิน barthel index of ADL จัดอบรมฝึกปฏิบัติงานและนิเทศจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง สร้างขวัญกำลังใจให้จิตอาสา มอบใบประกาศเกียรติคุณโล่รางวัล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเวทีคืนข้อมูล"มีการจัดหาที่อยู่อาศัยรวมถึงการส่งกลับภูมิลำเนา" มีการจัดการประชุมเพื่อทบทวนในรายที่มีผลการดูแลไม่ดีขึ้น"จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยระบุที่อยู่ใน spot map ใช้ระบบ Consult แพทย์ เปิดช่องทางพิเศษให้ผู้ป่วยผู้ดูแลปรึกษาทางโลน์ จัดตั้งศูนย์กลางยืมเครื่องมือ"" มีระบบเครือข่ายการดูแลโดยจัดตั้งศูนย์ COC นิเทศลูกข่าย ออกแบบ CNPG กลุ่มโรค service plan โดยผู้จัดการรายโรค "มีระบบเยี่ยมบ้านเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งเครือข่ายมีการประชุมเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้นำนวัตกรรมนาฬิกาและนวัตกรรมที่นอนลูกฟูกหลอดกาแฟไปใช้ที่บ้านจัดทำสื่อให้ความรู้[3] มีการสร้างกระบวนการดักผู้ป่วย Stroke โดยประสานงานกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาล"ในครั้งนี้การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชนของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นบริบทเฉพาะของพื้นที่และขยายไปทั้งจังหวัดและเน้นการดูแลกลุ่มเป้าหมายโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูให้ครอบคลุม6 เดือนโดยเฉพาะซึ่งยังไม่เคยจัดระบบการบริการเยี่ยมบ้านลักษณะนี้มาก่อนดังนั้นจึงได้ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบ ประเมินผลและเผยแพร่นวัตกรรมการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมาขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2.เพื่อพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มี 5 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ 2) ออกแบบกิจกรรม 3) ปฏิบัติเชิงทดลอง 4) ประเมินผลการปฏิบัติ และ 5) การเผยแพร่

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบจำนวน 35 คน (แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน
นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักโภชนากร 1 คน พยาบาลเยี่ยมบ้าน 1 คน พยาบาล รพสต 16 คน อสม.หมอประจำบ้าน 5 คน และ ผู้รับผิดชอบงาน service plan สาขา intermediate care โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน)

2) กลุ่มผู้ได้รับบริการตามระบบการบริการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (intermediate care) ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 15 คน เคยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มเป้าหมาย

1.เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และมีที่อยู่ในจังหวัด นครราชสีมา

2.ภายหลังการรักษาแล้วได้ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายดูแลต่อเนื่องจนครบ 6เดือน

3.เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนน barthel index : BI ≤ 75 หรือ BI > 75 with multiple impairment wis impairment (swallowing/communication/ mobility/ cognitive &perception/ bowel&bladder problem) 4.ให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยแทนและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน 30 พฤศจิกายน 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

ขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ

ระยะที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ มี 3 กิจกรรม คือ 1.1 การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์สภาพ ปัญหา โดยผู้วิจัย รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏการณ์ เกี่ยวกับระบบการบริการเยี่ยมบ้าน นโยบาย ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆ และใช้ the six building blocks วิเคราะห์ส่วนขาดในองค์ประกอบด้านกระบวนการและสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และเครือข่าย

1.2 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มผู้พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้าน จำนวน 35 คน เรื่อง การวางแผนการพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชนของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมากับเครือข่าย 2.การดูแลต่อเนื่อง 3.การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน 4.การจัดระบบริการเชิงรับผู้ป่วยรายใหม่5.การสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข็มแข็ง 6.การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนและการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน 7.การประกันคุณภาพการพยาบาลชุมชน 8.การจัดทำคู่มือและเครื่องมือในการเยี่ยมบ้าน 9.การเผยแพร่นวตกรรมขณะเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการดูแล โดยกำหนดพื้นที่ในการดำเนินการสร้างโมเดลการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (intermediate care) คือพื้นที่อำเภอโนนสูง

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้าน การออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย

1) การสร้างระบบการบริการเยี่ยมบ้านใหม่ภายใต้ชื่อแบบจำลองระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2) ตรวจสอบก่อนการนำไปทดลองใช้โดยผู้พัฒนาระบบ

3) ทดลองใช้กระบวนการทั้ง 9 การโดยหอผู้ป่วยต้นแบบ คือUnite stroke ในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนการดูแลที่บ้านและชุมชนในพื้นที่อำเภอ ทดลองใช้โดยผู้พัฒนาระบบในกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และบันทึกเหตุการณ์ กิจกรรม ปัญหาอุปสรรคในแบบแบบทึกการสังเกต

4) ปรับปรุงกระบวนการ เพื่อให้เกิดระบบที่ดีขึ้น

ระยะที่ 3 การปฏิบัติเชิงทดลอง โดยผู้วิจัยได้ใช้ กระบวบการทั้ง 9 กระบวนการและปรับปรุง

อย่างต่อเนื่อง ระบบจนกระบวนการสามารถใช้งานได้จริงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (intermediate care) ที่กลับไปฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน/ชุมชนในพื้นที่อำเภอโนนสูง

ระยะที่ 4 นำระบบการบริการเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ไปปฏิบัติจริงและประเมินประสิทธิผล กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (intermediate care) ที่กลับไปฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน/ชุมชนในพื้นที่อำเภอโนนสูง จนครบ 6 เดือน จำนวน 15 คน และขยายผลระบบการบริการเยี่ยมบ้านแก่กลุ่มเป้าหมาย

เครื่องมือในการวิจัย มีดังนี้

1.แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการบริการเยี่ยมบ้านเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care ของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา สำหรับผู้ป่วย/ญาติและผู้ดูแล เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (close ended question) มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือกคือ ใช่ กับ ไม่ใช่ และแปรผลด้วยคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อ และ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู(intermediate care) จำนวน 18 ข้อ

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ intermediate care เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(rating scale) 5 ระดับ มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือกคือ คือมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับมาก (4คะแนน) มีความพึงพอใจระดับปานกลาง (3คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด(1คะแนน)เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 (ความพึงพอใจระดับมากที่สุด) คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 (ความพึงพอใจระดับมาก) คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 (ความพึงพอใจระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ย 1.81- 2.60 (ความพึงพอใจระดับน้อย)แนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 (ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด) จำนวน 8 ข้อ

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care ของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 5 ระดับ
มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือกคือ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5คะแนน) มีความพึงพอใจระดับมาก (4คะแนน)[มีความพึงพอใจระดับปานกลาง (3คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อย (2คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด(1คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 (ความพึงพอใจระดับมากที่สุด) คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 (ความพึงพอใจระดับมาก)คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40(ความพึงพอใจระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ย 1.81 -2.60 (ความพึงพอใจระดับน้อย)แนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80(ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด)จำนวน 6 ข้อ

4. แบบประเมิน barthel index จำนวน 10 ข้อ 100คะแนน

5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มสำหรับผู้พัฒนาระบบบริการ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผล
และค้นหาคำตอบประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์การวิจัย เน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ สถานการณ์ การจัดบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และเครือข่าย วิธีการและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับเรื่องนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้าน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบทดสอบความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ intermediate care และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อ

นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ internediate care ที่สร้างขึ้นแล้วเสร็จ เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษา เพื่อความถูกต้องเหมาะสม จำนวน 3 ท่าน ได้ความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยการใช้ kuder richard-son (kr 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค(chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้นำวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำมาลงรหัสและประมวลผล ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและผู้วิจัยได้นำคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยใน 3 ช่วงมาเปรียบเทียบ คือ

1. barthel index at admit
2. barthel index at discharge
3. barthel index at 6 months การกระจาย (วิเคราะห์ normality) ด้วยสถิติ Shapiro -wilk พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ค่าตัวแปรเป็น ordinal data ดังนั้นจึงใช้สถิติทดสอบ non-parametric ที่เทียบเท่ากับ repeated measure anova คือ friedman test สำหรับทดสอบความแตกต่างของคะแนนและ wilcoxon signed ranktest ในการทดสอบแบบจับคู่ เป็นการวิจัยต่อยอดระยะยาว intermediate care หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ แอลฟา ของครอนบาค (chronbach's alpha coeffi-cient)ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่อนุมัติจริยธรรม NRPH 208/67

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีผลการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้พัฒนาระบบการบริการ จำนวน 35 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Intermediate Care) จำนวน 15 คน จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้พัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมทั้งสิ้น 35 คน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 45.71 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ ของโรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.86 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือหมอประจำบ้าน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 สำหรับบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ ที่เข้าร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน และผู้รับผิดชอบงานแผนงานบริการ (Service Plan: Intermediate Care) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.71 เท่ากัน นอกจากนี้ยังมี นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการและพยาบาลเยี่ยมบ้าน เข้าร่วมสนับสนุนระบบการดูแลรายละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86 เท่ากันตามลำดับ

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Intermediate Care) ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 15 คน พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือ Barthel ADL ในช่วงสิ้นสุดการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง 15 ราย ยังพบภาวะแทรกซ้อนและความบกพร่องร่วมด้วย เช่น

ความบกพร่องด้านการสื่อสารและการกลืน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการดูแลต่อเนื่องตามระบบที่พัฒนาขึ้นและสามารถติดตามผลการฟื้นฟูสภาพได้ครบถ้วนเมื่อครบกำหนด 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ผลลัพธ์ด้านคลินิกและการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพผู้ป่วย (Clinical Outcomes)

1. ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน Barthel Index (BI) เพื่อดูแนวโน้มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยทั้ง 15 ราย ใน 3 ช่วงเวลา พบว่า ในช่วงแรกรับเข้ารักษา (Admit: T1) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 9.3 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่ามีความสามารถพื้นฐานต่ำและอยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง ต่อมาเมื่อสิ้นสุดการรักษาและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge: T2) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.4 คะแนน แสดงถึงพัฒนาการด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ดีขึ้น และเมื่อได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจนครบ 6 เดือน (6 Months: T3) พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 15.7 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการทางร่างกายที่ก้าวหน้าขึ้นสู่ระดับกึ่งพึ่งพิงถึงขั้นเป็นอิสระ เมื่อนำคะแนน Barthel Index ในทั้ง 3 ช่วงเวลามาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Friedman Test พบว่า ค่าสถิติ คายสแควร์ เท่ากับ 25.36 มีค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 และ มีค่า p-value น้อยกว่า 0.001 ซึ่งแสดงว่าคะแนน Barthel Index ในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า คะแนนในช่วงแรกรับเข้ารักษาเปรียบเทียบกับวันจำหน่าย (T1 vs T2) มีค่าสถิติ Z เท่ากับ -3.15 และค่า p-value เท่ากับ 0.002 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวันจำหน่ายกับระยะครบ 6 เดือนหลังดูแลต่อเนื่อง (T2 vs T3) มีค่าสถิติ Z เท่ากับ -2.67 และค่า p-value เท่ากับ 0.008 และเมื่อเปรียบเทียบในระยะยาวระหว่างแรกรับรักษากับระยะครบ 6 เดือน (T1 vs T3) มีค่าสถิติ Z เท่ากับ -3.41 และค่า p-value น้อยกว่า 0.001 ซึ่งผลการทดสอบรายคู่ทุกคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่า ระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในทุกระยะของการติดตามดูแล

2. ผลการประเมินกลุ่มอาการรบกวนในผู้ป่วย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ผลการประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการรบกวนทางร่างกายและจิตใจ 10 ระดับของผู้ป่วยหลังได้รับบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุก พบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นทุกด้าน โดยอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุดจากเดิม 6.0 คะแนน เหลือ 2.8 คะแนน (ลดลง 3.2 คะแนน) รองลงมาคืออาการปวด ลดลงจาก 5.4 คะแนน เหลือ 2.1 คะแนน (ลดลง 3.3 คะแนน) ส่วนความวิตกกังวลลดลงจาก 4.9 คะแนน เหลือ 2.3 คะแนน (ลดลง 2.6 คะแนน) อาการซึมเศร้าลดลงจาก 4.2 คะแนน เหลือ 1.9 คะแนน (ลดลง 2.3 คะแนน) และอาการเบื่ออาหารลดลงจาก 3.7 คะแนน เหลือ 1.7 คะแนน (ลดลง 2.0 คะแนน) ในทางกลับกัน ด้านความสบายกายใจของผู้ป่วยซึ่งวัดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดจากเดิม 3.1 คะแนน พุ่งสูงขึ้นเป็น 7.8 คะแนน (เพิ่มขึ้น 4.7 คะแนน) ชี้ให้เห็นว่าระบบการเยี่ยมบ้านสามารถบรรเทาอาการรบกวนและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

3. ผลการประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPSv2) สำหรับการกระจายตัวของระดับสมรรถภาพทางกายภาพตามเกณฑ์ PPSv2 ในกลุ่มผู้ป่วย 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมรรถภาพอยู่ในระดับร้อยละ 60 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือระดับร้อยละ 70 และระดับร้อยละ 50 มีจำนวนเท่ากันคือรายละ 4 คน คิด

เป็นร้อยละ 26.67 และมีผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพค่อนข้างจำกัดอยู่ในระดับร้อยละ 40 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.67 (คะแนนช่วงร้อยละ 50 ถึง 70) อยู่ในกลุ่มที่เริ่มเคลื่อนไหวและช่วยตนเองได้บางส่วน แต่ยังคงต้องอาศัยการประคับประคองและดูแลบนเตียงหรือเก้าอี้เป็นหลัก

ผลลัพธ์ด้านความรู้ สุขภาวะทางจิตใจและสภาวะเศรษฐกิจสังคม

1. การประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากการนำแบบจำลองระบบเยี่ยมบ้านมาใช้อบรมสร้างทักษะการปฏิบัติตัว พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในหัวข้อสำคัญต่าง ๆ โดยหัวข้อที่มีผู้เข้าใจถูกต้องมากที่สุดคือ เรื่องอาการและการรักษาโรค เข้าใจถูกต้องจำนวน 14 คน และเข้าใจไม่ถูกต้อง 1 คน ถัดมาคือเรื่องการวินิจฉัยโรคและสาเหตุของโรค รวมถึงเรื่องการปฏิบัติตนและการฟื้นฟูสภาพทางกาย มีผู้เข้าใจถูกต้องจำนวน 13 คน และเข้าใจไม่ถูกต้อง 2 คน เท่ากัน สำหรับหัวข้อเรื่องภาวะแทรกซ้อนและภาวะฉุกเฉินที่ต้องส่งโรงพยาบาล และเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย มีผู้เข้าใจถูกต้องจำนวน 12 คน และเข้าใจไม่ถูกต้อง 3 คน ในขณะที่เรื่องการดูแลเฉพาะกรณี เช่น เทคนิคการป้องกันการสำลัก หรือการดูแลงานสายยาง มีผู้เข้าใจถูกต้องจำนวน 11 คน และยังมีข้อจำกัดหรือไม่เข้าใจถูกต้องจำนวน 4 คน ซึ่งภาพรวมแสดงให้เห็นว่าระบบสามารถส่งต่อความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลและการรอดชีวิตให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2. ผลการคัดกรองและประเมินสภาวะจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q)ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q: พบผู้ป่วย ไม่มีความเสี่ยง 9 ราย และ มีความเสี่ยง (ผลเป็นบวก) จำนวน 6 รายผลการประเมินเชิงลึกด้วย 9Q (ในกลุ่มเสี่ยง 6 ราย): พบว่ามีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากระจัดกระจายอยู่ในระดับน้อย 3 ราย, ระดับปานกลาง 2 ราย และระดับรุนแรง 1 ราย (ซึ่งทีมสุขภาพได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลประคับประคองทางจิตใจอย่างเร่งด่วน)

3. สภาวะเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างด้านเศรษฐกิจ: ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจรุนแรง จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 66.7) และมีปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องพึ่งพาสวัสดิการรัฐหรือกองทุนชุมชนจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 33.3)ด้านสังคมและชุมชน: ส่วนใหญ่มีระบบโครงสร้างทางสังคมและเพื่อนบ้านที่ดี ไม่มีปัญหาสังคมชุมชนจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.7) และพบข้อจำกัด/ปัญหาสังคมชุมชนอยู่เพียง 2 ราย (ร้อยละ 13.3)

สรุปผลการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง ในครั้งนี้ ประสบความสำเร็จในการออกแบบและทดลองใช้ “ระบบการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ชุมชน โรงพยาบาลโนนสูง” เครื่องมือที่ใช้จัดเก็บข้อมูลมีคุณภาพสูง โดยแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ผลสัมฤทธิ์หลังจากการนำระบบไปใช้ในผู้ป่วย 15 ราย พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกาย (Barthel ADL) พัฒนาดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการรบกวน (ESAS) ลดลง ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อระบบนวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ($\{x\} = 4.43$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายร่วมกับวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1. ประสิทธิภาพของระบบเยี่ยมบ้านต่อการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพร่างกาย (Barthel ADL และ ESAS) การที่ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากเฉลี่ย 9.3 (ช่วง Admit) สู่ 13.4 (วันจำหน่าย) และคงตัวพัฒนาไปถึง 15.7 เมื่อครบ 6 เดือน ชี้ให้เห็นว่าระบบการ

ดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วย Stroke ระยะฟื้นฟูสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริกาญจน์[4] ที่ระบุว่า ระบบการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized Care Plan) ส่งผลให้กระบวนการ Neuroplasticity และการฟื้นตัวทางกายภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ในเรื่องระบบการจัดบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่อง (Intermediate Care) เพื่อยับยั้งการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) พลังของการมีส่วนร่วมในชุมชนและการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพความสำเร็จของระบบนี้สะท้อนจากบทบาทของบุคลากรทั้ง 35 คน โดยเฉพาะ พยาบาล รพ.สต. (ร้อยละ 45.71) และ อสม. หมอประจำบ้าน ที่เป็นกลไกขับเคลื่อนหลักในพื้นที่ สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ ภัทรวรรณ นิสยันต์[5] ที่ค้นพบว่าการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและใช้เวทีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลให้เกิดการดูแลร่วมกันอย่างผูกพัน และตรงกับแนวคิดพัฒนาสุขภาพชุมชนของ Bracht[3] ที่ชี้ว่าความสำเร็จของนวัตกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับการบูรณาการและการประสานงานอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ดังที่ รุ่งนภา[2] ได้ย้ำถึงความสำคัญของการเชื่อมต่อข้อมูลนี้ไว้เช่นกัน การยกระดับความรู้และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ดูแลการที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจในโรคและการดูแลสูงถึง 14 ราย และพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาณัติ วรรณะ[6] และ พิชชานันท์ สงวนสุข[7] ที่กล่าวว่า การเรียนรู้และการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของญาติผ่านกระบวนการสอนแนะเชิงรุกในบริบทจริงที่บ้าน ช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดอัตราความบกพร่องในการดูแลลงได้ นอกจากนี้ การประเมินสุขภาวะจิตใจ (2Q/9Q) และการจัดการปัจจัยสังคมตามแนวคิดของ ดวงธิดา โสดาพรม[8] และ สุพจน์ ดีไทย[9] ยิ่งเสริมให้ญาติมีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่แข็งแกร่ง ส่งผลให้เกิด "คุณภาพบริการสุขภาพ" ตามแนวคิดอันเลื่องชื่อของ Donabedian ที่ยึดถือว่าความต่อเนื่องของบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการคือดัชนีชี้วัดความสำเร็จของระบบสาธารณสุขยุคใหม่[10]

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรมีการศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานของระบบในระยะที่ยาวนานขึ้น (Long-term follow-upมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จนถึง 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการฟื้นตัวและความคงอยู่ของระบบชุมชนการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางศรษฐศาสตร์ควรเพิ่มการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลลัพธ์ (Cost-Effectiveness Analysis) หรือการคำนวณความคุ้มค่าทางการเงิน เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากการลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission cost) นำไปใช้อ้างอิงในการผลักดันเชิงนโยบายระดับจังหวัดหรือระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization.
2. รุ่งนภา พรมมี. (2564). การบูรณาการระบบบริการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(4), 675-686.
3. Bracht, N. (1999). Health promotion at the community level: New advances (2nd ed.). SAGE Publications.

4. ศิริกาญจน์ เจริญสุข. (2563). ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล, 35(1), 99-114.
5. ภัทรวรรณ นิสยันต์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน. วารสารเกื้อการุณย์, 24(1), 57-71.
6. อาณัติ วรรณะ. (2562). การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(3), 341-353.
7. พิชชานันท์ สงวนสุข. (2564). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(2), 112-123.
8. ดวงธิดา โสดาพรม. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 145-154.
9. สุพจน์ ดีไทย. (2565). การเตรียมความพร้อมและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 39(2), 201-212.
10. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. JAMA, 260(12), 1743-1748.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา

Development of a Palliative Care Model at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

พุทธินันท์ ชาญโพธิ์[1]
Puttinan Chanpho[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และ (2) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลดังกล่าว ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 มีนาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย (คะแนน PPS $\le$ 50%) ที่เข้ารับบริการในคลินิกประคับประคอง จำนวน 20 ราย ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นเน้นการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมเยี่ยมบ้าน) และโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ควบคู่กับการมอบคู่มือและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 และ 14 สำหรับผลการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) เป็นบุตร (ร้อยละ 55.0) และดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) ในภาพรวมญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 107.25, SD = 12.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 31.25, SD = 3.10) ในขณะที่ด้านการปรับตัวทางร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 22.40, SD = 4.15)

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การปรับตัวของญาติผู้ดูแล, ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

Abstract

This Quasi Experimental Research and Development (R&D) study aimed to: (1) develop a palliative care model at Non Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province; and (2) evaluate the outcomes of the developed model. Conducted from May 1, 2025, to March 31, 2026. The sample comprised 20 primary caregivers of end-stage chronic patients (PPS 50%) at the palliative care clinic, selected through purposive sampling. Research instruments included demographic data records. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The findings revealed that the newly developed model emphasizes a multidisciplinary team approach (physicians, nurses, pharmacists, and home care teams) combined with a 4-step empowerment program, educational manuals, and scheduled tele-nursing follow-ups on days 7 and 14. Evaluation of the 20 caregivers showed that the majority were female (70.0%), daughters of the patients (55.0%), and caring for end-stage cancer patients (60.0%). Overall, caregivers demonstrated a moderate level of total adaptation ($\overline{X}$= 107.25, SD = 12.45). Regarding specific dimensions, the interdependence mode achieved the highest average score, placing it at a high level ($\overline{X}$= 31.25, SD = 3.10), whereas the physiological adaptation mode received the lowest average score, remaining at a moderate level ($\overline{X}$= 22.40, SD = 4.15).

Keywords: Palliative Care, Caregiver Adaptation, Roy's Adaptation Model, Community Hospital

[1] โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

สถานการณ์ระดับประเทศและความเปลี่ยนแปลงของตัวผู้ป่วยปัญหาและการขยายตัวของโรคความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย (เช่น มะเร็ง, หัวใจ, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ไตวาย และสมองเสื่อม) มีชีวิตที่ยาวนานขึ้น แต่ต้องเผชิญกับภาวะร่างกายที่เลวลง สมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตัวเองลดลงอย่างต่อเนื่อง (ค่า PPS < 60%) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย ในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงมีความต้องการพึ่งพาและต้องการให้บุคคลที่รักเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด ผลกระทบและภาระต่อญาติผู้ดูแล (Caregiver)บทบาทของผู้ดูแลในบริบทไทยสังคมไทยเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยว โดยผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวถึงร้อยละ 95.5 (มักเป็นคู่สมรสหรือบุตรและเป็นเพศหญิง) ซึ่งต้องรับหน้าที่ทั้งการดูแลทางกายและจัดการประสานงานทางสังคม วิกฤตการปรับตัวของญาติการดูแลดังกล่าวเป็น "สิ่งเร้าตรง" ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรง โดยในปี 2563 พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางกาย (ปวดหลังร้อยละ 42, ปวดเมื่อยร้อยละ 51) และทางจิตใจ (เครียดและวิตกกังวลร้อยละ 61, ซึมเศร้าร้อยละ 4.5) ภาระเหล่านี้เป็น "สิ่งเร้าร่วม"ที่ลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพในการอภิบาลผู้ป่วย[1,2]

โรงพยาบาลโนนสูงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (ให้บริการจริง 86 เตียง) รับผิดชอบประชากรกว่า 1.2 แสนคน มีแพทย์ประจำ 20 คน ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พยากรณ์โรคว่ามีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งกลุ่มโรคมะเร็งและไม่ใช่โรคมะเร็งที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด (เช่น ปี 2563 มีผู้ป่วยสูงถึง 498 ราย และคงตัวเฉลี่ยเกือบ 300 รายต่อปีในปัจจุบัน) จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative care ในโรงพยาบาลโนนสูง ปี 2565 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย Palliative Care มีกิจกรรมเตรียมผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต การดูแลจิตใจญาติ โดยให้ผู้ป่วยและญาตินิมนต์พระมาถวายสังฆทานในโรงพยาบาล ใช้ Pain rating Scale ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดโดยการให้ยาบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลายกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วย HIV ผู้ป่วย COPD ผู้ป่วย มะเร็ง และผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่มีแผนการรักษาใดๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเครียดสูง ความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้ หมดหวังในชีวิต ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน, อาการปวด ความเจ็บป่วยต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นได้มีการพัฒนาให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวโน้มสูงขึ้น และพบอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 59.66 (ปี 2565) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.79 (ปี 2567) เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวรุนแรง และเป็นกลุ่มที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งแม้โรงพยาบาลจะมีการประเมินความปวดและการจัดกิจกรรมทางศาสนา (สังฆทานข้างเตียง) แล้ว แต่ระบบการดูแลยังไม่สามารถครอบคลุมการสนับสนุนญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] สรุปเหตุผลและความจำเป็นในการวิจัย จากข้อจำกัดและผลกระทบ ที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จึงจำเป็นต้อง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา โดยมุ่งเน้นการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดการอาการเชิงคลินิกของผู้ป่วย และใช้แนวคิดองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและยกระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วย

ได้เผชิญวาระสุดท้ายอย่างสงบและลดการเสียชีวิตที่แออัดในโรงพยาบาลลงอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง นครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มี 5 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ 2) ออกแบบกิจกรรม 3) ปฏิบัติเชิงทดลอง 4) ประเมินผลการปฏิบัติ และ 5) การเผยแพร่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ได้รับบริการตามรูปแบบ palliative care โรงพยาบาล ในคลินิก palliative care รพ โนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มเป้าหมาย

1.เป็นผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และมีที่อยู่ในจังหวัด นครราชสีมา

2.ภายหลังการรักษาแล้วได้ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายดูแลต่อเนื่องจนครบ 9 เดือน

3.ให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยแทนและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออกกลุ่มเป้าหมาย

1. ย้ายที่อยู่
2. เสียชีวิตก่อนการเยี่ยม
3.ไม่สมัครใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ส่งเสริมการปรับตัว 4 ด้าน โดยการ ใช้การวัดผลเชิงปริมาณ อัตราควบคุมอาการปวด > 50% และคุณภาพ เครื่องมือประเมิน การปรับตัวของญาติผู้ดูแล (แบบสอบถาม 32 ข้อ) มีการตรวจสอบ validity และ reliability ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 (1พฤษภาคม 2568)

ระยะที่ 1. วิเคราะห์วางแผน โดยศึกษาสถานการณ์ สำรวจสภาพปัญหา ความต้องการ วิเคราะห์สถานการณ์ และศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัย ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรคที่พบ ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้ในการพัฒนาการจัดบริการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและทฤษฎีการปรับตัวของรอย และศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการจริง ในช่วงเดือน มิถุนายน 2568

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวทางส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วย
โรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 3 คน และจดบันทึกปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ที่พบในระหว่างทดลองใช้รูปแบบ

ระยะที่ 4 นำปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทาง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 นำแนวทางไปใช้และประเมินประสิทธิผลของของแนวทางฯ โดยนำแนวทางส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนสูง ตามรูปแบบใหม่ ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึง เดือนมกราคม 2569 และประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางฯ

กระบวนการเก็บข้อมูล (Data collection process)

วันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล

1) แนะนำตัวทำความรู้จัก ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แปลผลค่าคะแนนการปรับตัว

2) พูดคุยกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3) เมื่อทราบค่าคะแนนการปรับตัว แจ้งให้ญาติผู้ดูแลทราบพร้อมตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยถ้ามีเกณฑ์คะแนนการปรับตัวระดับสูงให้ตั้งเป้าหมายคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนคะแนนการปรับตัวปานกลางและระดับต่ำ ให้ตั้งเป้าหมายมีการปรับตัวที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ใช้เวลาในการทำกิจกรรมวันแรก 60 นาที และนัดพบในวันต่อมา

4) กลับมาวางแผนให้คำปรึกษาส่งเสริมการปรับตัว โดยถ้ามีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับสูงให้เสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนคะแนนการปรับตัวระดับปานกลางและระดับต่ำ ให้เสริมสร้างพลังอำนาจการปรับตัวให้ดีขึ้น พิจารณาความพร้อมในการปรับตัวแต่ละด้าน

วันที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี

2) ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแล ดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสำรวจค้นพบปัญหาด้วยตัวเอง

2.2 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2.3 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง

2.4 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวที่ดี ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 2 ทั้งหมด 60 นาที และนัดพบวันต่อมา

วันที่ 3 เป็นการให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหา

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล และนำเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดสรรเวลาในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน เพื่อไม่ให้เกิดความอ่อนล้าและร่างกายทรุดโทรม ทำจิตใจให้เบิกบานมองโลกในแง่ดี คลายความตึงเครียดด้วยการสวดมนต์ ดูหนัง ฟังเพลง ตามความชอบ ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การจัดการอาการรบกวนที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 2.1 ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลได้รับรู้ว่ามีปัญหาอะไรที่จะเกิดขึ้นได้บ้าง 2.2 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2.3 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลจัดกลุ่มของปัญหา 2.4 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสำรวจถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแล 2.5 แนะนำแนวทางในการขจัดอุปสรรคออกไป

3) มอบคู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก และให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อสามารถโทรขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และนัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 3 ทั้งหมด 60 นาที

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 (วันที่ 7 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก)

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย พูดคุยซักถามถึงความเป็นอยู่ของญาติผู้ดูแล และอาการทั่วไปของผู้ป่วยตลอดจนปัญหาที่พบ ความต้องการการช่วยเหลือ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้

กำลังใจและชื่นชมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ใช้เวลาในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ทั้งหมด 30 นาที

2) นัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ในวันที่ 14 ของการเก็บข้อมูล

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 (วันที่ 14 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก)

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วยตลอดจนปัญหาที่พบความต้องการการช่วยเหลือและประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับการประเมินครั้งแรก

2) บอกให้ทราบถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยครั้งนี้ และกล่าวขอบคุณ ใช้เวลาทำกิจกรรมและการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พัฒนาโดย เพ็ญศิริ มรกต (2556) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 19 ข้อ คำถามเชิงลบ 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์จำนวน 8 ข้อ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ จำนวน 8 ข้อ ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง นำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ มีการดำเนินการขอการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 20 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 ราย มีผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจำนวน 20 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.0) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 60.0) และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 55.0) โดยญาติผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.50 ปี มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 21,500 บาท/เดือน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเฉลี่ย 3.20 เดือน สำหรับตัวผู้ป่วยพบว่าเป็นเพศหญิงและชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.30 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 65.0) และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด (ร้อยละ 60.0)

ผลคะแนนเฉลี่ยและระดับการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์ระดับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยใช้วิธีแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ พบว่า ในภาพรวมญาติผู้ดูแลมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ({X} = 107.25, SD = 12.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ

การปรับตัวด้านร่างกาย ({X} = 22.40) ส่วนด้านที่มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูงคือ ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ({X} = 31.25)

สรุปผลจากแบบบันทึกเหตุการณ์และความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย จากการจดบันทึกและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในระหว่างการทดลองใช้เครื่องมือ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ด้านความเข้าใจในสำนวนภาษา: ผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจข้อคำถามได้ดี แต่พบว่าในข้อถามที่เป็น "ประโยคปฏิเสธ (ข้อคำถามเชิงลบ)" ญาติผู้ดูแลบางรายต้องใช้เวลาอ่านทวนซ้ำ 2 รอบก่อนตอบ ผู้วิจัยจึงได้ทำตัวหนาเน้นคำปฏิเสธ (เช่น คำว่า **"ไม่"** หรือ **"ยาก"**) เพิ่มเติมในฉบับจริงเพื่อให้สะดุดตาและลดความสับสน

2. ด้านสภาพแวดล้อมและจิตใจ: เนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติผู้ดูแลบางรายมีภาวะความเครียดสะสมและอ่อนเพลียจากการเฝ้าไข้ ในระหว่างการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต้องสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่เร่งรัด และในรายที่มีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยได้ใช้วิธีอ่านข้อความให้ฟังอย่างเป็นกลางเพื่อช่วยอำนวยความสะดวก

งานวิจัยเชิงวิเคราะห์เชิงระบบ (Research and Development สถิติเชิงเปรียบเทียบ สรุปผลดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ทั้งอัตราการควบคุมอาการปวด อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ลดลง และระดับความพึงพอใจ พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) โรงพยาบาลโนนสูง โดยการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพและโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของรอย ผลลัพธ์เชิงคลินิกและเชิงระบบดีขึ้นในทุกมิติอย่างชัดเจน โดยสามารถเพิ่มอัตราการควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยขึ้นเป็นร้อยละ 75.00 ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่งานวิจัยกำหนดไว้ (>50%) และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตที่แออัดในโรงพยาบาลลงเหลือร้อยละ 45.00 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้กลับไปเผชิญวาระสุดท้ายที่บ้านท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักอย่างสงบ ในส่วนของญาติผู้ดูแล พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ ({X} = 72.50) เป็นระดับปานกลาง ({X} = 107.25) และมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบใหม่ในระดับมากที่สุด ({X} = 4.65) เช่นเดียวกับทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการที่มีความพึงพอใจต่อระบบงานใหม่ในระดับมากที่สุด ({X} = 4.58) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างยั่งยืน"

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 ราย อภิปรายผลร่วมกับวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บริบทเชิงสังคมกับการแบกรับภาระของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) และมีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 55.0) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและบริบทการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวไทยต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น วัฒนธรรมไทยมักหล่อหลอมให้เพศหญิงหรือบุตรรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทำให้ต้องเผชิญกับความท้าทายและการปรับตัวอย่างมากในระยะนี้[4]

2. การปรับตัวด้านร่างกายที่ต่ำที่สุด: ผลกระทบที่ต้องการการดูแล ผลการวิจัยชี้ว่า **การปรับตัวด้านร่างกายของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ({X} = 22.40)** ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางต่ำ อธิบายได้ว่าเนื่องจากระยะเวลาที่รับรู้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยเพียง 4.50 เดือน และมีเวลาปรับตัวในการดูแลจริงเพียง 3.20 เดือน ความกระชั้นชิดของระยะเวลาประกอบกับความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย[2] ส่งผลให้

ญาติเกิดความเหนื่อยล้าทางกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ ยุพา จิ๋วพัฒนกุล ที่ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านอย่างต่อเนื่องยาวนานโดยขาดทักษะ มักส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางกายของผู้ดูแลโดยตรง[5]

3. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นที่สูงที่สุด: พลังแห่งระบบสนับสนุน เป็นที่น่าสนใจว่า **ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ({X} = 31.25) อยู่ในระดับสูง** สะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับข้อกำหนดตามนิยามปฏิบัติการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยและบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการลงเยี่ยมบ้าน[6]

4. บทบาทพยาบาลกับการปรับตัวในภาพรวม ในภาพรวม ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ({X} = 107.25) แสดงให้เห็นว่าญาติยังคงต้องการการส่งเสริมศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับข้อเสนอแนะของ กิตติยาพร จันทร์ชม[7] และ เพ็ญนภา แดงต้อมยุทธ์ และคณะ[8] ที่เน้นย้ำว่า **"การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)"** โดยพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในด้านการให้ความรู้ ทักษะการจัดการอาการ และการสนับสนุนทางจิตใจ เป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยยกระดับระดับการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาลในคลินิกและชุมชน: ควรจัดตั้งโปรแกรมหรือกิจกรรม "เสริมสร้างพลังอำนาจและทักษะทางกาย" สำหรับญาติผู้ดูแลโดยเฉพาะ เนื่องจากพบว่ามีการปรับตัวด้านร่างกายต่ำที่สุด โดยเน้นการสอนท่าทีที่ถูกต้องในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดการความเหนื่อยล้าและการแบ่งเวลา

ด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง (Palliative Care): พยาบาลควรมีบทบาทเชิงรุกในการประสานงานและเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เพื่อเชื่อมโยงความต้องการของญาติเข้ากับระบบสนับสนุนในชุมชนตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (สรญา แก้วพิทูลย์, 2559) เพื่อคงระดับการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นให้อยู่ในระดับสูงต่อไป

ด้านการพัฒนาองค์กร: สถานพยาบาลควรนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2563; ศูนย์การุญรักษ์, 2561) มาใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการประเมินและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลตั้งแต่ระยะแรกที่แพทย์วินิจฉัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป (Recommendations for Future Research)

ควรทำการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยประยุกต์ใช้ "โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับระบบสนับสนุนในชุมชน" เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเพิ่มระดับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ควรเพิ่มการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายต่ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและเงื่อนไขเฉพาะเจาะจงในชีวิตประจำวัน นำไปสู่การออกแบบนวัตกรรมช่วยเหลือที่ตรงจุดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. อากาศ พัฒนเรืองไล. (2559). List disease of Palliative care and Functional unit. สำนักการแพทย์ กรมการแพทย์. อาร์ต ควอลิไฟท์.

3. โรงพยาบาลโนนสูง. (2565) สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative care ในโรงพยาบาลโนนสูง ปี 2565. โรงพยาบาลโนนสูง
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
5. ยุพา จิ๋วพัฒนกุล. (2561). การดูแลครอบครัว. ใน กีรดา ไกรนุวัตร และ รัชนก คชโกร (บรรณาธิการ), การพยาบาลชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 11). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. ศูนย์ข้อมูลด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. http://www.ratchakicha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF
7. กิตติยาพร จันทร์ชม. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 5(2), 12–24.
8. เพ็ญนภา แดงต้อมยุทธ์, จุติมา มาสัย และ สุพรรณี หศิลก. (2560). การเสริมสร้างพลังอำนาจ: บทบาทของพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล, 44(2), 159–168.
9. World Health Organization. (2020). Global atlas of palliative care (2nd ed.). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม : กรณีศึกษา

Nursing care for tuberculosis patients with co-existing diabetes mellitus: A case study.

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

พิษณุ พงษ์สุวรรณ[1]
Phitsanu Pongsuwan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคอนสาร วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี มาด้วยอาการน้ำหนักลด 10 กิโลกรัมใน 5 เดือน วันนี้มาฟังผล Sputum AFB ตามนัด มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน รักษาไม่ต่อเนื่อง ซื้อยาจากคลินิกเอกชนมารับประทานเอง

ผลการศึกษา พบว่า แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอห่าง ๆ ไม่มีเหนื่อยหอบ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/73 มิลลิเมตรปรอท .Lung crepitation both lung ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO2) 98 % ผล Sputum AFB = negative ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผล sinus tachycardia Chest X-ray (CXR) : Reticular infiltration Left lung แพทย์วินิจฉัย Pulmonary Tuberculosis (TB) U/D Diabetes Mellitus (DM) พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลห้องแยกโรคแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลคอนสาร ขณะดูแลให้การรักษา คือ ไอหายใจเหนื่อยไม่หอบ Lung crepitation both lung ได้รับยา Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn for fever q 6 ชั่วโมง Glyceryl guaiacolate 100 mg 2 tab oral tid pc+hs Dextromethophan 15 mg 2 tab oral tid pc Berodualforte NB(Inhalex forte) 0.5+1.25 mg/4ml 1 หลอด ๆ 12 ชม หลังรักษา ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ Lung clear Isoniazid 100 mg 3 tab oral hs Pyrazinamide 500 mg 2 tab oral hs Ethambutal 400 mg 2 tab oral hs Rifampicin 450 mg 1 tab oral hs vitamin B6 50 mg 1 tab oral hs มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังได้รับยาจากการรักษา TB ดูแลให้ Metoclopramide 10 mg iv prn q 8 hr Domperidone 1 tab oral tid ac ORS ผสมน้ำจิบบ่อย ๆ อาการดีขึ้น ไม่มีอาเจียน คลื่นไส้บางครั้ง ผู้ป่วย U/D DM รักษาไม่ต่อเนื่อง ดูแล เจาะ DTX premeal OD Metformin 500 mg 1 tab oral bid pc ไม่มีภาวะ Hypo-hyperglycemia ดูแลให้ นอนพักรักษาตัว ทั้งหมด 12 วัน ติดตามเยี่ยมหลังรักษาครบ 6 เดือน ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่บุคคลในครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ: การพยาบาล , โรควัณโรคปอดที่มีโรคเบาหวานร่วม

Abstract

This case study aimed to investigate the nursing care of a tuberculosis patient with co-existing diabetes mellitus. The patient, a 48-year-old Thai woman, presented with a 10 kg weight loss in 5 months. She was there for her scheduled sputum AFB result checkup. She had a history of inconsistent diabetes mellitus, with medication she purchased from a private clinic.

The study results showed that upon admission, the patient was conscious, had a mild cough, and no shortness of breath. Vital signs were measured: temperature 37°C, heart rate 116 beats/minute, respiratory rate 20 breaths/minute, blood pressure 121/73 mmHg. Lung crepitation was observed in both lungs. Blood oxygen saturation (SpO2) was 98%. Sputum AFB was negative. Electrocardiogram (EKG) showed sinus tachycardia. Chest X-ray (CXR) revealed reticular infiltration in the left lung. The physician diagnosed Pulmonary Tuberculosis (TB) and Diabetes Mellitus (DM) under consideration. Admission to the female inpatient isolation ward at Khonsan Hospital was recommended. During treatment, the patient presented with coughing, shortness of breath (but not wheezing), and lung crepitation in both lungs. They received

[1] โรงพยาบาลคอนสาร

Paracetamol 500 mg (1 tablet orally prn) for fever every 6 hours, Glyceryl guaiacolate 100 mg (2 tablets orally tid pc+hs), Dextromethophan 15 mg (2 tablets orally tid pc), and Berodualforte NB (Inhalex forte) 0.5+1.25 mg/4ml (1 ampoule every 12 hours). After treatment, there was no shortness of breath and the lungs were clear. Other medications administered included Isoniazid 100 mg (3 tablets orally hs), Pyrazinamide 500 mg (2 tablets orally hs), Ethambutal 400 mg (2 tablets orally hs), Rifampicin 450 mg (1 tablet orally hs), and Vitamin B6 50 mg (1 tablet orally hs). The patient also experienced nausea and vomiting. After receiving medication for TB treatment, administer Metoclopramide 10 mg IV prn every 8 hours, Domperidone 1 tablet orally twice daily in ORS mixed with water, sipped frequently. Symptoms improved, with no vomiting and occasional nausea. The patient had a history of diabetes mellitus (DM) and was not receiving continuous treatment. Monitoring included checking DTX premeal OD and administering Metformin 500 mg 1 tablet orally bid pc. There was no hypo-hyperglycemia. The patient was admitted for 12 days for hospitalization. A 6-month follow-up was conducted. There was no transmission of tuberculosis to family members or the community.

Keywords: Nursing care, Pulmonary tuberculosis with diabetes mellitus

บทนำ

วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ และเป็นสาเหตุการตายโดยเฉพาะวัณโรคที่ปอด สามารถพบได้ร้อยละ 80 ของวัณโรคทั้งหมด โดยสามารถแพร่กระจายโรคได้ผ่านละอองฝอยจากการไอ จาม หัวเราะ ตะโกน ร้องเพลง หรือการบ้วนเสมหะของผู้ป่วยเข้าสู่ปอดของบุคคลทั่วไป ทำให้เกิดอาการของวัณโรคปอด เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ ซึ่งบางครั้งมีเสมหะหรือมีเลือดปนขณะไอ มีอาการไอเรื้อรังนานเป็นสัปดาห์ อาจมีอาการเหงื่อออกตอนกลางคืน สาเหตุที่ทำให้เกิดโรควัณโรคปอด คือ อยู่ใกล้ชิดกับคนป่วยที่เป็นวัณโรคปอด สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยอากาศไม่ถ่ายเท ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น เอดส์ ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่มีการใช้ยาเสพติด อายุที่มากกว่า 65 ปี[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์วัณโรคในต่างประเทศทั่วโลก พบว่า มี 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกมีการติดเชื้อวัณโรค โดยความชุกของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14.4 ล้านคน โดยคิดเป็น 219 ต่อแสนประชากร และในแต่ละปี พบวัณโรคปอดรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 8.6 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 122 คนต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะเสียชีวิตปีละประมาณ 1.65 ล้านคน คิดเป็น 25 ต่อแสนประชากร ร้อยละ 98 อยู่ในประเทศยากจน และพบอัตราผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในประเทศของทวีปเอเชียซึ่งสูงกว่าประเทศในทวีปอเมริกาและทวีปยุโรปประมาณ 2.5-4 เท่า[2]

สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย โดยอ้างอิงจากกลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1,204 แห่ง พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคในช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปี มีมากที่สุด จำนวน 21,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชายประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (เพศชายจำนวน 53,849 ราย, เพศหญิงจำนวน 25,106 ราย) ส่วนอัตราผลสำเร็จของรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นรักษา พ.ศ. 2565 (เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาสามารถนำประเมินผลการรักษาได้) พบว่ามีอัตราการความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 79.8 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา มาจากเสียชีวิต ร้อยละ 9.8 และขาดยา ร้อยละ 5.6[1]

โรงพยาบาลคอนสาร พบผู้ป่วยวัณโรค ในปี 2566, 2567 , 2568 มีจำนวน 69 , 78 , 120 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม ในปี 2566, 2567 , 2568 มีจำนวน 14 , 25, 26 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOT : Directly Observed Treatment) จึงจำเป็นที่พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ เกษตรกรรม สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท วันที่รับไว้ที่โรงพยาบาลคอนสาร วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 แพทย์วินิจฉัย Pulmonary Tuberculosis (TB) U/D Diabetes Mellitus (DM) พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลคอนสาร นอนพักรักษาตัว ทั้งหมด 12 วัน หลังการรักษาสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาฟังผล Sputum AFB ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

5 เดือนก่อนมา น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม/5 เดือน

1 เดือนก่อนมา ไอห่าง ๆ ซื้อยารับประทานเองพอทุเลา

4 วันก่อนมา ไอแห้ง ๆ หายใจเหนื่อย ไม่หอบ รักษาที่โรงพยาบาลคอนสาร CXR - reticulonudular, + infiltration at Lt lung นัดเก็บ Sputum AFB * 3 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ปี 2551 รักษาไม่ต่อเนื่อง ซื้อยาที่คลินิกเอกชนรับประทานเอง ปฏิเสธการผ่าตัด

การตรวจร่างกายตามระบบ

Vital sign: Temp 37°c Pulse 116 bpm, RR 20 bpm no retraction , BP 121/73 mmHg. Skin: capillary refill time 2 second Head: Normal Eye: conjunctiva pale, pupils 2 min. RTLBE. Nose: Normal Mount & Throat: no dry lips, Heart: HR 116 bpm, no heave, no neck vein engorged, PMI at 5 th ICS at MCL. Chest & Lung: crepitation Both lung Respiratory rate 20 bpm, no pigeon, SpO2 98 % RA. Abdomen: Normal shape, Abdominal soft, no guarding, no tenderness. Neurological: Good conscious, normal speech, no facial palsy. Extremities: no pitting edema, full ROM

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.Clinical Chemistry: ผลการตรวจวันที่ 30 พฤษภาคม 2567 : BUN 10 mg/dl, Creatinin 0.5 mg/dl , eGFR 114.82 ml/min/1.73m\s\2 , AST 27 U/L,ALT 61 U/L, Na 133.4 mmol/L , K 4.3 mmol/L , Cl 98 mmol/L , CO2 23 mmol/L วันที่ 5 มิถุนายน 2567 : : BUN 6 mg/dl, Creatinin 0.48 mg/dl , eGFR 116.37 ml/min/1.73m\s\2 , AST 52 U/L,ALT 37 U/L, Na 138.5 mmol/L , K 4.3 mmol/L , Cl 102 mmol/L , CO2 20 mmol/L

วิเคราะห์ผลตรวจ : ค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.Complete Blood count ผลการตรวจวันที่ 30 พฤษภาคม 2567 : WBC 10.49 cell/mm ,Neutrophils 66% , Lymphocytes 23 % ,RBC count 3.79 10\s\6\ul ,Hematocrit 33.1%, Hemoglobin 10.1 g/dl, MCV 87.4 fl, MCH 26.7 fl ,Platelet count 719,000 /ul วันที่ 5 มิถุนายน 2567 : WBC 13.11 cell/mm , Neutrophils 68% , Lymphocytes 18 % ,RBC count 3.87 10\s\6\ul ,Hematocrit 34.3%, Hemoglobin 10.4 g/dl, MCV 88.7 fl, MCH 26.8 fl ,Platelet count 671,000 /ul

วิเคราะห์ผลตรวจ : มีภาวะโลหิตจาง เม็ดเลือดมีขนาดปกติ แต่มี Hemoglobin น้อย อาจเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก มีการติดเชื้อหรืออักเสบเรื้อรังในร่างกาย

3.การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 **Fasting Blood Sugar** (FBS) 98 mg/dl , ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c) HbA1C 10.1 %

วิเคราะห์ผลตรวจ : มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง

4. . การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Testing) ผลการตรวจ วันที่ 31 พฤษภาคม 2567 = negative

วิเคราะห์ผลตรวจ : ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี

5.การตรวจเสมหะ Sputum AFB วันที่ 27 – 29 พฤษภาคม 2567 ผล negative

6.การตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว Dextrostix (DTX)

วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 15.00= 267 mg/dl 20.00 = 194mg/dl

วันที่ 31 พฤษภาคม 2567 7.00 น. =120 mg/dl 11.00 = 107mg/dl 15.00= 164 mg/dl 20.00 = 172mg/dl

วันที่ 1 มิถุนายน 2567 7.00 น. =127 mg/dl 11.00 = 125mg/dl 15.00= 129mg/dl 20.00 = 111mg/dl

วันที่ 2 มิถุนายน 2567 7.00 น. =125 mg/dl 11.00 = 158mg/dl 15.00= 131mg/dl 20.00 = 174mg/dl

วันที่ 3 มิถุนายน 2567 7.00 น. =182 mg/dl 11.00 = 166mg/dl 15.00= 181mg/dl 20.00 = 158mg/dl

วันที่ 4 มิถุนายน 2567 7.00 น. =145 mg/dl 11.00 = 160mg/dl 15.00= 131mg/dl 20.00 = 111mg/dl

วันที่ 5 มิถุนายน 2567 7.00 น. =107 mg/dl

วันที่ 6 มิถุนายน 2567 7.00 น. =103 mg/dl

วันที่ 7 มิถุนายน 2567 7.00 น. =129 mg/dl

วันที่ 8 มิถุนายน 2567 7.00 น. =109 mg/dl

วันที่ 9 มิถุนายน 2567 7.00 น. =114 mg/dl

วันที่ 10 มิถุนายน 2567 7.00 น. =116 mg/dl

วันที่ 11 มิถุนายน 2567 7.00 น. =130 mg/dl

วิเคราะห์ผลตรวจ : ระดับน้ำตาลในเลือดช่วงก่อนอาหาร ควรควบคุมอยู่ระหว่า 80-130 mg/dl ซึ่งในช่วงแรกของการรักษา อยู่ในระดับที่

สูง อาจเกิดจากการติดเชื้อ และสามารถควบคุมได้ดีในช่วงหลัง

ผลการตรวจพิเศษ

EKG : sinus tachycardia Heart rate 116 bpm

วิเคราะห์ผลตรวจ : ภาวะหัวใจเต้นจังหวะปกติแต่มีความเร็วสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที โดยที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (P wave, PR interval, QRS) ยังเป็นปกติทุกอย่าง มักเกิดจากร่างกายมีการติดเชื้อวัณโรคร่วมกับมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

Chest X-ray (CXR) : Reticular infiltration Left lung

วิเคราะห์ผลตรวจ : พบภาพเงาผิดปกติในเนื้อปอดเป็นลักษณะเส้นใยตาข่ายสานกันไปมา บ่งบอกถึงความผิดปกติของโครงสร้างค้ำจุนเนื้อปอด (Interstitial)

การวินิจฉัยของแพทย์(Final Diagnosis) Pulmonary Tuberculosis (TB) U/D Diabetes Mellitus (DM)

การรักษาที่ได้รับ

Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn for fever q 6 ชั่วโมง

Glyceryl guaiacolate 100 mg 2 tab oral tid pc+hs

Dextromethophan 15 mg 2 tab oral tid pc

Berodualforte NB(Inhalex forte) 0.5+1.25 mg/4ml 1 หลอด ๆ 12 ชม

Metformin 500 mg 1 tab oral bid pc

Isoniazid 100 mg 3 tab oral hs

Pyrazinamide 500 mg 2 tab oral hs

Ethambutal 400 mg 2 tab oral hs

Rifampicin 450 mg 1 tab oral hs

vitamin B6 50 mg 1 tab oral hs

Metoclopramide 10 mg iv prn q 8 hr

Domperidone 1 tab oral tid ac

ORS ผสมน้ำจิบบ่อย ๆ

DTX premeal OD keep 80-200 mg/dl

สิ่งที่พบทางคลินิค

ไอ หายใจเหนื่อยไม่หอบ Lung crepitation both lung

CXR :Reticular infiltration Left lung

น้ำหนักลด 10 กิโลกรัมใน 5 เดือน

อาเจียน 2 ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อย

โรคเบาหวานรักษาไม่ต่อเนื่อง ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว DTX 267 mg% HbA1C 10.1 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤต

1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากติดเชื้อวัณโรคปอด

2.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB

3.,ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

4.เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา เนื่องจากเริ่มรักษาวัณโรค

5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาวัณโรค

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะจำหน่าย

6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากติดเชื้อวัณโรคปอด **ข้อมูลสนับสนุน** : ไอ หายใจเหนื่อย ไม่หอบ CXR :Reticular infiltration left lung , lung : crepitation both lung RR 20 bpm SpO2 98%RA **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** : ไม่มีอาการหอบ ไม่มีกระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว ≥95% lung clear	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินการหายใจ เสียงปอด 2.ดูแลนอนศีรษะสูง 30 องศา 3.แนะนำดื่มน้ำอุ่น 4.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา(Glyceryl guaiacolate 100 mg 2 tab oral tid pc+hs Dextromethophan 15 mg 2 tab oral tid pc Berodualforte NB(Inhalex forte) 0.5+1.25 mg/4ml 1 หลอด ๆ 12 ชม Isoniazid 100 mg 3 tab oral hs Pyrazinamide 500 mg 2 tab oral hs Ethambutal 400 mg 2 tab oral hs Rifampicin 450 mg 1 tab oral hs vitamin B6 50 mg 1 tab oral hs) **การประเมินผล** : ผู้ป่วยไอห่าง ๆ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 99% **lung clear** **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 4 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB **ข้อมูลสนับสนุน** : 1st Dx TB ,CXR :Reticular infiltration left lung น้ำหนักลด 10 กิโลกรัมใน 5 เดือน Sputum AFB negative **วัตถุประสงค์** : ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค **เกณฑ์การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่มีรายงานการติดเชื้อวัณโรคของบุคคลในครอบครัว	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.อธิบายเหตุผลและแนวทางการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 2.ดูแลให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยปิดปากปิดจมูกตลอดเวลา 3.ดูแลพักผ่อนในห้องแยก อากาศถ่ายเทได้ดี 4.แนะนำแยกห้องพัก หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับบุคคลอื่นในครอบครัว เป็นเวลา 1 เดือนนับจากวันที่เริ่มรักษา 5.ส่งเสริมการรับประทานยาวัณโรคให้ครบถ้วนและถูกต้องติดต่อกัน 6 เดือน 6.อธิบายผลดีผลเสียของการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่บุคคลอื่นในครอบครัว **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในเดือนที่ 2 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค **ข้อมูลสนับสนุน** : ผู้ป่วยวัณโรคเริ่มรักษา **วัตถุประสงค์** : ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวขณะป่วยวัณโรคได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล** : ผู้ป่วยเข้าใจการปฏิบัติตัวป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และให้ความร่วมมือในการรักษา	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินความรู้ของผู้ป่วย2.สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจ 3.อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง การแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา การมาตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ โดยใช้ข้อความเข้าใจง่าย กระชับ ไม่ซับซ้อน3.รับฟังปัญหา ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ **การประเมินผล** : ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ตอบคำถามถึงอาการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะป่วยได้ **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 3 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา เนื่องจากเริ่มรักษาวัณโรค **ข้อมูลสนับสนุน** : ผู้ป่วยวัณโรคเริ่มรักษา ได้รับยา Isoniazid 100 mg 3 tab oral hs Pyrazinamide 500 mg 2 tab oral hs Ethambutal 400 mg 2 tab oral hs Rifampicin 450 mg 1 tab oral hs vitamin B6 50 mg 1 tab oral hs ผลการตรวจ AST 27 U/L,ALT 61 U/L **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.อธิบายชนิด ลักษณะและจำนวนยาแต่ละตัว 2.บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาและหากรับประทานยาไม่ตรงเวลาหรือไม่ต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดการดื้อยา ส่งผลให้การหายยากและใช้เวลานานขึ้น 3.อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์ของยาแต่ละชนิดที่อาจเกิดขึ้น เช่น ตับอักเสบ อาการชาปลายมือปลายเท้า ผื่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น 4.แนะนำอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น ชักกระตุก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจลำบาก อาการบวมที่หน้า ริมฝีปาก ลำคอ ผิวซีดเหลือง มองเห็นไม่ชัด **การประเมินผล** : ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง มาตามนัดทุกครั้ง มีเวียนศีรษะ คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน เบื่ออาหารในการรับประทานยาช่วง 2

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล : รับประทานยาได้ถูกต้อง ครบ จำนวน ขนาดและเวลา ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลการตรวจ AST 0-37 U/L,ALT 0-40 U/L	สัปดาห์แรก ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ผลการตรวจ AST 52 U/L,ALT 37 U/L **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในเดือนที่ 4 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 .เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาวัณโรค **ข้อมูลสนับสนุน** U/D DM :ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 267 mg/dl HbA1C 10.1 % อาเจียน 2 ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อย **วัตถุประสงค์** : เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ **เกณฑ์การประเมินผล** : ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ระดับน้ำตาลในเลือด 70-110 mg/dl	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินอาการน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย 2.ดูแลรับประทานอาหารเบาหวาน 3.ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด premeal,hs keep 80-200 mg/dl 4.ประเมินอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น **การประเมินผล** : รู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 103-182 mg/dl **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 4 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล บ่น นอนไม่ค่อยหลับ **วัตถุประสงค์** : เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ **เกณฑ์การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้านได้**	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทางสุภาพและเป็นมิตร 2.เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและค้นหาสาเหตุความกังวล รับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ 3.ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัว 4.สนับสนุนครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและให้กำลังใจผู้ป่วย 5.สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและญาติในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจในแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 3 ของการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี ภูมิลำเนา ตำบลคอนสาร อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 เวลา 15.53 น.มาฟังผลตรวจ Sputum AFB ตามนัด ให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมา ไอห่าง ๆ ซื้อยารับประทานเองพอทุเลา 4 วันก่อนมา ไอแห้ง ๆ หายใจเหนื่อย ไม่หอบ น้ำหนักลด 10 กิโลกรัมใน 5 เดือน รักษาที่โรงพยาบาลคอนสาร CXR - reticulonudular, + infiltration at Lt lung นัดเก็บ Sputum AFB * 3 วัน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ปี 2551 รักษาไม่ต่อเนื่อง ซื้อยาที่คลินิกรับประทานเอง แรกรับตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาสเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/73 มิลลิเมตรปรอท .Lung crepitation both lung SpO2 98 % ผล Sputum AFB = negative ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผล sinus tachycardia Chest X-ray (CXR) : Reticular infiltration Left lung แพทย์วินิจฉัย Pulmonary Tuberculosis (TB) U/D Diabetes Mellitus (DM) พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลห้องแยกโรคแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลคอนสาร

แรกรับไว้ดูแลแผนกผู้ป่วยในหญิง วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 เวลา 15.01 น รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยไม่หอบ ไอห่าง ๆ .ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาสเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/

นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท .Lung Crepitation both lung SpO2 98 % ขณะดูแลให้การรักษา คือ ไอ หายใจเหนื่อยไม่หอบ Lung crepitation both lung ได้รับยา Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn for fever q 6 ชั่วโมง Glyceryl guaiacolate 100 mg 2 tab oral tid pc+hs Dextromethophan 15 mg 2 tab oral tid pc Berodualforte NB (Inhalex forte) 0.5+1.25 mg/4ml 1 หลอด ๆ 12 ชม หลังรักษา ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ Lung clear Isoniazid 100 mg 3 tab oral hs Pyrazinamide 500 mg 2 tab oral hs Ethambutal 400 mg 2 tab oral hs Rifampicin 450 mg 1 tab oral hs vitamin B6 50 mg 1 tab oral hs มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังได้รับยาจากการรักษา TB ดูแลให้ Metoclopramide 10 mg iv prn q 8 hr Domperidone 1 tab oral tid ac ORS ผสมน้ำจิบบ่อย ๆ อาการดีขึ้น ไม่มีอาเจียน คลื่นไส้บางครั้ง ผู้ป่วย U/D DM รักษาไม่ต่อเนื่อง HbA1C 10.1 % ดูแล เจาะ DTX premeal OD Metformin 500 mg 1 tab oral bid pc ไม่มีภาวะ Hypo-hyperglycemia ผล DTX 103-182 mg/dl และดูแลให้ นอนพักรักษาตัว ทั้งหมด 12 วัน นัด F/U 24 มิถุนายน 2567 TB clinic ตรวจ CXR ,FBS , HbA1C , AST ,ALT ผล CXR improve ขึ้น FBS 125 mg/dl, HbA1C 8.3% , AST 24 U/L,ALT 26 U/L รับยาต่อเนื่องที่ TB clinic โรงพยาบาลคอนสาร ติดตามเยี่ยมหลังรักษาครบ 6 เดือน ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่บุคคลในครอบครัวและชุมชน ระหว่างรักษามีปัญหา 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากติดเชื้อวัณโรคปอด 2.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB 3.ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค 4.เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา เนื่องจากเริ่มรักษาวัณโรค 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาวัณโรค 6.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติที่บ้านได้ ไม่มีการแพร่กระชายเชื้อวัณโรคสู่คนในครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องมีการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการร่วมกับเครือข่ายในการเยี่ยมบ้าน เน้นการให้กำลังใจ และติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ และการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน[3,4,5]

ข้อเสนอแนะ

1.วัณโรคเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายโดยติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมในบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข

2.ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยวัณโรค และสามารถวางแผนการดูแลได้ถูกต้องและเหมาะสม

4.ควรมีการติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2567). วัณโรค รู้ทัน ป้องกันความเสี่ยง “รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจายเชื้อ ไม่ตีตรา", ที่มาจาก : https://ddc.moph.go.th/odpc6/news.php?news=41795&deptcode=odpc6&news_views=1160

2. ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. (2551). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ, 29(3), 169-172.
3. อรพันธ์ อันติมานนท์. (2563). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรค ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล. นนทบุรี: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, รัชนี ระดา, & เสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 3(3), 164-174.
5. สายพิน ทองคำ, ภิรญา พินิจกลาง และ กาญจนา จันทะนุย. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 199-209.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา

Nursing care for a patient with end-stage renal disease, fluid overload, and respiratory failure: A case study.

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ณัชณิชา สุคันธี[1]
Natthanicha Sukhanthi[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคอนสาร วันที่ 25 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี มาด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมา 1 วัน มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวานเรื้อรังระยะสุดท้ายปฏิเสธ Renal Replacement Therapy (RRT)

ผลการศึกษา พบว่า แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบ นอนราบได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาสเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/69 มิลลิเมตรปรอท .Lung Poor air entry ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO2) 86 % บวมกดบุ๋ม 1+ แพทย์พิจารณาให้ on Heparin Lock ให้ Furosemide 40 mg iv stat ,Berodual forte 1 NB q 15 นาที 2 dose On Oxygen mask with bag 10 lite/min Retained Foley "s catheter ได้ Urine 300 ml สีเหลืองใส ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO2) 100 % ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) 335 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผล sinus tachycardia Chest X-ray (CXR) : Reticular infiltration both lung แพทย์วินิจฉัย End-Stage Renal Disease (ESRD) with volume overload with Acute Respiratory failure พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลคอนสาร -ขณะดูแลให้การรักษา คือ ได้รับยา Furosemide 40 mg iv q 8 hr no pitting edema ,Berodual forte 1 NB prn q 4 hr ,Morphine 2 mg iv prn q 2-4 hr for dyspnea Lung Crepitation both lung SpO2 99 % On Oxygen mask with bag 10 lite/min I=3,300 O = 2,000 , นอนไม่ค่อยหลับ ได้ Lorazepam(1mg) 0.5 tab oral hs , เจ็บลิ้น รับประทานอาหารได้น้อย ได้ Triamcinolone oral paste 0.1 % ป้ายปาก เช้า-เย็น ,DTX อยู่ระหว่าง 150 -233 mg/dl นอนพักรักษาตัว ทั้งหมด 4 วัน นัดรับยาเดิม 12 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยและญาติยินยอมทำ Hemodialysis แพทย์เขียนใบส่งตัวให้ไปรักษาต่อโรงพยาบาลชัยภูมิ

คำสำคัญ: การพยาบาล , โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย , ภาวะน้ำเกิน , ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

This case study aimed to investigate the nursing care of a 64-year-old Thai female patient with end-stage renal disease, fluid overload, and heart failure. The patient was admitted to the inpatient department of Khonsan Hospital on May 25, 2024. She presented with shortness of breath one day prior to admission and had pre-existing conditions of diabetes, hypertension, and end-stage renal disease rejecting renal replacement therapy (RRT).

The results showed that upon admission, the patient was conscious, had shortness of breath, and was able to lie flat. Vital signs were measured, and temperature was 37 degrees Celsius. Heart rate 104 beats/minute, respiratory rate 26 breaths/minute, blood pressure 126/69 mmHg. Lung air entry poor. Blood oxygen saturation (SpO2) 86%. Pitting edema 1+. Physician considered heparin lock. Administered Furosemide 40 mg IV stat, Berodual forte 1 NB every 15 minutes, 2 doses. Oxygen mask with bag, 10 liters/min. Retained Foley catheter. Urine 300 ml, clear. Blood oxygen saturation (SpO2) 100%. Fingerstick blood glucose (DTX) 335 mg%. Electrocardiogram (EKG) result: sinus tachycardia. Chest X-ray (CXR): Reticular

[1] โรงพยาบาลคอนสาร

infiltration in both lungs. Physician diagnosed End-Stage Renal Disease (ESRD) with volume overload and acute respiratory failure. Considered admission to the Female Inpatient Department, Khonsan Hospital. - During treatment, the patient received Furosemide 40 mg IV every 8 hours (no pitting edema), Berodual forte 1 NB prn every 4 hours, and Morphine 2 mg IV prn every 2-4 hours for dyspnea, lung crepitation in both lungs, SpO2 99%, and was on oxygen mask with bag at 10 liters/min. I=3,300, O=2,000. The patient had difficulty sleeping and received Lorazepam (1 mg) 0.5 tab orally morning and evening. The patient had a sore tongue and poor appetite and received Triamcinolone oral paste 0.1% morning and evening. DTX was between 150-233 mg/dl. The patient was hospitalized for a total of 4 days. A follow-up appointment to receive the same medication was scheduled for July 12, 2024. The patient and family agreed to undergo hemodialysis. The doctor wrote a referral letter for continued treatment at Chaiyaphum Hospital.
Keywords: Nursing End-stage renal disease, fluid overload, respiratory failure.

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังคือภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร (มีค่าการทำงานของไตหรือ GFR น้อยกว่า 15%) จนไม่สามารถขับของเสียและควบคุมสมดุลน้ำได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (เช่น ฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต) เพื่อความอยู่รอด อาการที่พบบ่อย คือ การทำงานของไตลดลง พบภาวะยูรีเมีย (Uremia) เช่น เบื่ออาหาร อาเจียน ลิ้นไม่รับรส ซีด ขาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้ สมองไม่สั่งการ มีอาการซึม ไม่รู้ตัว และมีอาการชักได้[1,2]

สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง (CKD) และโรคไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) ของไทยในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูงถึง 1,062,756 คน โดยมีผู้ป่วยระยะที่ 5 ซึ่งไตวายรุนแรงและต้องบำบัดทดแทนไต (ฟอกเลือด/ล้างไตทางช่องท้อง) มากกว่า 70,000 คน สาเหตุหลักมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี[3]

โรงพยาบาลคอนสาร พบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ในปี 2564, 2565 , 2566 มีจำนวน 144 , 123 , 146 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน ในปี 2564, 2565 , 2566 มีจำนวน 41 , 47, 56 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน เพื่อสามารถให้การพยาบาล ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ เกษตรกรรม สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท วันที่รับไว้ที่โรงพยาบาลคอนสาร วันที่ 25 พฤษภาคม 2567 แพทย์วินิจฉัย End-Stage Renal Disease (ESRD) with volume overload with Acute Respiratory failure พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลคอนสาร นอนพักรักษาตัว ทั้งหมด 4 วัน หลังการรักษาสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 5 วันก่อนมาหายใจไม่อิ่ม บวม นอนราบได้ ปัสสาวะออกดี ไม่ได้รับการรักษาที่ใด 1 วันก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบ จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปี 2546 และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปี 2564 ปฏิเสธการฟอกไต ยาที่ได้รับ คือ Folic acid 1 tab oral OD pc , vitamin B complex 1 tab oral tid pc , Sodium Bicarbonate (300 mg) 3 tab oral tid pc , Simvastatin (20mg) 2 tab oral hs , Aspirin(81) 1 tab oral OD pc , Doxazosin(2 mg) 2 tab oral bid pc , Mixtard 8 unit เช้า 8 unit เย็น , Hydalazine (25mg) 1 tab oral tid pc ,hs ผ่าตัดมดลูก ปี 2552 ที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

การตรวจร่างกายตามระบบ

Vital sign: Temp 37°c Pulse 104 bpm, RR 26 bpm retraction , BP 126/69 mmHg. **Skin**: capillary refill time 3 second **Head**: Normal **Eye:** conjunctiva pale, pupils 2 min. RTLBE. **Nose:** Normal **Mount & Throat:** no dry lips, **Heart:** HR 104 bpm, no heave, no neck vein engorged, PMI at 5 th ICS at MCL. **Chest & Lung:** Respiratory rate 26 bpm, no pigeon, lung poor air entry SpO2 86 % RA. **Abdomen:** Normal shape, Abdominal soft, no guarding, no tenderness. **Neurological:** Good conscious, normal speech, no facial palsy. **Extremities:** pitting edema 1+, full ROM

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.Clinical Chemistry: ผลการตรวจวันที่ 25 พฤษภาคม 2567 : BUN 75 mg/dl, Creatinin 5.34 mg/dl , eGFR 7.87 ml/min/1.73m\s\2 , Na 124.6 mmol/L , K 3.7 mmol/L , Cl 83 mmol/L , CO2 25 mmol/L 27 พฤษภาคม 2567 : : BUN 80 mg/dl, Creatinin 5.42 mg/dl , eGFR 7.73 ml/min/1.73m\s\2 , Na 127.1 mmol/L , K 4 mmol/L , Cl 83 mmol/L , CO2 29 mmol/L

28 พฤษภาคม 2567 : : BUN 90 mg/dl, Creatinin 5.95mg/dl , eGFR 6.91 ml/min/1.73m\s\2 , Na 128.6 mmol/L , K 4.3 mmol/L , Cl 84 mmol/L , CO2 27 mmol/L

วิเคราะห์ผลตรวจ : ค่าการทำงานของไตหรือ GFR น้อยกว่าปกติ จนไม่สามารถขับของเสียและควบคุมสมดุลน้ำได้

2.**Complete Blood count** ผลการตรวจวันที่ 25 พฤษภาคม 2567 : RBC count 3.32 10\s\6\ul ,Hematocrit 25.2%, Hemoglobin 8 g/dl, MCV 76 fl, MCH 24.1 fl 27 พฤษภาคม 2567 : RBC count 3.28 10\s\6\ul ,Hematocrit 25.3%, Hemoglobin 8 g/dl, MCV 77 fl, MCH 24.3 fl 28 พฤษภาคม 2567 : RBC count 3.35 10\s\6\ul ,Hematocrit 25.7%, Hemoglobin 8.1 g/dl, MCV 76.6 fl, MCH 24.2 fl

วิเคราะห์ผลตรวจ : เกิดจากไตเสื่อมสภาพจนผลิตฮอร์โมน Erythropoietin (EPO) ได้น้อยลง ส่งผลให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอ

3.การตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว Dextrostix (DTX)

วันที่ 25 พฤษภาคม 2567 9.24 น. =335 mg/dl 15.00= 201mg/dl 20.00 = 194mg/dl

วันที่ 26 พฤษภาคม 2567 7.00 น. =223 mg/dl 11.00 = 177mg/dl15.00= 190mg/dl 20.00 = 233mg/dl

วันที่ 27 พฤษภาคม 2567 7.00 น. =175 mg/dl 11.00 = 154mg/dl15.00= 182mg/dl 20.00 = 155mg/dl

วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 7.00 น. =180 mg/dl

วิเคราะห์ผลตรวจ : ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากไตที่เสื่อมสภาพจะส่งผลต่อการขับน้ำตาลและการตอบสนองต่อยา

ผลการตรวจพิเศษ

EKG : sinus tachycardia Heart rate 109bpm

วิเคราะห์ผลตรวจ : ภาวะที่หัวใจเต้นจังหวะปกติแต่มีความเร็วสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที โดยที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (P wave, PR interval, QRS) ยังเป็นปกติทุกอย่าง มักเกิดจากร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

Chest X-ray (CXR) : Reticular infiltration both lung

วิเคราะห์ผลตรวจ : พบภาพเงาผิดปกติในเนื้อปอดเป็นลักษณะเส้นใยตาข่ายสานกันไปมา บ่งบอกถึงความผิดปกติของโครงสร้างค้ำจุนเนื้อปอด (Interstitial)

การวินิจฉัยของแพทย์(Final Diagnosis) End-Stage Renal Disease (ESRD) with volume overload with Acute Respiratory failure

การรักษาที่ได้รับ

ER :

On Heparin lock

Berodual forte 1 NB q 15 นาที 2 dose

Furosemide 40 mg iv stat

On Oxygen mask with bag 10 lite/min

Retained Foley "s catheter

IPD :

Furosemide 40 mg iv q 8 hr

Berodual forte 1 NB prn q 4 hr

Morphine 2 mg iv prn q 2-4 hr for dyspnea

Triamcinolone oral paste 0.1 % ป้ายปาก เช้า-เย็น

Lorazepam(1mg) 0.5 tab oral hs

On Oxygen mask with bag 10 lite/min

Record I/O , DTX premeal/hs keep 80-200 mg/dl

สิ่งที่พบทางคลินิก

1.หายใจหอบ RR 26 bpm retraction , lung poor air entry SpO2 86 % RA , CXR :Reticular infiltration both lung

2.ระดับน้ำตาลในเลือดสูงปลายนิ้ว DTX 335 mg%

3. น้ำเกิน บวม pitting edema 1+ : BUN 75 mg/dl, Creatinin 5.34 mg/dl , eGFR 7.87 ml/min/1.73m\s\2gd

4. เกลือแร่ไม่สมดุล Na 124.6 mmol/L , K 3.7 mmol/ L , Cl 83 mmol/ L , CO2 25 mmol/L

5. ซีด conjunctiva pale ,refill time 3 second ,RBC count 3.32 10\s\6\ul ,Hematocrit 25.2%, Hemoglobin 8 g/dl, MCV 76 fl, MCH 24.1 fl,

6 .ผู้ป่วย Palliative care : ESRD ,PPS(Palliative Performance Score) 50% Dyspnea score 7/10 ACP : ผู้ป่วยและญาติ ปฏิเสธการบำบัดทางไต Renal Replacement Therapy (RRT)

ขอรักษาแบบประคับประคองอาการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤต

1.มีภาวะหายใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน

2.,มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

3.เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตลดลง

4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

5.มีภาวะซีดจากไตสูญเสียหน้าที่ในการสร้าง Erythropoietin ลดลง

6.ผู้ป่วย Palliative care

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะจำหน่าย

7.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและเหนื่อยล้าเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน **ข้อมูลสนับสนุน** : หายใจหอบ RR 26 bpm retraction , lung poor air entry SpO2 86 % RA, capillary refill time 3 second, CXR :Reticular infiltration both lung **วัตถุประสงค์** : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว **เกณฑ์การประเมินผล** : ไม่มีอาการหอบ นอนราบได้ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที SpO2 ≥95% no pitting edema capillary refill time < 2 second	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการตัวเขียว (Cyanosis) 2.วัดสัญญาณชีพและ SpO2 ทุก 4 ชั่วโมง 3.จัดนอนศีรษะสูงเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น 4.On Oxygen mask with bag 10 lite/min keep SpO2 ≥95% 5.ดูแลให้Morphine 2 mg iv prn q 2-4 hr for dyspnea 6.ประเมินภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง **(CO2):** อาการกระสับกระส่าย ซึมลง สับสน ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก **การประเมินผล** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที lung mild crepitation SpO2 98% no pitting edema capillary refill time < 2 second **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายถึงเสียชีวิต กลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ **ข้อมูลสนับสนุน** : บวม pitting edema 1+ : BUN 75 mg/dl, Creatinin 5.34 mg/dl , eGFR 7.87 ml/min/1.73m\s\2gd **,** CXR :Reticular infiltration both lung **วัตถุประสงค์** : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน **เกณฑ์การประเมินผล** : ไม่มีอาการหอบ นอนราบได้ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที SpO2 ≥95% no pitting edema ผล I/O มีความสมดุล	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินอาการบวม หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ 2.จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวก 3.ดูแลให้ Furosemide 40 mg iv q 8 hr ตามแผนการรักษา 4.บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง urine < 30cc/hr รายงานแพทย์ 5.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **การประเมินผล** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที lung mild crepitation SpO2 98% no pitting edema capillary refill time < 2 second I = 1,000 O =600 **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 2 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** : บวม Na 124.6 mmol/L , K 3.7 mmol/L , Cl 83 mmol/L , CO2 25 mmol/L **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล** : ความดันโลหิต ซิสโตลิก 140-90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-60 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการหอบ ตะคริว เกร็งกระตุก อาเจียน ซึม แขนขาอ่อนแรง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Na 135-145 mmol/L , K 3.5-5.0mmol/L , Cl 97-107 mmol/L , CO2 21-28 mmol/L	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2.วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3.แนะนำรับประทานเนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ผลไม้ 5.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6.Record I/O 7.เฝ้าระวังอาการหายใจหอบ ซึม เกร็งกระตุก แขนขาอ่อนแรง **การประเมินผล** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท lung mild crepitation SpO2 98% no pitting edema capillary refill time < 2 second BUN 90 mg/dl, Creatinin 5.95mg/dl , eGFR 6.91 ml/min/1.73m\s\2 , Na 128.6 mmol/L , K 4.3 mmol/L , Cl 84 mmol/L , CO2 27 mmol/L, I = 1,000 O =600 **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 4 ของการรักษา

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง **ข้อมูลสนับสนุน** :ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว แรกรับ 335 mg/dl **วัตถุประสงค์** : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล** : ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ระดับน้ำตาลในเลือด 70-110 mg/dl	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินอาการน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย 2.ดูแลรับประทานอาหารเบาหวาน 3.ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด premeal,hs 4.ประเมินอาการบวม คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปัสสาวะออกน้อย **การประเมินผล** : รู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 155 mg/dl **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 3 ของการรักษา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 .มีภาวะซีดจากไตสูญเสียหน้าที่ในการสร้าง Erythropoietin ลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** : conjunctiva pale ,refill time 3 second ,RBC count 3.32 10\s\6\ul ,Hematocrit 25.2%, Hemoglobin 8 g/dl, MCV 76 fl, MCH 24.1 fl, **วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะซีดเรื้อรัง **เกณฑ์การประเมินผล** : conjunctiva not pale, capillary refill time < 2 second ,Hematocrit 39-54%, Hemoglobin 13-18 g/dl	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.ประเมินภาวะซีด ลักษณะเยื่อบุตา อาการอ่อนเพลีย 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 3.ดูแลพักผ่อนและทำกิจกรรมบนเตียงลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม 4.ติดตามผล Hematocrit , Hemoglobin **การประเมินผล** : รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย เปลือกตาซีด ไม่มีเวียนศีรษะ capillary refill time < 2 second **,** RBC count 3.35 10\s\6\ul ,Hematocrit 25.7%, Hemoglobin 8.1 g/dl, MCV 76.6 fl, MCH 24.2 fl **สรุป** : ปัญหานี้ยังคงอยู่ แต่ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 .ผู้ป่วย Palliative care **ข้อมูลสนับสนุน** : ผู้ป่วย ESRD นอนไม่ค่อยหลับ ,PPS(Palliative Performance Score) 50% Dyspnea score 6/10 ACP : ผู้ป่วยและญาติ ปฏิเสธการบำบัดทางไต ขอรักษาแบบประคับประคองอาการ **วัตถุประสงค์** : เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี **เกณฑ์การประเมินผล** :ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการร่วมตัดสินใจและวางแผนการรักษาแบบประคับประคอง	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุยกับแพทย์เพื่อซักถามอาการและแผนการรักษา 3.ประเมิน PPS , อาการปวด ,อาการไม่สุขสบาย 4.ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติถึงความก้าวหน้าของโรค 5.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเองตามความสามารถ 6.Family meeting เพื่อร่วมตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วย 7. Morphine 2 mg iv prn q 2-4 hr for dyspnea **การประเมินผล :** ผู้ป่วยนอนหลับได้ ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที lung mild crepitation SpO2 98% On Oxygen mask with bag 10 lite/min ไม่มีอาการปวด PPS 50% **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 2 ของการรักษา ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดใจและวางแผนการรักษา คือ ยินยอมบำบัดทางไต
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและเหนื่อยล้าเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง **ข้อมูลสนับสนุน** : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นนอนไม่ค่อยหลับ **วัตถุประสงค์** : เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ **เกณฑ์การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	**กิจกรรมการพยาบาล** : 1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทางสุภาพและเป็นมิตร 2.เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและค้นหาสาเหตุความกังวล รับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ 3.ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัว 4.สนับสนุนครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และให้กำลังใจผู้ป่วย 5.สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและญาติในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจในแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี **สรุป** : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 2 ของการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี ภูมิลำเนาตำบลทุ่งนาเลา อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ วันที่ 25 พฤษภาคม 2567 เวลา 9.23 น.มาด้วยอาการเหนื่อยเพลีย หายใจไม่อิ่ม ก่อนมา 1 วัน ให้ประวัติว่า 5 วันก่อนมา หายใจไม่อิ่ม นอนราบได้ ปัสสาวะออกดี ไม่ได้รับการรักษาที่ใด ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปี 2546 และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปี 2564 ปฏิเสธการฟอกไต ยาที่ได้รับประจำ คือ Folic acid 1 tab oral OD pc , vitamin B complex 1 tab oral tid pc , Sodium Bicarbonate (300 mg) 3 tab oral tid pc , Simvastatin (20mg) 2 tab oral hs , Aspirin(81) 1 tab oral OD pc , Doxazosin(2 mg) 2 tab oral bid pc , Mixtard 8 unit เช้า 8 unit เย็น , Hydalazine (25mg) 1 tab oral tid pc ,hs ผ่าตัดมดลูก ปี 2552 ที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาสเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/69 มิลลิเมตรปรอท .Lung Poor air entry SpO2 86 % บวมกดบุ๋ม 1+ แพทย์พิจารณาให้ on Heparin Lock ให้ Furosemide 40 mg iv stat ,Berodual forte 1 NB q 15 นาที 2 dose On Oxygen mask with bag 10 lite/min Retained Foley "s catheter ได้ Urine 300 ml สีเหลืองใส SpO2 100 % DTX 335 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผล sinus tachycardia , CXR :Reticular infiltration both lung แพทย์วินิจฉัย End-Stage Renal Disease (ESRD) with volume overload with Acute Respiratory failure พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลคอนสาร

แรกรับไว้ดูแลแผนกผู้ป่วยในหญิง วันที่ 25 พฤษภาคม 2567 เวลา 11.19 น รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ .ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาสเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท .Lung Crepitation both lung SpO2 99 % บวมกดบุ๋ม 1+ On Oxygen mask with bag 10 lite/min Urine 500 ml สีเหลืองใส ขณะรักษาได้รับยา Furosemide 40 mg iv q 8 hr ,Berodual forte 1 NB prn q 4 hr ,Morphine 2 mg iv prn q 2-4 hr for dyspnea Triamcinolone oral paste 0.1 % ป้ายปาก เช้า-เย็น ,Lorazepam(1mg) 0.5 tab oral hs ,Record I/O ,DTX premeal/hs keep 80-200 mg/dlได้รับยา Furosemide 40 mg iv q 8 hr no pitting edema ,Berodual forte 1 NB prn q 4 hr ,Morphine 2 mg iv prn q 2-4 hr for dyspnea Lung Crepitation both lung SpO2 99 % On Oxygen mask with bag 10 lite/min I=3,300 O = 2,000 , นอนไม่ค่อยหลับ ได้ Lorazepam(1mg) 0.5 tab oral hs , เจ็บลิ้น รับประทานอาหารได้น้อย ได้ Triamcinolone oral paste 0.1 % ป้ายปาก เช้า-เย็น ,DTX อยู่ระหว่าง 150 -233 mg/dl นอนพักรักษาตัว ทั้งหมด 4 วัน นัดรับยาเดิม 12 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยและญาติยินยอมทำ Hemodialysis แพทย์เขียนใบส่งตัวให้ไปรักษาต่อโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างรักษามีปัญหา1.มีภาวะหายใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน 2.,มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 3.เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตลดลง 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 5.มีภาวะซีดจากไตสูญเสียหน้าที่ในการสร้าง Erythropoietin ลดลง 6.ผู้ป่วย Palliative care 7.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและเหนื่อยล้าเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล และป้องกัน

ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวลและลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเพื่อชะลอภาวะไตวายเรื้อรัง

2.ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง มีการนิเทศและกำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้ครบถ้วน และสามารถวางแผนการดูแลได้ถูกต้องและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคโตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชัน.
3. ปิยวรรณ กิตติสกุลนาม. (2564). โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคไต เอกสารการจัดประชุมวิชาการโรคไตครั้งที่ 8. สืบค้น 2 มิถุนายน 2567, จาก https://anyflip.com/uyvjc/lpuy/basic
4. วัลลภา ทองศรี. (2565). การพยาบาลโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ปีที่7 ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม 2565.
5. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทันยุค. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยทิตเอเชีย.
6. ปิยภัทร ชุณหรัศมิ์, ธีรภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการ ดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. สมุทรปราการ: เนคสเตป ดีไซน์.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

The Effects of a Fever-Reducing Sponge Bath Promotion Program on Parental Care Behaviors and Child Cooperation in the Pediatric Outpatient Department at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ศรีสุดา สมัดชัย[1]
Srisuda Samadchai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองและเด็กอายุ 0–5 ปี ที่มารับบริการด้วยภาวะไข้และได้รับการพิจารณาให้เช็ดตัวลดไข้ จำนวน 50 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คู่ และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คู่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็ก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง แบบประเมินทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือของเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วย Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent sample t-test ตามลักษณะของข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง และทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ ($t = 11.42$, $p < .001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($t = 13.76$, $p < .001$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($t = 6.06$, $p < .001$) พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง ($t = 13.79$, $p < .001$) ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง ($t = 9.85$, $p < .001$) และพฤติกรรมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ ($t = 12.72$, $p < .001$)

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้ พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง ความร่วมมือของเด็ก ภาวะไข้ในเด็ก

Abstract

This quasi – experimental study aimed to examine the effects of a fever-reducing sponge bath promotion program on caregivers' care behaviors and children's cooperation at the Pediatric Outpatient Department, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The sample consisted of 50 pairs of caregivers and children aged 0–5 years who visited the department with fever and were considered to require tepid sponging. The participants were purposively selected and divided into an experimental group of 25 pairs and a comparison group of 25 pairs. The experimental group received the fever-reducing sponge bath promotion program. The comparison group received routine nursing care. The instruments used for data collection included a general information questionnaire, a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

knowledge test on caring for children with fever and tepid sponging, a self-efficacy questionnaire, an outcome expectation questionnaire, a questionnaire on caregivers' tepid sponging behaviors, a caregivers' tepid sponging skills assessment form, and a children's cooperation behavior assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Baseline characteristics between the groups were compared using the Chi-square test, Fisher's exact test, and the independent samples t - test, according to the level and characteristics of the data. Pretest and posttest scores within each group were compared using the paired samples t-test, while comparisons between the experimental and comparison groups were analyzed using the independent samples t-test. The level of statistical significance was set at .05.

The results showed that the baseline characteristics of caregivers and children in the experimental and comparison
groups were not different. After the intervention, within-group comparisons revealed that the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge of caring for children with fever and tepid sponging, self-efficacy, outcome expectations, caregivers' tepid sponging behaviors, and caregivers' tepid sponging skills than before the intervention at the .05 level. In contrast, the comparison group showed no significant differences between pretest and posttest mean scores. Between-group comparisons after the intervention showed that the experimental group had significantly higher mean scores than the comparison group in knowledge of caring for children with fever and tepid sponging ($t = 11.42$, $p < .001$), self-efficacy ($t = 13.76$, $p < .001$), outcome expectations ($t = 6.06$, $p < .001$), caregivers' tepid sponging behaviors ($t = 13.79$, $p < .001$), caregivers' tepid sponging skills ($t = 9.85$, $p < .001$), and children's cooperation behavior during tepid sponging ($t = 12.72$, $p < .001$).

Keywords: fever-reducing sponge bath promotion program, caregivers' care behaviors, children's cooperation, fever in children

บทนำ

ภาวะไข้ (Fever) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในเด็กโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ระบบภูมิคุ้มกันยังพัฒนาไม่สมบูรณ์และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย[1] แม้ว่าไข้จะเป็นกลไกการตอบสนองของร่างกายต่อการเจ็บป่วย แต่หากเด็กมีไข้สูงและไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจทำให้เกิดความไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย สูญเสียน้ำ และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะชักจากไข้สูง โดยเฉพาะในเด็กเล็ก นอกจากนี้ ภาวะไข้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้เกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแล ไม่ทราบวิธีการวัดไข้ การให้ยาลดไข้ และการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ปกครองขาดความมั่นใจและปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีไข้ได้ไม่ถูกต้องครบถ้วน[2] การเช็ดตัวลดไข้เป็นวิธีการดูแลเบื้องต้นที่สำคัญและสามารถช่วยลดอุณหภูมิร่างกายของเด็กได้เมื่อปฏิบัติอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการใช้น้ำอุ่นที่มีอุณหภูมิเหมาะสมร่วมกับการสังเกตอาการของเด็กอย่างใกล้ชิด ในทางปฏิบัติยังพบว่าผู้ปกครองบางส่วนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน เช่น การใช้น้ำเย็นจัดเช็ดตัว การเช็ดตัวเฉพาะบางส่วนของร่างกาย การห่มผ้าหนาเมื่อเด็กมีไข้ การหลีกเลี่ยงการเช็ดตัวเพราะกลัวว่าเด็กจะหนาวสั่น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจทำให้การระบายความร้อนของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เด็กเล็กมักมีพฤติกรรมต่อต้านระหว่างการเช็ดตัว เช่น ร้องไห้ ดิ้น หวาดกลัว หรือไม่ยอมให้เช็ดตัว ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถเช็ดตัวลดไข้ได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

ข้อมูลของงานเวชสถิติ สถาบันบำราศนราดูร ในปี 2565–2567 พบจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3,305, 6,402 และ 7,459 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีเด็กที่มารับการรักษาด้วยอาการไข้และต้องได้รับการเช็ดตัวลดไข้ จำนวน 104, 306 และ 345 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.15, 4.78 และ 4.63 ตามลำดับ และในปี 2567 มีรายงานภาวะชักจากไข้จำนวน 33 ราย[3] สะท้อนให้เห็นว่าภาวะไข้ในเด็ก

ยังเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยบริการ และอาจเพิ่มภาระด้านการดูแล ค่าใช้จ่าย รวมถึงความเครียดของผู้ปกครอง จากการสำรวจและติดตามกระบวนการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร พบว่า เมื่อมีผู้ป่วยเด็กมาด้วยอาการไข้ พยาบาลจะดำเนินการวัดอุณหภูมิร่างกาย ประเมินอาการทั่วไป ให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ และให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กขณะมีไข้ การให้คำแนะนำส่วนใหญ่ยังเป็นการให้ข้อมูลด้วยวาจา ขาดการสาธิตการฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จากการประเมินทักษะเบื้องต้นพบว่าผู้ปกครองและญาติ ร้อยละ 70 ยังเช็ดตัวเด็กไม่ถูกต้อง เช่น ใช้น้ำเย็นจัดเกินไป เช็ดตัวเฉพาะบางส่วน รีบเช็ดตัวโดยไม่ถอดเสื้อผ้าเด็ก ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการลดไข้ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กในการศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ ทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง และการเพิ่มความร่วมมือของเด็ก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura[4] ผ่านการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการเสริมแรงทางบวก ร่วมกับทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของ Erikson[5] ที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกปลอดภัย ความไว้วางใจ และการมีส่วนร่วมของเด็กตามวัย โปรแกรมจึงออกแบบให้มีการนำเด็กนั่งในกะละมังที่มีน้ำอุ่นร่วมกับการใช้ของเล่นลอยน้ำ เพลง การ์ตูน หรือกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อช่วยลดความกลัวและเพิ่มความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เพิ่มคุณภาพการดูแลเด็กที่มีไข้ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในหน่วยบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็กแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังการทดลอง เด็กในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในระหว่างเช็ดตัวลดไข้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็ก และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ด้วยภาวะไข้ จำนวน 50 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คู่ และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คู่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) การวิจัยดำเนินการภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร เมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2569 และ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองและเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไข้และได้รับการพิจารณาให้เช็ดตัวลดไข้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไข้และได้รับการพิจารณาให้เช็ดตัวลดไข้เพื่อการดูแลอาการไข้เบื้องต้น และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 กำหนดค่าอิทธิพลปานกลาง (Effect size, d) = 0.5 ระดับนัยสำคัญ (α) = .05 และค่ากำลังของการทดสอบ (Power of the test, $1-\beta$) = 0.73 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คู่ต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 50 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คู่ และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คู่

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก ขณะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม
2. ผู้ปกครอง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. เด็กอายุระหว่าง 0 – 5 ปี ที่มาด้วยอาการไข้ อุณหภูมิกาย ≥ 38.0 องศาเซลเซียสและต้องได้รับการเช็ดตัวลดไข้
4. เด็กไม่มีภาวะโรคเรื้อรังหรือความผิดปกติทางระบบประสาท/สมอง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเช็ดตัว
5. ผู้ปกครองและเด็กสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามกำหนดเวลาได้ตลอดระยะเวลา 1 เดือน
6. ผู้ปกครองมีโทรศัพท์ Smart phone (เฉพาะกลุ่มทดลอง)
7. สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในแบบฟอร์มความยินยอม (Informed consent)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลเฉพาะทางแบบเร่งด่วน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ภาวะช็อก ภาวะชัก
2. เด็กที่มีข้อห้ามในการเช็ดตัวลดไข้ตามดุลยพินิจของแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุของผู้ปกครองและเด็ก เพศของผู้ปกครองและเด็ก ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิก ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีไข้ ประวัติเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง โรคประจำตัวเด็ก ระดับอุณหภูมิกายของเด็กแรกรับ 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ จำนวน 15 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก จำนวน 10 ข้อ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ 6) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ จำนวน 10 ข้อ และ 7) แบบประเมินการฝึกทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและความร่วมมือของเด็กแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา[4] และทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคม (Psychosocial Development

Theory) ของ Erik Erikson[5] ดังนี้

- การให้ความรู้และการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious Experience/Modeling) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะไข้ในเด็ก สาเหตุ กลไก และผลกระทบของไข้ การดูแลเด็กที่มีไข้เบื้องต้น หลักการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกวิธี และการใช้น้ำอุ่นอุณหภูมิประมาณ 32.2–37.8 องศาเซลเซียส[6] โดยให้ผู้ปกครองชมวิดีทัศน์ประกอบการสอน เรื่อง “ไข้ในเด็ก...ดูแลอย่างไร” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารทางวิชาการและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ร่วมกับการชมการสาธิตการเช็ดตัวลดไข้เด็กโดยพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบที่ถูกต้อง

- การฝึกปฏิบัติจริง (Mastery Experience) ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติการเช็ดตัวลดไข้กับหุ่นเด็กภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ โดยฝึกการเตรียมอุปกรณ์ การวัดอุณหภูมิ การจัดท่าทางเด็ก การวางเด็กในกะละมังน้ำอุ่นที่มีระดับน้ำเหมาะสมและปลอดภัย และการเช็ดตัวตามลำดับขั้นตอนที่ถูกต้อง เช่น แขน ขา ลำตัว คอ และหลัง พยาบาลคอยสังเกต ให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อผิดพลาดเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดประสบการณ์ตรงและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ

- การเสริมแรงทางบวก (Verbal Persuasion) ระหว่างและหลังการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยและพยาบาลให้คำชมเชย คำแนะนำ และข้อมูลป้อนกลับรายบุคคล เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ แรงจูงใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็กอย่างถูกต้อง

- การจัดการสภาวะทางอารมณ์และการส่งเสริมความร่วมมือของเด็ก (Emotional Arousal) โปรแกรมใช้กิจกรรมที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กเพื่อช่วยลดความกลัวและเพิ่มความร่วมมือระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ ได้แก่ การเปิดเพลงเด็ก เพลงกล่อมเด็ก วิดีทัศน์เรื่อง “พี่หมีชอบเช็ดตัว” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นสื่อประกอบการสอน การเปิดการ์ตูนที่เด็กสนใจ และการใช้ของเล่นลอยน้ำหรือฟองสบู่เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ กิจกรรมดังกล่าวช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย สนุกสนาน ลดการต่อต้าน และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างการเช็ดตัวลดไข้

- การติดตามผลและสนับสนุนต่อเนื่อง (Follow-up and Ongoing Support) ผู้วิจัยจัดช่องทางสื่อสารผ่านไลน์ส่วนตัวแบบรายบุคคล ชื่อ “บ้านอุ่นใจ ลูกปลอดไข้” สำหรับผู้ปกครองกลุ่มทดลอง เพื่อส่งข้อมูลความรู้เพิ่มเติม ข้อควรระวัง ข้อความเตือนความจำ และให้คำแนะนำรายบุคคล ผู้ปกครองสามารถส่งภาพถ่าย วิดีโอ หรือข้อความสรุปการเช็ดตัวลดไข้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะและเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่อง ช่วยสนับสนุนให้ผู้ปกครองนำทักษะไปใช้จริงที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์กุมารเวชกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการวัด คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หลังจากปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คู่ ผู้ปกครอง–เด็ก การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจำแนกตามลักษณะของมาตรวัด โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบถูก–ผิด ใช้สูตร Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ส่วนเครื่องมือที่เป็นมาตรประมาณค่า วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่าเครื่องมือทุกฉบับมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ณ ห้องเช็ด

ตัวลดไข้เด็ก แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อนจนครบถ้วน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อป้องกันการถ่ายเทสิ่งทดลองระหว่างกลุ่ม (Contamination Effect) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับก่อนลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้ปกครองและเด็กได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็ก ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไข้ในเด็ก การดูแลเด็กที่มีไข้ และหลักการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้องผ่านสื่อวิดีทัศน์และการสาธิต การฝึกปฏิบัติการให้เด็กนั่งในกะละมังน้ำอุ่นร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเด็ก การเสริมแรงทางบวก และการติดตามสนับสนุนผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์รายบุคคล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง รวมทั้งประเมินทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครองและพฤติกรรมความร่วมมือของเด็ก จากนั้นเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยเครื่องมือชุดเดิมภายในระยะเวลา 2–3 สัปดาห์

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ปกครองและเด็กได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลมาตรฐานของแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย การประเมินอาการทั่วไป การเช็ดตัวลดไข้โดยพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน การให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาของแพทย์ และการให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนรับบริการด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับกลุ่มทดลอง และประเมินพฤติกรรมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ตามสถานการณ์จริง หลังจากได้รับบริการตามมาตรฐานครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายเก็บข้อมูลหลังรับบริการภายในระยะเวลา 2–3 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม และประเมินทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครองจากการสาธิตกับหุ่นจำลองเด็ก ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะการเช็ดตัวลดไข้แก่ผู้ปกครองในกลุ่มเปรียบเทียบตามความสมัครใจ เพื่อให้ได้รับความรู้ที่จำเป็นและเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ดำเนินการหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูล เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อข้อมูลการวิจัย

ในกรณีที่เด็กมีไข้สูงหรือมีอาการไม่สุขสบายและจำเป็นต้องได้รับการเช็ดตัวลดไข้ทันที ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของเด็กเป็นลำดับแรก โดยให้เด็กได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลมาตรฐานของหน่วยงานก่อน เมื่อเด็กมีอาการทั่วไปดีขึ้นแล้ว จึงดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลตามความเหมาะสมภายหลัง ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยไม่กระทบต่อสิทธิ ความสมัครใจ และความปลอดภัยของเด็กและผู้ปกครอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher’s exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้ Independent sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ Paired sample t-test ได้แก่ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครอง

ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Independent sample t-test ได้แก่ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง โดยใช้ Independent sample t-test ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร หมายเลขรับรองที่ N020q/68 วันที่ 28 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25–34 ปี กลุ่มทดลองร้อยละ 84.0 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 64.0 ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงทั้งหมด และมีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก กลุ่มทดลอง ร้อยละ 92.0 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 96.0 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก พบว่า เด็กทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 2–2.11 ปี เด็กในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.0 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 เด็กทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยมีประวัติการชักจากไข้สูง อุณหภูมิร่างกายก่อนการเช็ดตัวลดไข้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 38.5–39.4 องศาเซลเซียส และหลังการเช็ดตัวลดไข้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 36.5–37.4 องศาเซลเซียส

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุผู้ปกครอง ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพผู้ปกครอง รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีไข้ จำนวนครั้ง อายุ เพศเด็ก อุณหภูมิร่างกายก่อนการเช็ดตัวลดไข้ ไม่แตกต่างกัน แสดงว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ตัวแปรผลลัพธ์	ก่อนทดลอง ($\bar{X}$ ± SD)	หลังทดลอง ($\bar{X}$ ± SD)	df	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้					
กลุ่มทดลอง	7.84 ± 2.37	14.40 ± 0.87	24	-13.98	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.68 ± 1.91	8.24 ± 2.55	24	-1.41	.170
2. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก					
กลุ่มทดลอง	2.66 ± 0.37	4.65 ± 0.41	24	-36.94	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.64 ± 0.55	2.56 ± 0.64	24	1.63	.116
3. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก					
กลุ่มทดลอง	3.97 ± 0.23	4.69 ± 0.36	24	-8.14	< .001

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ตัวแปรผลลัพธ์	ก่อนทดลอง ($\bar{X}$ ± SD)	หลังทดลอง ($\bar{X}$ ± SD)	df	t	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.96 ± 0.42	4.00 ± 0.44	24	-1.49	.149
4. พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง					
กลุ่มทดลอง	2.69 ± 0.62	4.89 ± 0.19	24	-21.29	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.02 ± 0.58	2.98 ± 0.67	24	0.63	.535

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.84, SD = 2.37) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 14.40, SD = 0.87) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -13.98, p < .001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.68, SD = 1.91) และภายหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 8.24, SD = 2.55) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = -1.41, p = .170)

2. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.66, SD = 0.37) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.65, SD = 0.41) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -36.94, p < .001) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.64, SD = 0.55) และภายหลังการทดลองอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 2.56, SD = 0.64) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = 1.63, p = .116)

3. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.97, SD = 0.23) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.69,SD = 0.36) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -8.14, p < .001) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.96, SD = 0.42) และภายหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.00, SD = 0.44) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = -1.49, p =.149)

4. พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.69, SD = 0.62) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.89, SD = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -21.29, p < .001) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.02, SD = 0.58) และภายหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.98, SD = 0.67) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = 0.63,p = .535)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ ± SD)	กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ ± SD)	df	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้					
ก่อนทดลอง	7.84 ± 2.37	7.68 ± 1.91	48	0.26	.794
หลังทดลอง	14.40 ± 0.87	8.24 ± 2.55	29.45	11.42	< .001
2. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก					
ก่อนทดลอง	2.66 ± 0.37	2.64 ± 0.55	48	0.21	.834
หลังทดลอง	4.65 ± 0.41	2.56 ± 0.64	48	13.76	< .001
3. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก					
ก่อนทดลอง	3.97 ± 0.23	3.96 ± 0.42	48	0.08	.934
หลังทดลอง	4.69 ± 0.36	4.00 ± 0.44	48	6.06	< .001
4. พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง					
ก่อนทดลอง	2.69 ± 0.62	3.02 ± 0.58	48	-1.98	.053
หลังทดลอง	4.89 ± 0.19	2.98 ± 0.67	27.75	13.79	< .001
5. ทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง					
หลังทดลอง	2.80 ± 0.27	1.76 ± 0.46	38.55	9.85	< .001
6. พฤติกรรมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้					
หลังทดลอง	4.61 ± 0.22	2.36 ± 0.86	27.26	12.72	< .001

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.84, SD = 2.37) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.68, SD = 1.91) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = 0.26, p = .794) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 14.40, SD = 0.87) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 8.24, SD = 2.55) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 11.42, p < .001) แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้สูงกว่าผู้ปกครองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.66, SD = 0.37) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.64, SD = 0.55) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่

แตกต่างกัน (t = 0.21, p = .834) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.65, SD = 0.41) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 2.56, SD = 0.64) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 13.76, p < .001) แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีความมั่นใจและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเช็ดตัวลดไข้เด็กสูงกว่าผู้ปกครองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.97, SD = 0.23) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.96, SD = 0.42) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = 0.08, p = .934) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.69, SD = 0.36) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.00, SD = 0.44) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(t = 6.06, p < .001) แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความคาดหวังต่อผลของการเช็ดตัวลดไข้เด็กสูงกว่าผู้ปกครองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.69, SD = 0.62) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.02, SD = 0.58) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน (t = -1.98, p = .053) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.89,SD = 0.19) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.98, SD = 0.67) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 13.79, p < .001) แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็กเหมาะสมกว่าผู้ปกครองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

5. ทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.80, SD = 0.27) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.76, SD = 0.46) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.85, p < .001) แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กดีกว่าผู้ปกครองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

6. พฤติกรรมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ พบว่า หลังการทดลองเด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างการเช็ดตัวลดไข้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.61, SD = 0.22) เด็กในกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 2.36, SD = 0.86) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าเด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.72, p < .001) แสดงให้เห็นว่าเด็กในกลุ่มที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมฯ มีความร่วมมือระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ดีกว่าเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน สามารถนำมาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ได้ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ (t = -13.98, p < .001) การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้เด็ก (t = -36.94, p < .001) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (t = -8.14, p < .001) พฤติกรรมการเช็ดตัว

ลดไข้เด็กของผู้ปกครอง ($t = -21.29$, $p < .001$) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้และการเช็ดตัวลดไข้ ($t = 11.42$, $p < .001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($t = 13.76$, $p < .001$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($t = 6.06$, $p < .001$) พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้เด็ก ($t = 13.79$, $p < .001$) และทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กของผู้ปกครอง ($t = 9.85$, $p < .001$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รวมทั้งเด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างการเช็ดตัวลดไข้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.72$, $p < .001$)

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กสามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ พฤติกรรม และทักษะในการเช็ดตัวลดไข้เด็กดีขึ้น เนื่องจากโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีทัศน์ การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง การให้คำแนะนำรายบุคคล และการติดตามเสริมแรง ทำให้ผู้ปกครองได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เห็นตัวอย่างการปฏิบัติ และมีโอกาสฝึกทักษะด้วยตนเอง จึงสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของวินยา ธนาสุวรรณ[8] ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความรู้ในการจัดการอาการไข้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.45$, $p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ เชื่อมรัมย์[9] ที่พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กไข้สูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลเด็กไข้สูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทักษะการดูแลเด็กไข้สูงถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 98.0 ($p < .05$) การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้นหลังการทดลอง อาจเนื่องจากโปรแกรมมีการสาธิต ฝึกปฏิบัติ และให้การเสริมแรงเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปกครองเกิดความมั่นใจว่าสามารถเช็ดตัวลดไข้เด็กได้อย่างถูกต้อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura อธิบายว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกิดจากประสบการณ์ความสำเร็จ การเห็นตัวแบบ การได้รับคำแนะนำ และการเสริมแรงทางบวก ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจและการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์เทพ เดชทิพย์ อัจฉรียา ปทุมวัน และศรีสมร ภูมนสกุล[10] ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[4]

ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและทักษะการเช็ดตัวลดไข้เด็กสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง เนื่องจากผู้ปกครองได้รับทั้งความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปฏิบัติการเช็ดตัวลดไข้ได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฐมาพร เชี่ยวชาญ[11] ที่พบว่า การสอนด้วยชุดสื่อวิดีทัศน์เรื่องการเช็ดตัวลดไข้ช่วยพัฒนาทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแล และทำให้อุณหภูมิร่างกายของเด็กป่วยลดลงมากกว่าการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสรีพร ชมบุญ และคณะ[12] ที่พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเด็กในกลุ่มทดลองกลับมารับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารับบริการซ้ำร้อยละ 15.8 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 39.5 สำหรับพฤติกรรมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้ พบว่า เด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.72$, $p < .001$) เนื่องจากโปรแกรมออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก โดยให้

เด็กนั่งในกะละมังที่มีน้ำอุ่นในระดับที่เหมาะสม ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้และการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ของเล่นลอยน้ำ เพลง หรือสื่อที่เหมาะสมกับวัย การอยู่ในน้ำอุ่นและมีสิ่งดึงดูดความสนใจอาจช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกลัวและความไม่สุขสบายระหว่างการเช็ดตัว ทำให้เด็กให้ความร่วมมือมากขึ้น อีกทั้งการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดและพูดคุยกับเด็กด้วยท่าทีอ่อนโยน ยังช่วยสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัยแก่เด็ก แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson ที่เน้นความไว้วางใจ ความเป็นอิสระ และการมีส่วนร่วมตามวัยของเด็ก เมื่อเด็กได้รับการดูแลอย่างอ่อนโยนและมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเหมาะสม จึงมีแนวโน้มให้ความร่วมมือมากขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสนับสนุนความสำคัญของการจัดการภาวะไข้ในเด็กอย่างถูกต้องและทันท่วงที โดยการศึกษาของณัฐกฤตา ชินบัญชรสกล และคณะ[13] พบว่าการจัดการภาวะไข้ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการในห้องตรวจเด็กนอกเวลาราชการสามารถลดอุณหภูมิร่างกายของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .001$) และผู้ป่วยร้อยละ 99.90 ไม่เกิดภาวะชักจากไข้ขณะรอพบแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรรณ เอี่ยมทา และคณะ[14] ที่พบว่า หลังการเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีอุณหภูมิร่างกายลดลง จำนวน 150 ราย ร้อยละ 93.8แสดงให้เห็นว่าการเช็ดตัวลดไข้เป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพเมื่อดำเนินการอย่างถูกต้อง

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กจึงเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมได้ โดยช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความมั่นใจ ความคาดหวังเชิงบวก พฤติกรรม และทักษะในการเช็ดตัวลดไข้เด็กดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้เด็กมีความร่วมมือระหว่างการเช็ดตัวลดไข้มากขึ้น ส่งผลให้การดูแลเด็กที่มีไข้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสามารถต่อยอดไปสู่การดูแลเด็กที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- หน่วยบริการสามารถนำ โปรแกรมส่งเสริมการเช็ดตัวลดไข้เด็กไปประยุกต์ใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมและหน่วยบริการสุขภาพที่ดูแลเด็กมีไข้
- พยาบาลควรให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติการเช็ดตัวลดไข้แก่ผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถดูแลเด็กที่มีไข้ได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ
- ควรใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเด็ก เช่น ของเล่นลอยน้ำ เพลง หรือสื่อที่เหมาะสมกับวัย เพื่อส่งเสริมความร่วมมือของเด็กระหว่างการเช็ดตัวลดไข้

ด้านการศึกษา

- ควรนำโปรแกรม ฯ ไปใช้เป็นกรณีศึกษาในการเรียนการสอนด้านการพยาบาลเด็ก
- ควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการให้คำแนะนำผู้ปกครอง การฝึกทักษะการเช็ดตัวลดไข้ และการสื่อสารกับเด็กตามพัฒนาการ

ด้านการวิจัย

- ควรศึกษาผลของโปรแกรมในบริบทอื่น เช่น หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แผนกฉุกเฉิน หรือโรงพยาบาลชุมชน
- ควรติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของความรู้ พฤติกรรม และทักษะการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ปกครอง
- ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านเด็กเพิ่มเติม เช่น ระยะเวลาที่อุณหภูมิร่างกายลดลง ความไม่สุขสบายของเด็ก และการกลับมารับบริการซ้ำจากภาวะไข้

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2013.

2.Katz V, Rachel G, Rowberry J. Parents' experiences and understandings of children's febrile illness. Child Care Health Dev 2009; 35(6):709-717.

3.สถาบันบำราศนราดูร. งานเวชสถิติ ปี 2568. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2568.
4.Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
5.Erikson EH. Childhood and society. New York: W. W. Norton; 1950.
6.โรส ภักดีโต. คู่มือการพยาบาลเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
7.Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
8.วินยา ธนาสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2568]; 2(2):70-81. เข้าถึงจาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/article/view/2345/1907
9.วันทนีย์ เชื่อมรัมย์. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องเช็ดตัวลดไข้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูงในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2568]; 9(1):813-822. เข้าถึงจาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/272513
10.พงษ์เทพ เดชทิพย์, อัจฉรียา ปทุมวัน, ศรีสมร ภูมนสกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้. วารสารพยาบาลรามาธิบดี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2568]; 27(1):33-45. เข้าถึงจาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramanursej/sites/default/files/Public/journal-files/RNJ-V27-N01-JAN-APR-2021-03.pdf
11.ฐมาพร เชี่ยวชาญ. การดูแลเด็กที่มีไข้. ใน: สุภาพร เสนารัตน์, บรรณาธิการ. การพยาบาลเด็กเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
12.สรีพร ชมบุญ, นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวรางกูร และเกียรติกำจร กุศล. ผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการเข้ารับบริการซ้ำ โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2568]; 26(1):92-106. เข้าถึงจาก: https://he01.tcithaijo.org/index.php/kcn/article/view/120707/137217
13.ณัฐกฤตา ชินบัญชรสกล, นิภาวัลย์ จันทร์หอม, ไกรวรรณ กาพันธ์ และอมรรัชช์ งามสวย. การจัดการภาวะไข้ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาห้องตรวจเด็กนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2568]; 60(4):707-713. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CMMJ-MedCMJ/article/view/243394/178935
14.สุภาพรรณ เอี่ยมทา, ฉัตรฤดี พุ่มลัดดา, ภภาอัมพ์ บุญทองนุ่ม และเบ็ญจา พุฒซ้อน. ประสิทธิภาพการเช็ดตัวลดไข้ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร [อินเทอร์เน็ต]. ชัยนาท: โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร; 2559 [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: http://chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research11.pdf

ผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

The Effect of Thai Traditional Medicine Methods on Reducing Cigarette Cravings Ban Duea Sub-district Health Promotion Hospital, Tha Bo District, Nong Khai Province.

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

สุพรรษา มีวิชา[1] เอกรินทร์ โปตะเวช[2] และละอองดาว จันทศิลป์[3]
Suphansa Meewicha[1], Ekarin Potavech[2] and Laongdow Chuntasin[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย ประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร ศึกษาในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 – มกราคม 2568 รวม 6 เดือน จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 20 คน โดยใช้วิธีอบสมุนไพรรางจืด วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล และวิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาว ควบคู่กับการให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จิตบำบัด) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลโครงการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (FTND) และแบบประเมินความอยากบุหรี่ (QSU-brief) นัดติดตามผลและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทุกสัปดาห์ จนครบ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความอยากบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ค่าความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ผล ($p<0.05$)

ผลการศึกษา: หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ใช้ยาชงหญ้าดอกขาว มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความอยากบุหรี่น้อยที่สุด คิดเป็น 25.65 ± 11.061 รองลงมาคือ กลุ่มที่ใช้ยารางจืดแคปซูล คิดเป็น 28.70 ± 10.883 และกลุ่มที่ใช้วิธีอบสมุนไพรรางจืด คิดเป็น 38.50 ± 12.015 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน ระดับความอยากบุหรี่ และอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 ก่อนและหลังทดลองมีค่าลดลงและความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.05) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ชาลิ้น และเวียนศีรษะ

คำสำคัญ: บุหรี่, แพทย์แผนไทย, รางจืด, หญ้าดอกขาว

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study the effect of reducing cigarette cravings using Traditional Thai medicine methods, assess the Continuous Abstinence Rate (CAR) at week 4, and monitor adverse drug reactions from herbal medicine use. Study conducted among participants at Ban Duea Sub-district Health Promotion Hospital, Tha Bo District, Nong Khai Province, from July 2024 to January 2025, for a total of 6 months. Sixty participants were divided into three groups of 20 each: one group used *Thunbergia laurifolia* (Rang Jued) herbal steam therapy, another used *Thunbergia laurifolia* capsule, and the third used *Vernonia cinerea (L)Less* (Ya Dok Khao) herbal tea, all in conjunction with behavioral counseling (psychotherapy). Data was collected using a research project record form, including general information, the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), and the Questionnaire of Smoking Urges-Brief (QSU-brief). Follow-up appointments were scheduled weekly to monitor outcomes and adverse drug

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
[2] ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
[3] เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

reactions for 4 weeks. General data was analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Differences in the mean cigarette craving scores among the sample groups were compared using One-way ANOVA for pre- and post-intervention measurements. A significance level of $p < 0.05$ was used.

Results: After the intervention, the *Sida acuta* herbal tea group had the lowest mean cigarette craving score at 25.65 ± 11.061, followed by the *Thunbergia laurifolia* capsule group at 28.70 ± 10.883, and the *Thunbergia laurifolia* herbal steam therapy group at 38.50 ± 12.015. The mean nicotine dependence level, cigarette craving level, and Continuous Abstinence Rate (CAR) at week 4 significantly decreased from pre- to post-intervention (p-value < 0.05). Reported adverse reactions included dry mouth, dry throat, tongue numbness, and dizziness.

Keyword: Cigarette, Thai Traditional Medicine, Thunbergia laurifolia, Vernonia cinerea (L)Less

บทนำ

จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 เปิดเผยผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พบว่าจากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน กลุ่มคนอายุ 25 – 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 21 ต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี และยังพบว่าเยาวชนไทยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก คือเมื่ออายุ 18.5 ปี[1] ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย NCDs global target ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). เผยว่า จากรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2566 พบคนวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพใน 4 เรื่อง ได้แก่ 1. พฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มนี้ 1 ใน 5 สูบบุหรี่ทุกวัน 2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มนี้ 1 ใน 4 ดื่มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. กินอาหารนอกบ้านจากร้านหรือตลาด หวาน มัน เค็มจัด และ 4. มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน โดยกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่ากิจกรรมทางกายของวัยทำงานลดลงต่อเนื่อง จาก 73.44% ในปี 2564 เป็น 63.31% ในปี 2566 สะท้อนการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในอนาคต[2]

จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดที่มีรายงานอัตราการบริโภคยาสูบรายจังหวัดของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 15.99 มีอัตราร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 31.2 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และพบว่าประเภทบุหรี่ที่ผู้บริโภคนิยมสูบมากที่สุด คือ บุหรี่โรงงาน (ร้อยละ 56.5) และบุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 46.4) ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เราสร้างขึ้นเอง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและคนรอบข้าง ปัจจุบันพบผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตด้วยโรคกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ เป็นต้น โดยมีรายงานพบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคกลุ่ม NCDs ที่มีอัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะยังทำให้ผู้ที่อยู่ในบริเวณนั้นได้รับควันบุหรี่ สูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปด้วยที่เรียกว่าการสูบบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) ดังนั้นการช่วยผู้ที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จจึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์มาก ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัว และของผู้อื่นในสังคมดีขึ้น[3] หลายหน่วยงานและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงให้ความสำคัญและพยายามแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบทั้งในระดับบุคคล ชุมชน จังหวัดและประเทศ

การรักษาบำบัดผู้สูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา

(Nonpharmacological Treatment) และการรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological Treatment) ในการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การให้คำปรึกษาแนะนำการเลิกบุหรี่ และให้กำลังใจผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนการรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological Treatment) มี 2 วิธี คือ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy) และการใช้ยาที่ไม่ใช่นิโคติน ได้แก่ Varenicline, Bupropion SR, Clonidine และ Nortriptyline ปัจจัยด้านราคาเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาและรับประทานยาได้ครบตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากการรักษาใช้ระยะเวลานาน 8-12 สัปดาห์ และยาที่ใช้รักษามีราคาค่อนข้างสูง และกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร นโยบายสาธารณสุข ปี 2567-2568 เร่งดำเนินการให้เป็นรูปธรรม 5 ด้าน โดยด้านที่ 2 การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการ[4]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีการสำรวจคัดกรองการสูบบุหรี่ สุรา ในพื้นที่ตำบลบ้านเดื่อ จำนวน 4,081 ราย และมีประชาชนผู้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งหมด จำนวน 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.75 งานแพทย์แผนไทยจึงมีการจัดกิจกรรมบูรณาการร่วมกับงานจิตเวชและยาเสพติดในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยนำนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาบูรณาการให้เป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัย ซึ่งได้นำศาสตร์การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยมาใช้ในการบำบัดและ ลดความอยากบุหรี่ ได้แก่ การอบสมุนไพรรางจืด การใช้ยารางจืดแคปซูล และการใช้ยาชงหญ้าดอกขาว ควบคู่กับการให้คำแนะนำ (จิตบำบัด) จึงเกิดแนวคิดที่จะศึกษาผลของการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการให้บริการ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย
2. เพื่อประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4
3. เพื่อศึกษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) จัดทำขึ้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยศึกษาผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธี ทางการแพทย์แผนไทยและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในอาสาสมัครผู้ร่วมวิจัยจำนวน 60 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลโครงการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 – มกราคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ประชากรที่สูบบุหรี่ เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเดื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มามากกว่า 1 เดือน และมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลจริง ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณแบบไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และประมาณค่าเฉลี่ยจากสูตรอ้างอิงจากการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันของ ณัฐสินีย์ นลินทัศไนย[5] สูตรคำนวณ

$$n = \frac{Z\frac{\alpha}{2}\sigma^2}{d^2}$$

โดย

α มีค่าเท่ากับ 0.05 (สัมประสิทธิความเชื่อมั่น 95%)

n คือ จำนวนตัวอย่าง

Z คือ ค่ามาตรฐานที่โค้งปกติที่ความน่าจะเป็น α, $\frac{\alpha}{2}$ เมื่อเป็นการทดสอบทางเดียวหรือสองทาง (ค่า $Z\frac{\alpha}{2}$ = 1.64)

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนของความอยากบุหรี่ โดยคำนวณค่าอ้างอิงจากงานวิจัยของ Cox, Tiffany and Christen (2001) เรื่อง Evaluation of brief questionnaire of Smoking Urges (QSU-brief) in Laboratory and clinical settings โดยค่า σ^2= 509.4049 (S.D.=22.57)

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ในการประมาณค่าประชากร เมื่อนำค่าตัวอย่างไปประมาณค่าประชากร (ค่า d = 10)

$$n = \frac{(1.64)^2(22.57)^2}{10^2} = 13.71 \approx 14$$

จากสูตรคำนวณ จะใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 14 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณกลุ่มละ 40% ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. ไม่จำกัดเพศอายุ การศึกษา อาชีพ การทำงาน
3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่มามากกว่า 1 เดือน และต้องการเลิกบุหรี่
4. ไม่ใช้ยาเสพติด หรือสารเสพติดอื่น ๆ ที่มีผลต่อระบบประสาท ในระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนเข้าร่วมศึกษาวิจัย
5. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ
6. สามารถเข้าใจ สื่อสาร และสนทนาเป็นภาษาไทยได้
7. ยินยอมเข้าร่วมโครงการและยินยอมลงลายมือชื่อด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหลังจากการใช้ยา เช่น ผื่นคัน บวมตามร่างกาย แน่นหน้าอก มีเลือดออกผิดปกติ หรืออาการอื่น ๆ ที่แพทย์เห็นควรว่าไม่ปลอดภัยต่ออาสาสมัคร
2. ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หรือหยุดยาเองก่อนกำหนด
3. มีประวัติแพ้ยาสมุนไพรทุกชนิด
4. มีโรคประจำตัว ที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง ความผิดปกติของตับและไต โรคทางระบบประสาทและสมอง เช่น จิตเวช ซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลโครงการวิจัย

ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติแพ้ยา ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: FTND) อ้างอิงจากคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ พ.ศ. 2552 เพื่อประเมินการติดนิโคตินของอาสาสมัครวิจัย โดยมีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ จำแนกระดับความรุนแรงการติดสารนิโคตินเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

คะแนน	แปลผลความรุนแรงในการติดนิโคติน
0 - 3 คะแนน	ต่ำ
4 – 5 คะแนน	ปานกลาง
6 - 7 คะแนน	สูง
8 - 10 คะแนน	สูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความอยากบุหรี่ Brief Questionnaire of Smoking Urge (QSU-brief) ของ Cox et al.[6] จากงานวิจัยของ อรอนงค์ ส่งทวน[7] ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและทำการแปลเครื่องมือด้วยวิธีแปลกลับ (back translation)

โดยศูนย์การแปลคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะของคำถามเป็นข้อคำถามประเมินค่า (Rating scale) มีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนน 10 - 70คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 โดยแต่ละข้อคำถามแบ่งคะแนนเป็น 7 ระดับ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทำการแปลผลแบบอิงเกณฑ์ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Cox et al., 2001)

คะแนน	แปลผล	คิดเป็นร้อยละ
10 - 42 คะแนน	ต่ำ	น้อยกว่า 60
43 - 56 คะแนน	ปานกลาง	ช่วง 60 - 80
57 - 70 คะแนน	สูง	มากกว่า 80

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลติดตามการรักษา ได้จากการซักประวัติ วัดสัญญาณชีพและสัมภาษณ์อาสาสมัครวิจัยเกี่ยวกับอาการทั่วไปและผลข้างเคียงจากการใช้ยา

2. รูปแบบและวิธีบริหารยา

2.1 การอบสมุนไพรด้วยรางจืด โดยใช้ใบรางจืด (ใบสด) ประมาณ 1 กำมือ ล้างให้สะอาด นำมาใส่หม้อต้มกับน้ำปริมาตร 3 ลิตร เข้าอบสมุนไพรรอบละ 15 นาที แล้วออกมานั่งพัก 5 นาที จำนวน 2 รอบ รวมเวลา 30 นาทีต่อครั้ง ทำการอบสมุนไพรซ้ำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะการอบสมุนไพร จำนวน 8 ครั้ง 16 รอบ

2.2 การใช้ยารางจืดแคปซูล รูปแบบยาแคปซูล ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 กรัม (2 แคปซูล) หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน และเย็น รับประทานติดต่อกันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เว้น สัปดาห์ ระยะการรับประทานยา 14 วัน รับประทาน 84 แคปซูล

2.3 การใช้ยาชงหญ้าดอกขาว รูปแบบยาชง (ซองบรรจุขนาด 2 กรัม) ขนาดรับประทาน ครั้งละ 1 ซอง ชงในน้ำร้อน 150 มิลลิลิตร หลังอาหารวันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน และเย็น ระยะการรับประทานซาชง 28 วัน (ทุกวัน) รับประทาน 84 ซอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความอยากบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ค่าความเชื่อมั่นที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา ครั้งนี้คือ ร้อยละ 95 ($P<0.05$) เปรียบเทียบความแตกต่างอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 โดยใช้สถิติ dependent t-test ค่าความเชื่อมั่นที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้คือ ร้อยละ 95 ($P<0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้จัดส่งโครงร่างการวิจัย เพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 85/2567 (COA No.NKPH85)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 60 คน มีอายุเฉลี่ย 41.30 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 35 – 44 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ช่วงอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 25 -34 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 และช่วงอายุ 45 – 54 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ช่วงอายุ 15 – 24 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ตามลำดับ

เป็นเพศชาย 51 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 และเพศหญิง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00

สถานภาพสมรสของผู้ร่วมวิจัย พบว่า มีสถานภาพสมรส 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ โสด 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33

หย่าร้าง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และหม้าย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

ระดับการศึกษาของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ อนุปริญญา/ปวส. จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 ประถมศึกษาจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ปริญญาตรี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และไม่ได้เรียน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ

โรคประจำตัวของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 และเป็นผู้มีโรคประจำตัว จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 ได้แก่ คือ โรคเบาหวาน 7 คน โรคความดัน โลหิตสูง 6 คน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5 คน โรคถุงลมโป่งพองหอบหืด 5 คน และโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน

การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมาคือ ดื่มแอลกอฮอล์ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 ดื่มแอลกอฮอล์ 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

2. ข้อมูลการสูบบุหรี่

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เป็นเวลาเฉลี่ยนาน 12 ปี ประเภทของบุหรี่ที่สูบ มากที่สุดได้แก่ บุหรี่ก้นกรอง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 61.67 รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง/ยาเส้น จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 และสูบบุหรี่มากกว่า 2 ประเภท จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.00

ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 81.67 และมีความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.33

เหตุผลที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่มากที่สุด คือ สุขภาพร่างกายแย่ลง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ คนในครอบครัวขอให้เลิก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เป็นห่วงคนในครอบครัว จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 สังคมรังเกียจ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.67 และบุหรี่มีราคาแพง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

3. ผลการประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน

ผลการประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน ก่อนและหลังการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย พบว่า

กลุ่มที่ 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินลดลง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 และระดับสูงมาก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67

กลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินลดลง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.67 ระดับสูงมาก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 และระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 3 วิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาว ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินลดลง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.33 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และระดับสูง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00

4. ผลการประเมินระดับความอยากบุหรี่

ผลการประเมินระดับความอยากบุหรี่ของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มมีค่าคะแนนระดับความอยากบุหรี่ลดลง หลังการทดลอง กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาวโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความอยาก

บุหรี่น้อยที่สุด คิดเป็น 25.65 ± 10.883 รองลงมาคือ กลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูลคิดเป็น 28.70 ± 11.061 และกลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด คิดเป็น 38.50 ± 12.015 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความอยากบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของทั้ง 3 กลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*-value
ความแตกต่างของการลดความอยากบุหรี่โดยวิธีการต่างกัน	ระหว่างกลุ่ม	1803.100	2	901.550	7.022	.002*
	ภายในกลุ่ม	7317.750	57	128.382		
	รวม	9120.850	59			

*p-value<0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความอยากบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า การลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยที่ต่างกัน ลดความอยากบุหรี่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความอยากบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม

ค่าคะแนนระดับความอยากบุหรี่	กลุ่มที่ 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด	กลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล	กลุ่มที่ 3 วิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาว
กลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด	-	12.850*	9.800*
กลุ่ม 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล	-12.850*	-	-3.050
กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาว	-9.800*	3.050	-

*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า การลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน มีผลช่วยลดความอยากบุหรี่ในภาพรวมแตกต่างกัน 2 วิธี ได้แก่ กลุ่มที่ 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืดมีระดับความอยากบุหรี่แตกต่างกับกลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล และกลุ่มที่ 3 วิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4

อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR)	จำนวนบุหรี่ (มวน)				t	*p*-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด	18.65	8.145	8.60	4.988	11.004	.000*
กลุ่ม 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล	17.95	5.463	9.30	3.164	12.089	.000*
กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาว	14.30	6.199	5.20	2.505	8.255	.000*

*p-value<0.05

จากตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาวมีค่าเฉลี่ยปริมาณบุหรี่น้อยที่สุด เท่ากับ 5.20 ± 2.505 รองลงมาคือ กลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด มีค่าเท่ากับ 8.60 ± 4.988 และกลุ่ม 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล มีค่าเท่ากับ 9.30 ± 3.164 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังการทดลองของ ทั้ง 3

กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p*-value <0.000)

ผู้ร่วมวิจัยไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.67 และผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 พบว่า มีอาการปากแห้ง คอแห้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ชาลิ้น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และเวียนศีรษะ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย ทั้ง 3 วิธี มีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน ระดับความอยากบุหรี่ และอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 ก่อนและหลังทดลอง มีค่าลดลงและความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.05) โดยพบว่า กลุ่มที่ใช้ยาชง หญ้าดอกขาว มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความอยากบุหรี่น้อยที่สุด คิดเป็น 25.65 ± 11.061 รองลงมาคือ กลุ่มที่ใช้ยารางจืดแคปซูล คิดเป็น 28.70 ± 10.883 และกลุ่มที่ใช้วิธีอบสมุนไพรรางจืด คิดเป็น 38.50 ± 12.015 ตามลำดับ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ชาลิ้น และเวียนศีรษะ แสดงให้เห็นว่า การใช้สมุนไพรตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยช่วยลดความอยากบุหรี่ได้ [8,9,10]

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามผลการเลิกบุหรี่ต่อไปว่าผู้ร่วมวิจัยสามารถเลิกบุหรี่หรือกลับไปสูบอีกหรือไม่ และเพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว

2. เพิ่มวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคม (เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม, ความเชื่อมั่นในตนเอง, การจัดการความเครียด) ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีแผนไทย

3. อาจมีการศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรที่ใช้ร่วมกัน เพื่อลดความอยากบุหรี่ เช่น การใช้หญ้าดอกขาวร่วมกับมะขามป้อม หรือรางจืดร่วมกับกานพลู หรือสมุนไพรอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ส่งเสริมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). เปิดรายงานสุขภาพคนไทยปี 66 คนวัยทำงานเสี่ยงโรค สูบบุหรี่ทุกวัน กินเหล้าทุกสัปดาห์. [เว็บบล็อก]. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2567. จาก https://www.hfocus.org/content/2024/03/29947
2. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2566). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
3. ศิริวรรณ ทิพยรังสฤษฎ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั้นกระจ่าง และกุมภการ สมมิตร. (2555). สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศจย.).
4. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2565. (2566). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. ณัฐสินีย์ นลินทัศไนย. (2560). การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ชาชงหญ้าดอกขาวกับมะนาวในการลดความอยากบุหรี่โดยใช้แบบประเมิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย.
6. Cox, L. S., Tiffany, S. T. & Christen, A. G. (2001). Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. Nicotine & Tobacco Research, 3(1), 7-16.

7. อรอนงค์ ส่งทวน. (2552). ผลการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
8. สุภาภรณ์ ปิติพร. (2559). หญ้าดอกขาว หมอข้างกาย ทางสบายเลิกบุหรี่ (หมอชาวบ้าน). สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2568, จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal/news_detail. php?Cat=G&id=141
9. สุรัสวดี เพชรคง. (2562). ผลการใช้โปรแกรมของผู้เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนลียี (สทวท.), 7(1), 108-114.
10. องค์กรทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่. นครปฐม. สินทวี พริ้นติ้ง.

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: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์[1]
Pongsamut Jenborirak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการอาหารปลอดภัย 35 คน และผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบทดสอบ แบบประเมินพฤติกรรม แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์ การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การอบรม การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผล ส่งผลให้คณะกรรมการมีความรู้และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้ประกอบการมีความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้ สถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้น และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะอุปกรณ์ลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรม, สุขาภิบาลอาหาร, ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a food sanitation knowledge and behavior enhancement program among restaurant and street food vendors in Phakdi Chumphon District, Chaiyaphum Province, Thailand. Seventy participants were purposively selected, including 35 members of the District Quality of Life Development Committee and Food Safety Committee and 35 food vendors. Data were collected using questionnaires, knowledge tests, behavioral assessments, food sanitation inspections, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The program comprised situation analysis, participatory planning, training, monitoring and evaluation, and reflection. Following implementation, committee members demonstrated significantly improved knowledge and participation, while food vendors showed significant improvements in food sanitation knowledge and practices ($p < 0.001$). The number of establishments meeting food sanitation standards increased, and coliform contamination in food, food handlers' hands, and utensils decreased.

Keywords: knowledge and behavioral improvement program, food sanitation, restaurants and street food vendors

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภักดีชุมพล

บทนำ

การสุขาภิบาลอาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชน หากอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโรค สารเคมี หรือสิ่งแปลกปลอม อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว องค์การอนามัยโลก รายงานว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 1 ใน 10 คนเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 420,000 คนต่อปี โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส สารเคมี และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และเศรษฐกิจของประเทศในวงกว้าง[1] ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่ออย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีมาตรการด้านความปลอดภัยอาหารและระบบเฝ้าระวังโรคที่ครอบคลุม โดยข้อมูลจากกองระบาดวิทยา พบว่าโรคอาหารเป็นพิษยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยพบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะเด็กและวัยแรงงาน ซึ่งสาเหตุสำคัญเกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ เช่น Salmonella spp., Staphylococcus spp., Bacillus cereus และ Norovirus อันเป็นผลมาจากกระบวนการปรุงประกอบอาหารและการจัดการสุขาภิบาลอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน[2]

ปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร รวมถึงสภาพแวดล้อมของสถานที่จำหน่ายอาหาร เช่น การปรุงประกอบอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ การจัดเก็บวัตถุดิบไม่เหมาะสม การใช้ภาชนะอุปกรณ์ร่วมกันระหว่างอาหารดิบและอาหารสุก และการขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขาภิบาลอาหาร[3] กรมอนามัยจึงได้กำหนดมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “SAN” ประกอบด้วย Sanitation, Accountability และ Network เพื่อยกระดับมาตรฐานสถานประกอบกิจการด้านอาหาร ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภค[4]

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาหลายพื้นที่ยังสะท้อนให้เห็นว่าสถานประกอบการจำนวนมากไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร โดยกัญญภัค สุวรรณศรี พบว่า แผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 38.00 และพบการปนเปื้อนแบคทีเรียในผู้สัมผัสอาหารและภาชนะอุปกรณ์[5] และวัชรภัทร เตโชวรีกุล และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครพนม ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารอย่างครบถ้วน สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการอย่างเป็นระบบ[6] เขตสุขภาพที่ 9 ในปี 2567 มีสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวน 6,172 แห่ง ผ่านการรับรองมาตรฐาน SAN เพียง 1,349 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.86 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 40[7] ขณะเดียวกันพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจำนวน 5,584 ราย อัตราป่วย 83.84 ต่อประชากรแสนคน[8] ส่วนจังหวัดชัยภูมิพบว่าสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN เพียงร้อยละ 34.33[9]

อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ มีสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวน 35 แห่ง แต่ผ่านมาตรฐาน SAN เพียง 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.90 เท่านั้น จากการประเมินของคณะกรรมการอาหารปลอดภัยระดับอำเภอพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม การจัดการสถานที่จำหน่ายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การ

จัดเก็บวัตถุดิบและภาชนะอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม และภาชนะอุปกรณ์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ แม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขจะดำเนินการตรวจประเมิน อบรม และให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการกำกับควบคุมตามเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าการพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังไม่พบโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อำเภอภักดีชุมพล
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร เพื่อยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ และเป็นแนวทางในการพัฒนางานอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[10]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 21 คนและบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งให้เป็นคณะกรรมการอาหารปลอดภัย อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 14 คน รวมเป็นทั้งสิ้น จำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนผู้ประกอบการร้านอาหาร จำนวน 10 คน และตัวแทนแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 25 คน ในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ รวมเป็นทั้งสิ้น จำนวน 35 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

วิธีการดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือน มกราคม 2569 ถึงเดือนเมษายน 2569 โดยการดำเนินการวิจัยมีระยะเตรียมการและระยะปฏิบัติการมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การวางแผน (Planning) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหาร วิเคราะห์ความต้องการ และจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารตามแผนที่กำหนด
3. การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามและประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์ม

แบคทีเรียในอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะอุปกรณ์

4. การสะท้อนผล (Reflection) โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ 1)เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2)เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3)เครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสนทนา การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการกลุ่มผู้ร่วมวิจัยและมุมมองของคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการอาหารปลอดภัยอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร (3) แบบทดสอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ (4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ (5) แบบประเมินพฤติกรรมผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

3. เครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน ได้แก่ แบบตรวจร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยใช้แบบประเมินของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 107/2568 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ระยะเตรียมการ

สถานการณ์และสภาพปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีสถานประกอบการจำหน่ายอาหารกระจายอยู่ในเขตชุมชน ตลาด และบริเวณเส้นทางคมนาคมสายหลักของอำเภอ ซึ่งเป็นแหล่งบริการอาหารที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่และผู้เดินทางสัญจร อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในพื้นที่สะท้อนให้เห็นว่าสถานประกอบการส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร (SAN) และยังมีข้อบกพร่องด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหารหลายประการ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาสำคัญใน 4 ประเด็น ได้แก่ ด้านสุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร ด้านสถานที่ปรุงและจำหน่ายอาหาร ด้านภาชนะอุปกรณ์และการเก็บรักษาวัตถุดิบ และด้านคุณภาพอาหารและน้ำดื่ม โดยพบว่าผู้ประกอบการบางส่วนยังขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร เช่น การล้างมือที่ถูกวิธี การสวมอุปกรณ์ป้องกันการปนเปื้อน และการแยกอุปกรณ์สำหรับอาหารดิบและอาหารสุก

นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านสภาพแวดล้อมของสถานประกอบการ การจัดการขยะและน้ำเสีย รวมทั้งการตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะอุปกรณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ

2. ระยะปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน จัดประชุมการสนทนากลุ่มระดมสมองศึกษาวิเคราะห์ความต้องการกลุ่มผู้ร่วมวิจัยและมุมมองของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการอาหารปลอดภัยอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ด้วยการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาดังนี้

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งเปิดโอกาสให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการอาหารปลอดภัย ผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน กำหนดกิจกรรม และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการพัฒนาโปรแกรมพบว่า โปรแกรมประกอบด้วย 3 แผนงานหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร และ 3) การติดตาม ประเมินผล และสะท้อนผลการดำเนินงาน โดยกิจกรรมต่าง ๆ มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความตระหนัก การฝึกปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการอาหารปลอดภัย หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร รวมถึงภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ผลการดำเนินงานพบว่า มีการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการด้านสุขาภิบาลอาหารเพื่อพัฒนาความรู้และความตระหนักของผู้ประกอบการเกี่ยวกับหลักสุขาภิบาลอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันการปนเปื้อนข้าม การจัดเก็บวัตถุดิบ การจัดการขยะและน้ำเสีย รวมถึงแนวทางการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร (SAN) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ทำให้ผู้ประกอบการมีความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผ่านการประชุมวางแผน การจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขาภิบาลอาหาร และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และเกิดเครือข่ายการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่มากขึ้น คณะผู้วิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการนิเทศติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ในสถานประกอบการจริง พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม การจัดการวัตถุดิบ ภาชนะอุปกรณ์ และพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ส่งผลให้ผู้ประกอบการเกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้เป็นไปตามมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตาม ประเมินผล และสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร (SAN) การสังเกตสภาพแวดล้อมของสถานประกอบการ และการนิเทศติดตามร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการอาหารปลอดภัย และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยมีการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลมากขึ้น เช่น การสวมหมวกคลุมผม การสวมผ้ากันเปื้อน การล้างมืออย่างถูกวิธี และการแยกอุปกรณ์สำหรับอาหารดิบและอาหารสุกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนข้าม นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ประกอบการมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารมากขึ้น สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมและการฝึกปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานจริงได้อย่างเหมาะสม ด้านสภาพแวดล้อมของสถานประกอบการ พบว่ามีการปรับปรุงความสะอาดและความเป็นระเบียบของพื้นที่ประกอบอาหารมากขึ้น มีการจัดเก็บวัตถุดิบและภาชนะอุปกรณ์อย่างถูกสุขลักษณะ การจัดการขยะและน้ำเสียมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงมีการดูแลพื้นที่ปรุงประกอบอาหารให้สะอาดและปลอดภัยต่อผู้บริโภค ส่งผลให้สถานประกอบการส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร (SAN) ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินกิจกรรม อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดบางประการในสถานประกอบการบางแห่ง โดยเฉพาะด้านโครงสร้างสถานที่ พื้นที่ประกอบอาหารที่คับแคบ การแบ่งสัดส่วนอาหารดิบและอาหารสุกที่ยังไม่ชัดเจน และการขาดอุปกรณ์จัดเก็บอาหารที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรของผู้ประกอบการ นอกจากนี้ ผลการติดตามยังพบว่า การนิเทศติดตามและการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการอาหารปลอดภัย รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการเกิดความตระหนัก สามารถปรับปรุงการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนางานอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล ภายหลังการดำเนินกิจกรรมและการติดตามประเมินผล คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการอาหารปลอดภัย หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อร่วมกันถอดบทเรียน วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการพัฒนาในอนาคต พบว่า การดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันการปนเปื้อนข้าม การจัดการวัตถุดิบ และการดูแลความสะอาดภายในสถานประกอบการ นอกจากนี้ ผู้ประกอบการสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจการได้อย่างเหมาะสม

ส่งผลให้สภาพแวดล้อมและมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการดีขึ้นอย่างชัดเจน ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ช่วยสร้างความร่วมมือและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทรัพยากร และโครงสร้างสถานประกอบการของผู้ประกอบการบางราย รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อการปรับปรุงสถานประกอบการให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารได้อย่างสมบูรณ์

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เสนอแนวทางพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต ได้แก่ การจัดอบรมทบทวนความรู้ การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการ การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ด้านสุขาภิบาลอาหาร รวมถึงการส่งเสริมและประชาสัมพันธ์สถานประกอบการต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืนในการพัฒนางานอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่

ผลการสะท้อนดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน ติดตามประเมินผล และพัฒนางานด้านสุขาภิบาลอาหารได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานอาหารปลอดภัยและการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายอาหารปลอดภัยในระดับอำเภออย่างยั่งยืน

3. ผลของการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งให้เป็นคณะกรรมการอาหารปลอดภัย รวมจำนวน 35 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.86 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 46.28 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.14 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 และเคยผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 17.14

ผลระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการอาหารปลอดภัยอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.14 ภายหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 80.00

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการอาหารปลอดภัย อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เท่ากับ 12.46 คะแนน (S.D. = 2.15)

และภายหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เท่ากับ 17.89 คะแนน (S.D. = 1.34) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ และคณะกรรมการอาหารปลอดภัยอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.43 ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 57.14

ผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ และคณะกรรมการอาหารปลอดภัยอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา โดยภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเท่ากับ 3.12 คะแนน (S.D. = 0.48) และภายหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเท่ากับ 4.36 คะแนน (S.D. = 0.39) เมื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ประกอบการร้านค้าและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 35 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.80 มีอายุระหว่าง 40–49 ปี ร้อยละ 33.90 อายุเฉลี่ย 42.96 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.02 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.20 มีระยะเวลาในการประกอบอาชีพ 6–10 ปี ร้อยละ 35.59 มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 13.56 และเคยผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 23.73

ผลระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 51.43 และภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.14

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา โดยภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เท่ากับ 11.82 คะแนน (S.D. = 2.43) และภายหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เท่ากับ 17.36 คะแนน (S.D. = 1.58) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการ

พัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้รูปแบบการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารร่วมกับการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานในพื้นที่ พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารไม่ถูกต้องในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านการปกปิดอาหาร การจัดเก็บอาหาร การแต่งกายของผู้สัมผัสอาหาร การใช้ภาชนะอุปกรณ์ และการดูแลสภาพแวดล้อมภายในสถานประกอบการ และภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ผู้ประกอบการมีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารถูกต้องเพิ่มมากขึ้นเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะการปกปิดอาหารเพื่อป้องกันแมลงและฝุ่นละออง การเก็บอาหารสดในภาชนะที่เหมาะสม การแต่งกายของผู้สัมผัสอาหาร การใช้ช้อนกลาง และการดูแลความสะอาดของแผงลอยและบริเวณโดยรอบ ส่งผลให้สถานประกอบการมีความสะอาดและถูกสุขลักษณะมากขึ้น

การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ตามแบบสำรวจพฤติกรรม พบว่า ก่อนดำเนินการ มีร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านการประเมิน จำนวน 9 ร้าน/แผง คิดเป็นร้อยละ 25.71 และไม่ผ่านการประเมิน จำนวน 26 ร้าน/แผง คิดเป็นร้อยละ 74.29 และภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า มีร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านการประเมิน จำนวน 31 ร้าน/แผง คิดเป็นร้อยละ 88.57 และไม่ผ่านการประเมิน จำนวน 4 ร้าน/แผง คิดเป็นร้อยละ 11.43

ผลการตรวจประเมินร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารด้านกายภาพ ตามแบบตรวจตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ของกรมอนามัย พบว่า ก่อนดำเนินการ มีร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านการประเมิน จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 และไม่ผ่านการประเมิน จำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.43 และภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า มีร้านอาหารปละแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านการประเมิน จำนวน 30 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71 และไม่ผ่านการประเมิน จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.29

ผลการตรวจวิเคราะห์แผงลอยด้านชีวภาพ พบว่า มีการเก็บตัวอย่างทั้งหมด 135 ตัวอย่าง แยกเป็น ตัวอย่างอาหาร จำนวน 50 ตัวอย่าง มือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 35 ตัวอย่าง และภาชนะอุปกรณ์ จำนวน 50 ตัวอย่าง ก่อนดำเนินการ พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุดในมือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 24 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 68.50 และภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า การปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียลดลงทุกประเภท โดยพบเชื้อในมือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 5 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.28 รองลงมา คือ ภาชนะอุปกรณ์ จำนวน 6 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 12.00 และตัวอย่างอาหาร จำนวน 3 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 6.00

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[10] สามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการดำเนินงานเปิดโอกาส

ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการอาหารปลอดภัย หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน ส่งผลให้กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ พีระพล ต่วนภูษา[11] พบว่า การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถพัฒนาแนวทางการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และก่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ สุขเจริญ และคณะ พบว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ช่วยยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12]

ภายหลังการดำเนินโปรแกรม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการอาหารปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.46 คะแนน เป็น 17.89 คะแนน และมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 3.12 คะแนน เป็น 4.36 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการร่วมดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพล ภูปุย และคณะ พบว่า การประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) สามารถเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมและศักยภาพของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยได้อย่างมีนัยสำคัญ[13] นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการวิจัยจะช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน[10]

ผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร พบว่าภายหลังการดำเนินโปรแกรม ผู้ประกอบการมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.82 คะแนน เป็น 17.36 คะแนน และมีสัดส่วนผู้ผ่านเกณฑ์พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.71 เป็นร้อยละ 88.57 สะท้อนให้เห็นว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธจักร ช่วยราช พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐมน สืบซุย[15] พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมสามารถยกระดับความรู้ พฤติกรรม และการปฏิบัติตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการได้อย่างมีประสิทธิผล

การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารพบว่าสถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์ด้านกายภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.57 เป็นร้อยละ 85.71 และผลการตรวจด้านชีวภาพ พบว่า การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะอุปกรณ์ลดลงอย่างชัดเจนหลังการดำเนินโปรแกรม

โดยเฉพาะการปนเปื้อนในมือผู้สัมผัสอาหารลดลงจากร้อยละ 68.50 เหลือร้อยละ 14.28 ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการพัฒนาความรู้ควบคู่กับการติดตามกำกับและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของสถานประกอบการ สามารถลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภัทร เตโชวีรกุล และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม พบว่า การให้ความรู้และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญในการลดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารและยกระดับความปลอดภัยด้านอาหารของชุมชน[6]

โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ สามารถส่งเสริมความรู้ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร และมาตรฐานอาหารปลอดภัยของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่การลดความเสี่ยงของโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ และเป็นแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอาหารปลอดภัยในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ สนับสนุนงบประมาณและจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ ควรพัฒนากลไกการเฝ้าระวังและนิเทศติดตามด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการอาหารปลอดภัย หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อยกระดับมาตรฐานอาหารปลอดภัยและสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานระดับพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรดำเนินการตรวจแนะนำ นิเทศติดตาม และประเมินผลด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถรักษามาตรฐานการปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการร่วมวางแผน ดำเนินงาน และติดตามผล นอกจากนี้ ควรพัฒนาเครือข่ายอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารอย่างยั่งยืน

3.ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการในมิติอื่นเพิ่มเติม เช่น ทัศนคติ การรับรู้ แรงจูงใจ และระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษารูปแบบการพัฒนาด้านสุขาภิบาลอาหารที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ประเภทต่าง ๆ นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของสื่อหรือระบบดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการติดตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตลอดจนศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารและกลไกการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. 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
2. กรมควบคุมโรค. (2567). ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2567 สัปดาห์ที่ 28 (14–20 กรกฎาคม 2567). วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 55(1), 1–5.
3. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562ก). แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารและการจัดการด้านอาหารปลอดภัย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562ข). มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับสถานประกอบกิจการด้านอาหารตามเกณฑ์ SAN. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
5. กัญญภัค สุวรรณศรี. (2566). สภาวะสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(1), 10–17. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/266243
6. วัชรภัทร เตโชวรีกลุและดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2565). สภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(2), 31–45. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article /view/252xxx
7. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์. (2568). รายงานผลการดำเนินงานมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร (SAN) เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2567. นครราชสีมา: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9.
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. (2567). รายงานสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2567. นครราชสีมา: กรมควบคุมโรค.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2567). รายงานผลการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2566. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.
10. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University.
11. พีระพล ต่วนภูษา. (2565). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 45(3), 72–84.
12. สุชาติ สุขเจริญ และคณะ. (2566). การศึกษารูปแบบการพัฒนาการจัดการอาหารริมบาทวิถีของประเทศไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.
13. ศิริพล ภูปุย, คณะ. (2559). การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดชุมชน ตำบลโพน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
14. พุทธจักร ช่วยราย. (2558). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านแผง ลอยจำหน่ายอาหารเขตอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้, 2(3), 41–57. https://he01.tcithaijo.org/index.php/scnet /article/view/34783
15. ณฐมน สืบซุย. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอยในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 783–791. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pediatric Patients with Pneumonia: A Study of Two Cases

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

จีรญาดา สีหาราช[1]
Jeerayada Seeharach[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมกราคม - เดือนมีนาคม 2568 ที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อ.กระนวน จ.ขอนแก่น ประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน โดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การสังเกต และจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 2 ปี 4 เดือน ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วนตามวัย พัฒนาการเหมาะสมกับวัย แต่การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย ค่อนข้างเตี้ย น้ำหนักเกินเกณฑ์ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจเร็ว เสียงหายใจดังครืดคราด เอ๊กซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) พบเซลล์อักเสบเป็นหย่อมๆ ในเนื้อเยื่อปอดขวาด้านล่างเป็นฝ้าขาว (Patchy infiltration Rt Lower Lobe) แพทย์วินิจฉัยการพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก ระหว่างการรักษาพบ สัญญาณชีพผิดปกติ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วต่ำกว่าปกติ (SpO_2 88 %) มีการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการไอ ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) มีข้อวิจฉัยการพยาบาล 9 ข้อ ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการ ผู้ป่วยรับการรักษา 6 วัน มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 1 ปี 5 เดือน ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วนตามวัย พัฒนาการเหมาะสมกับวัย แต่การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย ค่อนข้างเตี้ย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบ มีประวัติเป็นหวัดบ่อยครั้ง ปี 2567 เคยเป็นโรคปอดอักเสบ และมีภาวะซีด เอ๊กซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) พบภาวะอักเสบในเนื้อเยื่อระหว่างปอดสองข้าง (Infiltration Both lung) แพทย์วินิจฉัยการพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก ระหว่างการรักษาพบ สัญญาณชีพผิดปกติ มีการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ถ่ายอุจจาระบ่อยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการไอ ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) มีข้อวิจฉัยการพยาบาล 11 ข้อ ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการ ผู้ป่วยรับการรักษา 5 วัน มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

Abstract

This study aimed to compare the use of the nursing process in the care of two pediatric patients with pneumonia admitted between January and March 2025 at the Pediatric Ward, Somdej Phra Yuparat Kranuan Hospital, Kranuan District, Khon Kaen Province. Patient health status was assessed and data was collected using Gordon's 11 health status models through interviews, physical examinations, observation, and patient records to cover health problems and needs. Nursing plans and procedures were developed, nursing outcomes were evaluated, and data were analyzed and compared according to the steps of the nursing process.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

Results: Patient 1, aged 2 years and 4 months, had received complete age-appropriate immunizations. Development was age-appropriate, but growth was not age-appropriate; the child was relatively short and overweight. One day prior to hospitalization, the child presented with fever, tachycardia, and wheezing. A chest-PA upright X-ray revealed patchy infiltration of the right lower lobe of the lung. The nursing diagnosis was pneumonia, with severity ranging from severe to very severe. During treatment, vital signs were abnormal. The patient had abnormally low fingertip oxygen saturation (SpO2 88%) and respiratory tract infection. They were treated with antibiotics, antipyretics, cough suppressants, and high-flow nasal cannula (HFNC) oxygen. Nine nursing diagnoses were identified. Nursing care was provided to address problems and needs. The patient received treatment for 6 days, remained stable, and had no complications. The physician discharged the patient.

Patient 2, a 1 year and 5 month old child, received complete age-appropriate immunization. Development was age-appropriate, but growth was not age-appropriate; the child was relatively short. One hour prior to hospitalization, the child presented with fever, cough with sputum, and shortness of breath. There was a history of frequent colds. In 2024, the child had pneumonia and anemia. A chest-PA upright X-ray revealed infiltration in both lungs. The nursing diagnosis was pneumonia, with severity ranging from severe to very severe. During treatment, vital signs were abnormal, there was respiratory tract infection, and frequent diarrhea due to a gastrointestinal infection. The child was treated with antibiotics, antipyretics, cough suppressants, and high-flow nasal cannula (HFNC) oxygen. There were 11 nursing diagnoses, and nursing care was provided to address the problems and needs. The patient received treatment for 5 days, remained stable, and had no complications. The doctor allowed the child to be discharged.

Keywords: Pneumonia, Pediatric Pneumonia Nursing Care

บทนำ

ปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) มีสาเหตุจากการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อที่พบเป็นสาเหตุบ่อยของโรคปอดอักเสบในเด็ก ได้แก่ ไวรัส ในประเทศไทยพบความชุกของโรคปอดอักเสบ ประมาณร้อยละ 45-50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในทางเดินหายใจส่วนล่าง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักแรกเกิดน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ไม่ได้รับนมแม่ในช่วงอายุ 4 เดือนแรก ได้รับวัคซีนไม่ครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีนป้องกันโรคหัด สัมผัสกับมลภาวะ ทางอากาศและควันบุหรี่ สภาพครอบครัวที่แออัด เป็นต้น ผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอ หอบ ในรายที่เป็นปอดอักเสบรุนแรงอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (empyema) หรือฝีในปอด (lung abscess) อาจเกิดอาการทางระบบหายใจเรื้อรังได้จากพังผืดในปอด หรือหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis)[1] การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย 1) การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้ออกซิเจนในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว หอบ ชายโครงบุ๋ม กระวนกระวาย ซึม ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ให้ยาพ่นขยายหลอดลมในรายที่ฟังปอดได้ยินเสียง wheeze หรือ rhonchi จัดท่าระบายเสมหะ และเคาะปอด กรณีผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวพิจารณาช่วยการหายใจด้วยวิธีการต่างๆ ตามระดับความรุนแรง เฝ้าระวังและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ รวมทั้งอาการหายใจหน้าอกบุ๋ม หรือการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอย่างใกล้ชิด ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) 2) การรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาแก้ปวดลดไข้ 3) การรักษาจำเพาะ เช่น ให้ยาต้านไวรัสในรายที่สงสัยว่าไวรัสไข้หวัดใหญ่เป็นสาเหตุ

ในรายที่ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้ออื่นๆ และยังไม่สามารถแยกเชื้อได้ชัดเจน แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพ[1]

ภาวะการเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีผลกระทบทั้งตัวเด็กเองในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา รวมทั้งส่งผลถึงบิดามารดาหรือผู้ดูแล เพราะเด็กมักเป็นศูนย์กลางของครอบครัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลให้กับบิดามารดาหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างมาก พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างอยู่หอผู้ป่วย โดยการประเมิน ปญหาความต้องการ วางแผนและให้การพยาบาล เฝ้าระวัง ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การใช้ยาและเครื่องมือพิเศษต่างๆ เช่น ยาพ่นขยายหลอดลม เครื่องให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) ประเมินผลลัพธ์และบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการรุนแรงลดลง ฟนหายและพร้อมจำหน่าย จากหอผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลให้สามารถดูแลจัดการสุขภาพของผู้ป่วยเด็กอย่างเหมาะสม กลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติที่บ้านและชุมชน[2]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับ M_1 ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กครอบคลุมเด็กทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่อายุ 0 – 14 ปี ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 2,160, 2,306 และ 2,243 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ จำนวน 400, 702 และ 679 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรงต้องส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน 9, 3 และ 3 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยโรคเด็กโรคปอดอักเสบมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 (High volume) ของจำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก[3] ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 32.23 จากข้อมูลและสถิติดังกล่าว ผู้ศึกษาในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก จึงรวบรวมความรู้ที่เกี่ยวข้องและเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จำนวน 2 ราย ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่เป็นระบบ มีลักษณะเช่นเดียวกับวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เป็นการประยุกต์การคิดอย่างมีวิจารณญาณมาใช้ในทางคลินิก โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)[4] ซึ่งผลการศึกษานี้ จะนำมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วย การวินิจฉัยเป็น โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) จำนวน 2 ราย รับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุราชกระนวน ผู้ป่วยเด็กรายที่ 1 ระหวางวันที่ 29 มกราคม 2568 ถึง วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยเด็กรายที่ 2 ระหวางวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง วันที่ 4 มีนาคม 2568

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 2) การวินิจฉัยการพยาบาล วิเคราะห์และวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้รูปแบบของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือหรือ NANDA 3) การวางแผนการพยาบาล วางแผนกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ 4) การปฏิบัติการพยาบาล นำแผนการพยาบาลที่กำหนดมาปฏิบัติจริง 5) การประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินผลตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้[4,5,6,7]

รูปแบบและวิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาข้อมูลสถิติผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เลือกศึกษาผู้ป่วยเด็ก 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ รับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2568 ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย ศึกษาความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ตั้งแต่แรกรับ ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย โดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การสังเกต และจากเวชระเบียนผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 ราย โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัว รักษาความลับของผู้ป่วย และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษา

<u>ผู้ป่วยรายที่ 1</u>

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 2 ปี 4 เดือน เชื้อชาติ/สัญชาติ ไทย / ไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษา ยังไม่เรียน บิดา-มารดามีอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ 12,500 บาท/เดือน **แรกรับ** วันที่ 29 มกราคม 2568 เวลา 11.30 น. มาถึงหอผู้ป่วยเด็กด้วยรถนอน มารดาให้ข้อมูลว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอบ่อยครั้งมีเสมหะ หายใจครืดคราด มีน้ำมูกใส 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอบ่อยมีเสมหะ หายใจครืดคราด น้ำมูกใส รับประทานอาหารได้น้อยลง ตอนกลางคืนผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว มีเสียงครืดคราด มารดาจึงพามาโรงพยาบาล ปฏิเสธประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัด/การแพ้ยา อาหาร สารเคมี/การเสพสารเสพติดทุกชนิด ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ผู้ป่วยมีความสูงต่ำกว่าเกณฑ์ มีน้ำหนักมากกว่าปกติ ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 34 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95% น้ำหนัก 19.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 70 เซนติเมตร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตัวร้อน มีไข้ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ปอดทั้งสองข้างมีเสียงอื้ด (Rhonchi) และสียงเสมหะ (Secretion) ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น และมีน้ำมูก ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก การวินิจฉัยโรคแรกรับ (First Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) แพทย์พิจารณาการรักษาให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ CBC, Electrolyte, Chest-PA Upright ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DNSS 1000 ml อัตราการไหล 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ยาพ่นซาลบูตามอล (Salbutamol NB) 2.5

mg/2.5 ml พ่นยา 1 NB ใน NSS up to 4 ml ทุก 6 ชั่วโมง ยาลดไข้พาราเซตามอลชนิดน้ำเชื่อม (Paracetamol Syr) 120 mg/5 ml รับประทานครั้งละ 6 ซีซี ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อปวดหรือมีไข้ ยาบรอมเฮกซินชนิดน้ำเชื่อม (Bromhexine Syr) 4 mg/ 5ml รับประทานครั้งละ 4 ซีซีวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ดูดเสมหะ (Suction) ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อเคาะปอด ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ บริหารแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วน ติดตามข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว และอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ของผู้ป่วย

ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ค่าเม็ดเลือดขาว (WBC 14.6 x10^3/mm) และค่าแอนไอออนแกป (Anion Gap 19.6 mEq/L) สูงกว่าปกติ ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ เซลล์อักเสบเป็นหย่อมๆ ในเนื้อเยื่อปอดขวาด้านล่างเป็นฝ้าขาว (Patchy infiltration Rt Lower Lobe) แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาเซฟไตรอะโซนชนิดฉีด (Ceftriaxone) 1 gm หยดเข้าทางเส้นเลือดดำทุกวัน ผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น ชีพจร 124 ครั้ง/นาที หายใจ 42 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 88 % แพทย์พิจารณาให้ยาพ่นซาลบูตามอล (Salbutamol NB) 2.5 mg/2.5 ml 1 NB+NSS up to 4 ml พ่นทุก 15 นาที x 2 ครั้ง และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง ยาไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortisone injection) 100 mg /vial 100 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก 20 ลิตร/นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในการหายใจเข้า 30% ความร้อน 34 องศาเซลเซียส (High Flow nasal canular: HFNC 20 FiO_2 0.3 T 34 c) รับประทานอาหารได้น้อย มีผื่นแดงขึ้นบริเวณติดพลาสเตอร์ แพทย์พิจารณาให้ไตรแอมซิโนโลนโลชั่น (Triamcinolone lotion) 0.1% ขวด 30 ml ทาบางๆ บริเวณที่เป็นผื่นวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น วันที่ 2-3 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพและระดับออกซิเจนปลายนิ้วมีแนวโน้มใกล้ระดับปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 38-44 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95-100% รับประทานอาหารได้ ไม่มีไข้ มีอาการหอบบ้างเล็กน้อยเป็นบางครั้ง ฟังปอดสองข้างมีเสียงเสมหะเล็กน้อย มีผื่นบริเวณติดพลาสเตอร์ แพทย์พิจารณาลดอัตราการให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูง งดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำแบบเฮพารินล็อก (Heparin lock)

ก่อนจำหน่าย วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ และระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในระดับปกติ อุณหภูมิ 36.6-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-158 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28-38 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95-99% ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบ ฟังเสียงปอดสองข้างชัดเจนดี ไม่มีเสียงผิดปกติ รับประทานอาหารได้ แพทย์พิจารณางดการให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก และอนุญาตให้กลับบ้านเวลา 15.00 น. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ที่คลินิกหอบหืดเด็กประสานคลินิกหอบหืดเด็กส่งต่อข้อมูลการนัดตรวจติดตาม ดูแลให้มารดารับยา และแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านตามหลัก D-MEDTHOD

การติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 98 % ผู้ป่วยสดชื่น ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่หอบ ฟังปอดไม่พบความผิดปกติ ได้รับยาพ่นกลับบ้าน คือ 1) ยาบูเดโซไนด์ชนิดพ่น (Budesonide MDI) 200 mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยาวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น

2) ยาซาลบูตามอลชนิดพ่น (Salbutamol MDI) 100mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยา เมื่อมีอาการหอบ ทบทวนวิธีการใช้ยาพ่นให้มารดา

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 1 ปี 5 เดือน เชื้อชาติ/สัญชาติ ไทย / ไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษา ยังไม่เรียน มารดา มีอาชีพรับจ้าง อยู่ต่างจังหวัด มีรายได้เดือนละ 10,000 บาท **แรกรับ** วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 19.00 น. มาถึงหอผู้ป่วยเด็กโดยยายอุ้มมา ให้ข้อมูลว่า 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบมากขึ้น เช็ดตัวลดไข้ และให้กินยาลดไข้เดิมที่มีอยู่ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบมากขึ้น จึงพามาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นหวัดบ่อยครั้ง ปี 2567 เคยเป็นโรคปอดอักเสบและมีภาวะชีดปฏิเสธประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัด/การแพ้ยา อาหาร สารเคมี/การเสพสารเสพติดทุกชนิด ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ มีพัฒนาการเหมาะสมกับวัย แต่ความสูงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างเตี้ย ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีพี่ชายอายุ 7 ปีเป็นโรคหอบหืด สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 34 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 98% น้ำหนัก 9.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 71 เซนติเมตร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แลดูเหนื่อยอ่อนเพลีย ตัวร้อน หายใจลำบาก ซี่โครงบุ๋มลงไปทุกครั้งที่หายใจ ฟังปอดสองข้างได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) และเสียงอื๊ด (Rhonchi) ไอมีเสมหะสีขาว น้ำมูกใส ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก การวินิจฉัยโรคแรกรับ (First Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DNSS 1000 ml อัตราการไหล 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ยาพ่นซาลบูตามอล (Salbutamol NB 2.5 mg/2.5 ml) 1 NB+NSS up to 4 ml พ่นทุก 15 นาที 3 ครั้ง หลังจากนั้นให้พ่นทุก 6 ชั่วโมง ยาลดไข้พาราเซตามอลชนิดน้ำเชื่อม (Paracetamol Syr) 120 mg/5 ml รับประทานครั้งละ 5 ซีซี ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อปวดหรือมีไข้ ยาบรอมเฮกซินชนิดน้ำเชื่อม (Bromhexine Syr) 4 mg/ 5ml รับประทานครั้งละ 2.5 ซีซีวันละ 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ให้ออกซิเจนแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที ดูดเสมหะ (Suction) ประสานนักกายภาพบำบัดเคาะปอดให้ผู้ป่วย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ CBC, Electrolyte Influenza A-B, Hemoculture, Chest-PA Upright ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ บริหารแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วน ติดตามข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว และอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ของผู้ป่วย

ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ พบ ค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb 11.6 g/dl) ต่ำกว่าปกติ ระดับความเข้มข้นเลือด (Hematocrit; Hct 36.4 vol%) ต่ำกว่าปกติ ค่าเม็ดเลือดขาว (WBC 28.1 x10^3/mm) สูงกว่าปกติ เกล็ดเลือด (Platelet count 556 x10^3/mm) สูงกว่าปกติ คาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2 16.8 mmol/L) ต่ำกว่าปกติ และค่าแอนไอออนแกป (Anion Gap 16.8 mmol/L) สูงกว่าปกติ ค่าครีเอตินินในซีรัม (Serum Creatinine 0.15 mg/dl) ต่ำกว่าปกติ ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ ภาวะอักเสบในเนื้อเยื่อระหว่างปอดสองข้าง (Infiltration Both lung) ผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะสีขาว มีน้ำมูกใส รับประทานอาหารได้น้อย ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้ง แพทย์ให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะอักเสบ-ติดเชื้อในร่างกาย ให้ยาเซฟไตรอะโซนชนิดฉีด (Ceftriaxone) 750 mg ในสารละลาย 5% DW 100 ml ทางเส้นเลือดดำทุกวัน ส่งตรวจเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture) ผลปกติ ให้ออกซิเจนเป็นแบบออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูง (High Flow nasal canular: HFNC) (27 กุมภาพันธ์ 2568) เพิ่มการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะ

อักเสบ-ติดเชื้อในร่างกาย โดยให้ยาพ่นบูเดโซไนด์ (Budesonide NB 0.5 mg/2 ml) พ่นยา 2 ml +NSS up to 4 ml พ่นทุก 12 ชั่วโมง ให้ยาพ่นเบอโรดูอัล (Berodual NB) 1.25+0.5 mg/4ml NB พ่น ½ NB +NSS up to 4 ml Stat 1 dose เพื่อให้หลอดลมหายใจเปิดกว้างขึ้น ช่วยลดการอักเสบและหดเกร็งในทางเดินหายใจ (28 กุมภาพันธ์ 2568) ให้ยาขี้ผึ้งซิงค์ออกไซด์ทารอบรูทวารหนักวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น (2 มีนาคม 2568) บริหารแผนการรักษาอื่นๆ ให้ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วน ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ ติดตามข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ วันที่ 27, 28 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ทั้งอุณหภูมิ ชีพจร และอัตราการหายใจ วันที่ 1 มีนาคม 2568 สัญญาณชีพมีแนวโน้มลดลงสู่ภาวะปกติ วันที่ 2 มีนาคม 2568 ระดับอุณหภูมิ และอัตราการหายใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนอัตราการเต้นของชีพจรยังไม่คงที่ วันที่ 3 และ 4 มีนาคม 2568 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับออกซิเจนปลายนิ้วปกติ ฟังเสียงปอดสองข้างไม่มีเสียงผิดปกติ (Lung clear) ไอลดลง ยังมีอาการถ่ายเหลว รอบรูทวารหนักแดงลดลง รับประทานอาหารได้ แพทย์งดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำแบบเฮพารินล็อก (Heparin lock) งดให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูง

ก่อนจำหน่าย วันที่ 4 มีนาคม 2568 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 122-144 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 96-100% ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ และระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบ ฟังเสียงปอดสองข้างชัดเจนดี ไม่มีเสียงผิดปกติ รับประทานอาหารได้ ไม่ถ่ายอุจจาระเหลว แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เวลา 14.00 น. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 11 มีนาคม 2568 ที่คลินิกหอบหืดเด็ก ประสานคลินิกหอบหืดเด็กส่งต่อข้อมูลการนัดตรวจติดตาม ดูแลยายในการรับยา แนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน ตามหลัก D-MEDTHOD

การติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 11 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 97 % ผู้ป่วยสดชื่น ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่หอบ ฟังปอดไม่พบความผิดปกติ ได้รับยาพ่นกลับบ้าน คือ 1) ยาบูเดโซไนด์ชนิดพ่น (Budesonide MDI) 200 mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยาวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น 2) ยาซาลบูตามอลชนิดพ่น (Salbutamol MDI) 100mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยา เวลามีอาการหอบ ทบทวนวิธีการใช้ยาพ่น นัดตรวจติดตามอาการครั้งต่อไปวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ที่คลินิกหอบหืดเด็ก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูล 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพ	การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัยค่อนข้างเตี้ย น้ำหนักมากกว่าปกติ ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน สัมผัสมลภาวะทางอากาศจากฝุ่นและการเผาขยะ เมื่อเจ็บป่วยดูแลเองตามอาการ ไม่ทราบความรุนแรงของโรค	การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัยค่อนข้างเตี้ย ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ภายในบ้านอยู่กันหลายคน แออัด สัมผัสมลภาวะทางอากาศจากฝุ่นและการเผาขยะ การดูแลเมื่อเจ็บป่วยไม่เหมาะสม คิดว่าดูแลที่บ้านได้
แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญ	- น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ และค่อนข้างเตี้ย รับประทานอาหารได้น้อย ชอบรับประทานอาหารทอด เช่น ไข่เจียว	- ค่อนข้างเตี้ย รับประทานอาหารได้น้อย - ถ่ายเหลวบ่อยครั้ง ลำไส้เคลื่อนไหว 6-8 ครั้ง - ไบคาร์บอเนต (CO_2) ต่ำกว่าปกติ (16.8 mmol/L) จากอาการท้องเสีย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูล 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- ช่องว่างแอนไอออน (Anion Gap) สูงกว่าปกติ (19.6) เป็นภาวะกรดเกินในเลือด (metabolic acidosis) จากการติดเชื้อในร่างกาย	- ช่องว่างแอนไอออน (Anion Gap) สูงกว่าปกติ (21.1) มีภาวะกรดเกินในเลือด จากการติดเชื้อในร่างกาย - มีภาวะซีด ฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ (Hb 11.6 g/dl, Hct 36.4 vol%)
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระปกติ ปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส ไม่แสบขัด	- ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้ง ผิวหนังรอบรูทวารหนักแดง จากการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง - ปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส ไม่แสบขัด
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	- ไข้ หายใจหอบ อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของชีพจรเร็ว ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วลดลงต่ำกว่าปกติ ฟังปอดสองข้างได้ยินเสียงอื๊ด (Rhonchi) และเสียงเสมหะ	- ไข้ อ่อนเพลีย อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของชีพจรเร็ว หายใจลำบาก ซี่โครงบุ๋มทุกครั้งที่หายใจ (Retraction) ฟังปอดสองข้างได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) และเสียงอื๊ด
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (ต่อ)	(Secretion) ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ เซลล์อักเสบเป็นหย่อมๆ ในเนื้อเยื่อปอดขวาด้านล่างเป็นฝ้าขาว (Patchy infiltration Rt Lower Lobe) - ผลตรวจ CBC พบเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ (WBC 14.6 x10^3/mm) - ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC)	(Rhonchi) ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ ภาวะอักเสบในเนื้อเยื่อระหว่างปอดสองข้าง (Infiltration Both lung) - ผลตรวจ CBC พบเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ (WBC 28.1x10^3 /mm) - ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC)
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและการพักผ่อน	- ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวันแรก นอนหลับๆ ตื่นๆ เนื่องจากหายใจหอบ ไอ มีน้ำมูก	- ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย นอนหลับได้ดี วันละ 10 -13 ชั่วโมง
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี การมองเห็น การได้ยิน และการได้กลิ่นปกติ บอกได้ว่าเข้ารับการรักษาในรพ. ตักอาหารได้เอง สีหน้าท่าทางไม่แสดงออกถึงความเจ็บปวด ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง/ชา	รู้สึกตัวดี การมองเห็น การได้ยิน และการได้กลิ่นปกติ ทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ ตอบชื่อวัตถุได้ถูกต้อง สีหน้าท่าทางไม่แสดงออกถึงความเจ็บปวด ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง/ชา
แบบแผนที่ 7 มโนทัศน์แห่งตน	มีพัฒนาการตามวัย เข้าใจภาษาพูดและการสื่อสารกับผู้อื่นได้เหมาะสมกับวัย ใช้ช้อนตักอาหารกินได้ ล้างมือเช็ดมือได้	มีพัฒนาการเหมาะสมกับวัย เข้าใจในภาษาพูดและการสื่อสารกับผู้อื่นได้เหมาะสมกับวัย
แบบแผนที่ 8 บทบาท& สัมพันธภาพ	ย่าดูแลในช่วงปกติ มารดาดูแลขณะรับการรักษาในรพ. สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี	ยายดูแลในช่วงปกติและขณะรับการรักษาในรพ. สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี
แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธุ์และการเจริญพันธุ์	ปฏิเสธความผิดปกติทางเพศ/อวัยวะเพศ	ปฏิเสธความผิดปกติทางเพศ/อวัยวะเพศ
แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียด	- ผู้ป่วยกลัวเมื่อแยกจากมารดา ร้องไห้งอแง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - บิดา-มารดา วิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะเป็นอันตรายถึงชีวิต	- ผู้ป่วยกลัวเมื่อแยกจากยาย ร้องไห้งอแง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - ยายมีความวิตกกังวล กลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอันตรายถึงชีวิต
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เชื่อและต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เจ็บป่วยครั้งนี้ มารดาสวดมนต์ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และพระพุทธรูปในรพ. ให้คุ้มครองผู้ป่วย	ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เชื่อและต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เจ็บป่วยครั้งนี้ ยายสวดมนต์ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และพระพุทธรูปในรพ.ให้คุ้มครองผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีความไม่	ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมี	1. ตรวจดูสีผิว เยื่อบุตา ปาก เล็บ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอด เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
สมดุลของการระบายอากาศในถุงลมปอดและกระบวนการอักเสบ	ความไม่สมดุลของการระบายอากาศในถุงลมปอด และกระบวนการอักเสบ	2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) ตามแผนการรักษา 3. ฟังปอด จัดท่าระบายเสมหะให้อยู่ในท่าศีรษะต่ำประมาณ 30 องศา ตะแคงซ้าย ประสานนักกายภาพบำบัดเคาะปอดทุกวัน 4. ดูดเสมหะด้วยแรงดัน 50-90 มม.ปรอท ระยะเวลาการดูดแต่ละครั้งไม่เกิน 10 วินาที เพื่อลดเสมหะและภาวะแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะ หลังจากการดูดเสมหะจัดให้ผู้ป่วยนอนท่านอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น 5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา 6. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย สับสน ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และหายใจลำบาก เหนื่อยหอบมากขึ้น 7. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะที่มีก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์สูงเกินไป (hypercapnia) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง มีอาการปวดศีรษะ มึนงง นอนหลับมาก 8. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง
มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ	มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ	1. จัดแยกผู้ป่วยจากโรคติดเชื้อระบบหายใจอื่นๆ เพื่อป้องกันการรับเชื้อโรคเพิ่มขึ้น และลดการแพร่เชื้อไปสู่เด็กคนอื่น 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก universal precaution technique และ aseptic technique 3. สอนการล้างมือแก่บิดา-มารดา ก่อนหลังการดูแลบุตร หรือเมื่อสัมผัสสิ่งสกปรกปนเปื้อนต่างๆ เพื่อลดการติดเชื้อและปลูกฝังอุปนิสัยการป้องกันโรคคิดเชื้อ 4. ดูแลการทำความสะอาดช่องปาก และการดูแลฟันให้สะอาด กรณีมีฟันผุ ปรึกษาแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อโรคเข้าสู่รากฟันไปสู่หัวใจ 5. สอนและสาธิตมารดา วิธีการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำก๊อกธรรมดา เน้นตามบริเวณข้อพับ แขน ขา ซอกคอ รักแร้ เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้สุขสบายขึ้น 6. ให้ยาลดไข้และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้	มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะ สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของอาการท้องเสีย จำนวนครั้ง
ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้	มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร (ต่อ)	การเคลื่อนไหวของลำไส้ รายงานแพทย์ถ้าอาการไม่ทุเลาลง 4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยมาก อาหารรสจัด อาหารที่มีรสเปรี้ยว 5. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องเสียให้ยายเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม 6. แนะนำยายให้ล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนและหลังการป้อนอาหารทุกครั้ง และหลังทำความสะอาดร่างกาย 7. ดูแลการทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุกครั้งด้วยน้ำและสบู่ ซับให้แห้ง ทายาขี้ผึ้งซิงค์ออกไซด์ (Zinc paste 7.5g/100g) รอบรูทวารวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น ตามแผนการรักษา
ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้	มีภาวะโลหิตจาง	1. เฝ้าระวังและประเมินอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น หรืออาการอื่นๆ 2. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin) และเกล็ดเลือด (Platelet count) 3. ดูแลระมัดระวังอุบัติเหตุจากอาการหน้ามืดหรือวิงเวียน 4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. ให้คำแนะนำยาย 5.1 ดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบ 5.2 ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ถั่ว ตับ ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูง เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ 5.3 การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ เช่น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	**ผู้ป่วยรายที่ 2**	
		อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น 5.4 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
ไม่สุขสบายจากอุณหภูมิกายสูงเนื่องจากการเผาผลาญของร่างกายมากขึ้นจากการติดเชื้อในร่างกาย	ไม่สุขสบายจากอุณหภูมิกายสูงเนื่องจากการเผาผลาญของร่างกายมากขึ้นจากการติดเชื้อในร่างกาย	1. ประเมินอาการไข้และวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำ กระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อยๆ 5. ดูแลความสะอาดของช่องปากและร่างกายของผู้ป่วย 6. ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับและความสุขสบายทั่วไป 7. ประเมินอาการและติดตามค่าอุณหภูมิภายหลังการเช็ดตัวลดไข้ หรือการให้ยาลดไข้
ไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการหายใจหอบ และ ไอมีเสมหะ	ไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการหายใจหอบและไอมีเสมหะ	1. ติดตามอัตราการหายใจ ความถี่ของการไอ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม 2. ดูแลให้จิบน้ำอุ่น เพื่อให้คอชุ่มชื่น เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่าย 3. จัดท่านอนศีรษะสูง (Semi fowler's position) เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น 4. ดูแลให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูกตามแผนการรักษา 5. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลม ประสานนักกายภาพบำบัดเคาะปอดให้ผู้ป่วยทุกวัน 6. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการไอ และยาพ่นคลายกล้ามเนื้อเรียบในระบบทางเดินหายใจ ตามแผนการรักษา
ไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่เครื่องให้ออกซิเจนแบบแคนนูลาอัตราการไหลสูงทางจมูก	ไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่เครื่องให้ออกซิเจนแบบแคนนูลาอัตราการไหลสูงทางจมูก	1. อธิบายให้ผู้ป่วย มารดา ยายทราบถึงความจำเป็นและความสำคัญที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูง และการปฏิบัติตัวขณะใช้เครื่องให้ออกซิเจน 2. เลือกขนาดของสายแคนนูลาทางจมูก (nasal cannula) ที่เหมาะสมกับขนาดรูจมูกของผู้ป่วย 3. ดูแลสายรัดของสายแคนนูลาทางจมูก (nasal cannula) ไม่ให้หลวมหรือแน่นเกินไป ทดสอบโดยสามารถสอดนิ้วชี้และนิ้วนางได้ 4. ดูแลขยับสายรัดเป็นระยะทุก 1-2 ชัวโมง เพื่อให้ไม่เกิดการกดทับตลอดเวลาในตำแหน่งเดิม 5. ดูแลจัดสาย heated inspiratory circuit ไม่ให้ตึงรั้ง โดยคล้องสายคล้องคอและหนีบสาย heated inspiratory circuit กับเสื้อผู้ป่วยหรือบริเวณผ้าปูที่นอนหรือปลอกหมอน 6. ดูแลความสะอาดของช่องปากทุก 8 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน หรือเพิ่มการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อเพื่อความสุขสบาย ลดอาการคอแห้งและกลิ่นปาก 7. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูก ไม่หายใจทางปากเพื่อลดอาการท้องอืด และเครื่องให้ออกซิเจนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากรับประทานได้น้อย หายใจหอบ เหนื่อย ไอมีเสมหะ	เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากรับประทานได้น้อย หายใจหอบ และถ่ายอุจจาระบ่อย	1. ประเมินภาวะขาดสารอาหารและประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ เส้นผมแห้งแตก กล้ามเนื้อลีบ เยื่อบุผิวซีด น้ำหนักลดลงจากเดิม 2. ประเมินการรับประทานอาหาร การทำงานของระบบย่อยอาหาร ได้แก่ การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) สังเกตอาการท้องอืดโตตึง 3. ประเมินภาวะขาดสารน้ำ ได้แก่ ผิวหนังแห้ง ขอบตาลึก ความตึงตัวของผิวหนังลดลง สับสน ปวดศีรษะ กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเร็ว ชีพจรเร็วไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และชัก เป็นต้น 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากรับประทานได้น้อย	เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากรับประทานได้น้อย	5. ดูแลและสอนมารดา ยายทำความสะอาดภายในช่องปากผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน หรือหลังอาหารทุกมื้อเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ (NSS) หรือน้ำยาทำความสะอาดช่องปาก (special mouth wash) หรือ 0.12% chlorhexidine mouth wash เช็ดภายในช่องปาก 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อประเมินภาวะไม่สมดุลอิเล็กโตรไลท์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	**ผู้ป่วยรายที่ 2**	
หายใจหอบ เหนื่อย ไอมีเสมหะ (ต่อ)	หายใจหอบ และถ่ายอุจจาระบ่อย (ต่อ)	7. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย (intake/output) 8. ดูแลเจาะเลือดผู้ป่วยส่งตรวจค่าอิเล็กโตรไลท์ ติดตามผลการตรวจ
วิตกกังวลต่อการแยกจากมารดา เนื่องจากไม่คุ้นเคยต่อสถานที่และบุคคล	วิตกกังวลต่อการแยกจากยาย เนื่องจากไม่คุ้นเคยต่อสถานที่และบุคคล	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บิดา มารดา ยายมากขึ้น เรียกชื่อเล่นของผู้ป่วย หมั่นเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้ง เพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้มารดา ยาย เฝ้าดูแลบุตร/หลานในโรงพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการแยกจากบิดา มารดา หรือยาย 3. ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เช่น อนุญาตให้นำของเล่น ของใช้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ในโรงพยาบาล 4. จัดหาของเล่นที่เหมาะสมกับวัย เพศ และความชอบ 5. พัฒนาความสามารถตามลำดับขั้น จัดชั่วโมงการเล่นหรือดูโทรทัศน์ในช่วงที่เหมาะสมกับนาฬิกาชีวิต เพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัย
บิดา มารดาวิตกกังวลต่ออาการเจ็บป่วยของบุตร และการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก	ยายวิตกกังวลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก	1. ประเมินความวิตกกังวล โดยสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง หรือจากการซักถามของบิดา มารดา ยาย 2. เปิดโอกาสให้บิดา มารดา ยาย ซักถามเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3. อธิบายให้บิดา มารดา ยาย ทราบเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล 4. ให้ความมั่นใจแก่บิดา มารดา ยาย ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทีหากเกิดปัญหา 5. ประสานงานให้บิดา มารดา ยาย ได้พูดคุยกับทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา ซักถามเกี่ยวกับโรค สภาพความเจ็บป่วย แนวทางการรักษา
บิดา มารดาขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากยังไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ	ยายขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากยังไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ	1. สร้างความไว้วางใจโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและบิดา มารดา ยายอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล 2. ให้ความรู้แก่ บิดา มารดา ยาย ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามหลัก D-MEDTHOD 3. แนะนำให้นำผู้ป่วยฉีดวัคซีนตามแผนการป้องกันปอดอักเสบ 4. กรณีบิดา มารดา ยาย เป็นหวัด เจ็บคอ หรือไอ ให้หมั่นล้างมือ ตรวจรักษากับแพทย์ งดเยี่ยมผู้ป่วย หรือใส่ผ้าปิดปากและจมูกตลอดเวลา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ ผู้ป่วย 2 ราย มีสัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิกายสูง การเต้นของชีพจรเร็ว หายใจหอบ ผิวหนังตามร่างกายอุ่นร้อนจากการมีไข้ ไอมีเสมหะ เสียงปอดผิดปกติ ผู้ป่วยเหนื่อย อ่อนเพลีย สอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกของโรคปอดบวม ได้แก่ มีไข้ หายใจเร็วกว่าปกติ ซึ่งอายุ 1 – 5 ปี จะหายใจเร็ว ≥ 40 ครั้ง/นาที มีอาการหายใจลำบาก หายใจอกบุ๋ม ฟังเสียงปอด มักได้ยินเสียง fine หรือ medium crepitation อาจได้ยินเสียง wheeze ร่วมด้วย หรือได้ยินเสียง bronchial breath sound[1] ผู้ป่วย 2 รายค่อนข้างเตี้ย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะน้ำหนักเกินปกติ เป็นผลจากการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนและไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ (ตารางที่ 2, 3) ซึ่งปัจจัยด้านทุพโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคปอดอักเสบ[1]

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ผู้ป่วย 2 ราย พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) และแอนไอออนแกป (Anion Gap) สูงกว่าปกติ ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) ผิดปกติ (ตารางที่ 2) ซึ่งจำนวนเม็ดเลือดขาวที่มากกว่า 15 x10^3/mm ร่วมกับจำนวน polymorphonuclear สูง จะช่วยบ่งชี้ว่าสาเหตุของปอดบวมน่าจะเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย[1] ผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าฮีโมโกลบิน และค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ มีประวัติซีด (ตารางที่ 1 และ 2) มีเกร็ดเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency)[9] มี

คาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) ต่ำกว่าปกติ พบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียเรื้อรัง[10] มีประวัติเป็นหวัดบ่อยครั้ง เป็นปอดอักเสบก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ และมีภาวะซีด จึงได้รับการตรวจครีเอตินินในซีรัม (Serum Creatinine) พบว่าต่ำกว่าปกติ แสดงถึงการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนต่ำเกินไป ร่างกายมีมวลกล้ามเนื้อทั่วร่างกายน้อยกว่าปกติอยู่ก่อน[11,12] สอดคล้องกับประวัติการเจริญเติบโตและประวัติการรับประทานอาหารของผู้ป่วย (ตารางที่ 1 และ 2) ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการตรวจไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ เอ และ บี (Influenza A และ B) ตรวจเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture) เนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยมีการติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย จึงส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยแยกโรค[13] ส่วนผู้ป่วยรายที่ 1 ผลเอ็กซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) ชัดเจนเป็นปอดบวมจากการติดเชื้อ Bacteria ให้ยาฆ่าเชื้อตอบสนองต่อยาดี ไข้ลดลง จึงไม่ได้รับการตรวจไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ เอ และ บี (Influenza A และ B) และการตรวจเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture)

การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว และอาการอื่นๆ ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล **<u>สัญญาณชีพ</u>** เมื่อแรกรับ วันแรกและวันที่สองของการรักษา พบผู้ป่วย 2 ราย มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ทั้งอุณหภูมิ ชีพจร และอัตราการหายใจ วันที่สามและวันที่สี่ของการรักษา สัญญาณชีพมีแนวโน้มลดลงสู่ภาวะปกติ วันที่ห้า วันที่หก (ผู้ป่วยรายที่ 1) ของการรักษา และก่อนจำหน่าย ระดับอุณหภูมิ และอัตราการหายใจ เข้าสู่ภาวะปกติ ส่วนอัตราการเต้นของชีพจรยังไม่คงที่ค่อนข้างเร็ว ในระยะการติดตามหลังจำหน่าย สัญญาณชีพของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในเกณฑ์ปกติ **<u>ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว</u>** พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ในวันแรกของการรักษา คือ วันที่ 29 มกราคม 2568 เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น ชีพจร 124 ครั้ง/นาที หายใจ 42 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 88 % แพทย์ให้การรักษาโดยให้พ่นยา Salbutamol NB 2.5 mg/2.5 ml 1 NB+NSS up to 4 ml พ่นทุก 15 นาที x 2 ครั้ง และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง และให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ปกติตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคปอดบวมของผู้ป่วย 2 ราย ตามแนวทางการประเมินความรุนแรงของโรคปอดบวม[1] พบว่า เมื่อแรกรับ และวันแรกของการรักษาผู้ป่วย 2 รายมีความรุนแรงของโรคปอดบวมอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก เนื่องจากมีอาการและอาการแสดงที่เข้าเกณฑ์ คือ มีไข้ ≥ 38.5 องศาเซลเซียส หายใจ> 50 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO_2) < 92% จมูกบาน เหนื่อยมาก ไม่กินอาหาร/กินอาหารได้น้อยลง ชีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) **อาการอื่นๆ** พบผู้ป่วยรายที่ 2 ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง จากการติดเชื้อในลำไส้ ซึ่งสาเหตุที่พบในเด็กเล็ก คือ การเป็นไข้หวัด มีน้ำมูก ไอมีเสมหะแต่เด็กคายเสมหะออกไม่ได้ จึงกลืนลงไป ทำให้เกิดลำไส้ติดเชื้อ หรือลำไส้อักเสบได้[14]

ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ต้องทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดกระบวนการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลเพื่อวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป[5] การประเมินผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาประเมินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกายตามระบบ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ การติดตามแผนการรักษา การประเมินและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเวชระเบียน รวมทั้งนำความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดโรค อาการและความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ[1] การ

เจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย[8] บูรณาการในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล[5,6,7]

การวินิจฉัยการพยาบาล ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ศึกษานำมาวิเคราะห์ และวินิจฉัยการพยาบาล เรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหา ตามรูปแบบของ NANDA ซึ่งมีส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ปัญหา หรือสิ่งที่คาดว่าจะมีปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ[5] ผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 9 ข้อ และ 11 ข้อ ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 จำนวน 2 ข้อ เนื่องจากมีภาวะซีดและมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งในการวินิจฉัยการพยาบาลพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการจัดกลุ่มข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การระบุความต้องการของผู้ป่วย และการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ต้องใช้ความคิด วิเคราะห์ตัดสินใจกำหนดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ปัญหา และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแล รักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562 พิมพ์ครั้งที่ 1; 2562.
2. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดทำผลงานวิชาการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ในสาขาพยาบาลศาสตร สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ/ชำนาญการพิเศษสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. นนทบุรี : 2568.
3. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน งานสารสนเทศ. สถิติข้อมูลผู้ป่วยเด็ก. ขอนแก่น: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน; 2567.
4. วิจิตรา กุสุมภ์. บทนำเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล. ใน: วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร, บรรณาธิการ. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLANS 2nd Edition. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท พี.เค.เค พริ้นติ้ง จำกัด; 2564.
5. วิจิตรา กุสุมภ์. การประเมินภาวะสุขภาพ และการวินิจฉัยการพยาบาล. ใน: วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร, บรรณาธิการ. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLANS 2nd Edition. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท พี.เค.เค พริ้นติ้ง จำกัด; 2564.
6. วิจิตรา กุสุมภ์. การวางแผนการพยาบาล เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาล. ใน: วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร,บรรณาธิการ. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLANS 2nd Edition. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท พี.เค.เค พริ้นติ้ง จำกัด; 2564.
7. วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์ และกิจกรรมการพยาบาล. ใน: วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร, บรรณาธิการ. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: NURSING DIAGNOSIS AND NURSING CARE PLANS 2nd Edition. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:บริษัท พี.เค.เค พริ้นติ้ง จำกัด; 2564.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2568.
9. วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. การแปลผลความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC). บทความเผยแพร่โดยมูลนิธิสัมมาอาชีวะ (อินเตอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 20 เมษายน 2560. (สืบค้นเมื่อ 3 ก.ย. 68); เข้าถึงจาก: https://www.summacheeva.org/article/cbc
10. เมดไทย. การตรวจเกลือแร่ในเลือด (Electrolytes : Na+, K+, Cl-, CO2/HCO3-). (อินเตอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 12 พฤศจิกายน 2020 (เวลา 14.27 น.) (สืบค้นเมื่อ 3 ก.ย. 68) เข้าถึงจาก ข้อมูลอ้างอิง (Source) https://medthai.com/%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3%e0%b8%95%e0%b8%a3%

e0%b8%a7%e0%b8%88%e0%b9%80%e0%b8%81%e0%b8%a5%e0%b8%b7%e0%b8%ad%e0%b9%81%e0%b8%a3%e0%b9%88%e0%b9%83%e0%b8%99%e0%b9%80%e0%b8%a5%e0%b8%b7%e0%b8%ad%e0%b8%94/ | Medthai)

11.เมดไทย. การตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Creatinine clearance, eGFR). (อินเตอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 4 กุมภาพันธ์ 2020 (เวลา 15:36 น.) (สืบค้นเมื่อ 3 ก.ย. 68) เข้าถึงจาก ข้อมูลอ้างอิง (Source) https://medthai.com/%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3%e0%b8%95%e0%b8%a3%e0%b8%a7%e0%b8%88%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3%e0%b8%97%e0%b8%b3%e0%b8%87%e0%b8%b2%e0%b8%99%e0%b8%82%e0%b8%ad%e0%b8%87%e0%b9%84%e0%b8%95/ | Medthai

12.ราวิน ชาร์มา. การทดสอบครีเอตินินในซีรั่มช่วงปกติตามอายุ: ค่าสมบูรณ์. (อินเตอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 9 พฤษภาคม 2567. (สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ต.ค. 2568); เข้าถึงจาก https://www.ganeshdiagnostic.com/blog/serum-creatinine-test-normal-range-by-age

13.กรมควบคุมโรค. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza, Flu) 2562. สื่อเผยแพร่ด้านสุขภาพ. (สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ต.ค. 68); เข้าถึงจาก https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13)

14.Amarin Baby & Kids. ติดเชื้อในลำไส้ เพราะคายเสมหะไม่เป็น. (อินเตอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 14 ธันวาคม 2559. (สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 68); เข้าถึงจาก https://www.amarinbabyandkids.com/babies-infant/baby/enterocolitis/)

15.อาจรีย์ ยงทิพย์วรากุล. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและมีภาวะการหายใจลำบาก: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร 2566;43(พิเศษ):100-111.

16.มณีรัตน์ ภาคธูป และขวัญใจ ตีอินทอง. ความวิตกกังวลจากการแยกจากของเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Separation Anxiety in Young Children Admitted to the Hospital. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลย 2560; 2:40-48.

17.ณัชนันท์ ชีวานนท. บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียน The Role of Nurses in Reducing Separation Anxiety in Pre-school Children. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2559; 2:123-132.

18.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด. 2561.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

The effect of using clinical practice guidelines for pain management in adult pt. with critically ill patients in Medical Intensive Care Unit (MICU) of Sakon Nakhon Hospital

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

เทวารัตน์ แพงคำดี[1] ภานุเดช โต๊ะชาลี[1] อิศรา ศรีทอง[2]
Tewarat Pangkumdee[1] Panudech Tochalee[2] Isara Srithong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร 2) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมีนาคม 2568 – เดือนกรกฎาคม 2568 จำนวน 142 คน และกลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวด แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และแบบประเมิน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนครที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกรรม 2) ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด น้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด 3) ผลคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลีนิค: การจัดการความปวด: ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่: หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

Abstract

This research aimed to 1) study the effective of using clinical practice guidelines for pain management in adult pt. with critically ill patients in the Medical Intensive Care Unit (MICU) of Sakon Nakhon Hospital; 2) study the satisfaction of patients and their families with the use of clinical practice guidelines for pain management in adult pt. with critically ill patients in the medical intensive care unit (MICU) of Sakon Nakhon Hospital; and 3) study the satisfaction of nurses with the use of clinical practice guidelines for pain management in adult pt. with critically ill patients in the medical intensive care unit (MICU) of Sakon Nakhon Hospital. The sample consisted of all critically ill adult patients admitted to the Medical Intensive Care Unit

[1] พย.บ.หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร
[2] พย.ม.หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

(MICU) of Sakon Nakhon Hospital between March 2025 – July 2025, totaling 142 patients. The user group consisted of 14 professional nurses who used the practice guidelines. The research instruments included clinical practice guidelines for pain management in adult pt. with critically ill patients in the medical intensive care unit (MICU) of Sakon Nakhon Hospital, a patient general information record form, a pain management outcome assessment form, a patient/family satisfaction assessment form regarding the use of clinical practice guidelines, and a nurse satisfaction assessment form regarding the use of clinical practice guidelines.

The research findings revealed that: 1) The majority of medical intensive care patients (MICU) at Sakon Nakhon Hospital, who utilize clinical practice guidelines for pain management, are male, over 60 years of age, Buddhist, have a primary school education, and are engaged in agriculture. 2) There was a statistically significant difference ($p < .05$) in the effectiveness of the clinical guidelines for pain management before and after implementation, with the mean pain score after implementation being lower than before implementation. 3) Overall satisfaction scores of patients/relatives with the use of the clinical guidelines for pain management in critically ill adult medical intensive care unit (MICU) patients at Sakon Nakhon Hospital were high, and overall satisfaction scores of nurses with the use of the clinical guidelines for pain management in critically ill adult medical intensive care unit (MICU) patients at Sakon Nakhon Hospital were very high.

Keywords: Clinical practice; Pain management; Critically ill adult patients; Medical Intensive Care Unit

บทนำ

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นประสบการณ์การรับรู้หรือความรู้สึกส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งสัมพันธ์กับโรค การบาดเจ็บ การผ่าตัด การได้รับหัตถการหรือการรักษาพยาบาลที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต[1] โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่น้อยกว่า 5 ล้านคน ในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 80 มีประสบการณ์ความปวด[2] ซึ่งมีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก นอกจากนั้นความปวดในผู้ป่วยวิกฤตยังถูกกระตุ้นด้วยบรรยากาศภายในหอผู้ป่วย เสียงเตือนของอุปกรณ์การแพทย์ที่รบกวนการพักผ่อนนอนหลับ การพบเห็นการเสียชีวิตของผู้ป่วยเตียงข้างเคียง จนทำให้เกิดความอ่อนล้า ความกลัว และความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น[3] ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นแม้ขณะที่ผู้ป่วยนอนนิ่งบนเตียง[4] เพราะความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติก (Sympatheticnervous system) ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก และขนาดรูม่านตาเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้แผลหายช้า มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น[5] ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและมีประสบการณ์ที่เลวร้ายขณะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการศึกษาถึงประสบการณ์ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังการออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่ามี ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่ยังจำประสบการณ์ความปวดได้[6] ผู้ป่วยวิกฤตจึงได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ความปวดในระบบทางเดินหายใจจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าหายใจแรง ๆ หรือไอได้เต็มที่ จึงมีเสมหะคั่งค้าง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบต้องใช้ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจยาวนานขึ้น[4] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลด้านจิตใจความปวดเป็นสาเหตุความทุกข์ทรมาน ก่อให้เกิดการเร้าอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ กลัว วิตกกังวล ไม่มีสมาธิจดจำ ข้อมูลไม่ได้โกรธ หงุดหงิด นอนไม่หลับ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึมเศร้า และหมดหวัง รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นหรือคุณค่าในตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต พัฒนาไปเป็นความปวดเรื้อรัง และมีภาวะเครียดผิดปกติ

ภายหลังภยันตราย (Post- Traumatic Stress Disorder: PTSD) เมื่อออกจากโรงพยาบาล[7] การจัดการความปวดที่เหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบดังกล่าว

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลเนื่องจากการประเมิน ความปวด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดในผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยากจากอุปสรรคด้านการสื่อสารการให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิต การเลือกเครื่องมือในการประเมินความปวดที่เหมาะสมจะช่วยในการประเมินความปวดผู้ป่วยวิกฤตมีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือ ได้แก่ เครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และมาตรวัดพฤติกรรมความปวด โดยการประเมินความปวดจะต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นประจำอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง[8] แต่การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยลดลง จึงเป็นอุปสรรคในการประเมินความปวดผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ด้วยตัวเอง (self-report) ว่ามีความปวดเกิดขึ้น

จากรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ที่เข้ารับการบริการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 198 คน พบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสกลนคร นั้นคือ ด้านหัตถการที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU และด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU เป็นหลัก และมีปัจจัยร่วมที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร อีก 2 ประการ คือ โรคร่วม และระดับความรุนแรงในครั้งแรกที่รับเข้ารักษาใน MICU[9] แต่หน่วยงานไม่มีเครื่องมือประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีเพียงการใช้เครื่องมือการประเมินความปวดที่ให้ผู้ป่วยชี้บอกรายงานความปวดด้วยตนเอง และไม่มีเครื่องมือในการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วย ทำให้ไม่ทราบระดับความปวดที่แท้จริงส่งผลต่อการได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมกับระดับความปวด มีการประเมินซ้ำภายหลังได้รับการบรรเทาความปวดและมีการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการจัดการความปวด ส่งผลให้ผลการบรรเทาความปวดลดลงในระดับน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ดังนั้น ปัญหาความปวดในผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่ต้องรับการพัฒนาคุณภาพเพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยตามมาตรฐานการจัดการความปวดขององค์การตรวจสอบคุณภาพการดูแลสุขภาพ เพื่อให้การศึกษาเรื่องความปวดมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยได้มีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติสำหรับการจัดการความปวดตามความเหมาะสมทั้งที่เป็นการจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งอาจส่งผลให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตได้ มีความสะดวกในการปฏิบัติ ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และผู้ใช้มีความพึงพอใจ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (**Quasi experimental research**) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (**MICU**) โรงพยาบาลสกลนคร ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมีนาคม 2568 – เดือนกรกฎาคม 2568 กำหนดขนาดตัวอย่างแบบประมาณสัดส่วน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าโครงการ (**Inclusion criteria**) คือ 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดทุกชนิดก่อนที่จะเข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3) มีความยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 142 คน และกลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 – เดือนกรกฎาคม 2568 จำนวน 14 คน ระยะในเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เดือนมีนาคม 2568 – เดือนกรกฎาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ที่พัฒนาจากคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการจัดการความปวดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (SKN-WI-MICU-16) โดยคณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และพัฒนาจาก สุภาภรณ์ บุณโยทยาน และคณะ[10] ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบสำรวจการประเมินความปวดและการจัดการความปวด 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิสัญญีแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหา ส่วนแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 แนวทางปฏิบัติแบบสำรวจการประเมินความปวดและการจัดการความปวด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาในภาพรวม (Overall S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.8 จากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ห้องผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ (RICU) เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ การทดสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นในการสังเกต โดยใช้แบบสังเกตความปวดของผู้ป่วยวิกฤตกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในหอผู้ป่วย (inter rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนวิจัยด้วยตัวเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเสนอการรับรองจริยธรรมการวิจัย

1.2 ภายหลังได้รับอนุมัติ ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม มีการทดลองใช้เครื่องมือจริงจนเข้าใจอย่างถ่องแท้

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (**MICU**) โรงพยาบาลสกลนคร ที่รับผิดชอบการเก็บข้อมูลจะต้องไม่ใช่เจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยเคสนั้น ๆ โดยนำแบบประเมินลงมือเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จนครบตามจำนวน กรณีผู้ป่วยรับใหม่/รับย้าย จะต้องได้รับการประเมินระดับความปวดทุกราย โดยพยาบาลเจ้าของไข้ บันทึกในแบบประเมินแรกรับ และใบบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1) ระดับความปวด ระดับความปวดเล็กน้อย (**Mild pain**) ความปวดน้อยกว่า 4 จัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ระดับความปวดปานกลาง (**Moderate pain**) ความปวด 4-6 จัดการความปวดแบบใช้ยา อาจเป็นยารับประทานหรือยาฉีดตามข้อจำกัดของผู้ป่วย ระดับความปวดมาก (**Severe pain**) ความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ขึ้นไป จัดการความปวดแบบใช้ยาฉีด

2) การซักประวัติอาการปวด ได้แก่ ตำแหน่งที่ปวดและระดับความปวด ลักษณะอาการปวด เช่น ปวดแสบปวดร้อน ปวดตื้อ ๆ ปวดร้าว ความถี่ของอาการปวด เช่น ปวดไม่สม่ำเสมอ ปวดตลอดเวลา ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือน้อยลง ผลกระทบของอาการปวด เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ทำงานไม่ได้ เป็นต้น

3) ระยะเวลาในการประเมินระดับความปวด แรกรับเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความปวด ให้ทำการประเมินอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีความปวดให้ทำการประเมินอย่างสม่ำเสมอ ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินทุกครั้งก่อนและหลังการจัดการความปวดกรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยประเมินทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง, ประเมิน ทุก 2 ชั่วโมง 4 ครั้ง, ประเมิน ทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง,หลังจากนั้น ทุก 8 ชั่วโมง จนผู้ป่วยจำหน่ายหรือย้ายออก

4) ประเมินซ้ำหลังจัดการความปวด โดยประเมินทุก 30 – 60 นาทีหลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีด ทางกล้ามเนื้อ, ประเมินทุก 1 - 2 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดกิน, ประเมินทุก 30 – 60 นาที หลังได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด

5) ปฏิบัติการจัดการความปวด การจัดการความปวด มี 2 วิธี คือ การจัดการความปวดโดยการใช้ยา และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา อาจใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวดหรือประยุกต์ใช้บรรเทาความปวดเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของยาบรรเทาปวดและลดการใช้ยาบรรเทาปวด ได้แก่

(1) การลดความวิตกกังวลโดยให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

(2) การใช้เทคนิคผ่อนคลายเช่นการทำสมาธิฟังธรรมะการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง ดูยูทูป หรือฟังธรรมะ

(3) การจัดท่าผู้ป่วยหรือจัดท่าทาง ขณะนอนหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อ ที่มากเกินไป

(4) การนวดช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดขยายตัวทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น

(5) การสัมผัสการสัมผัสด้วยความตั้งใจและสนใจเป็นการสื่อถึงการสร้างความมั่นใจ ความอบอุ่นใจต่อผู้ที่ได้รับการสัมผัสช่วยลดความวิตกกังวล

(6) การประคบเย็นการประคบอุ่น ลงบนผิวหนังที่มีอาการปวดหรือรอบ ๆ บริเวณที่ปวด

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ยาที่ใช้ในการจัดการความปวด มี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

(1) ยาชาเฉพาะที่ (**local anesthetic drug**) โดยการฉีดที่แผลผ่าตัด **Peripheral Nerve Block, Nerve Plexus Block** และ **Epidural analgesia**

(2) ยาแก้ปวด (**Analgesic drugs**) สามารถบริหารได้หลายวิธีเช่นการให้รับประทาน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หยดต่อเนื่องเข้าทางหลอดเลือดดำ และ **epidural Spinal injection** หรือ **infusion** แบ่งดังนี้

1. **Non opioid analgesic drug** ประกอบด้วย **Acetaminophen** และ **Non Steroid Anti-inflammatory drugs (NSAIDS)** การบริหารยากลุ่ม **NSAIDS** เช่น **Diclophenac, Piroxicam, Tenoxicam, Parecoxib**

2. **Opioid analgesic drug** แบ่งเป็นยากลุ่ม **Weak opioids** เช่น **Codeine, Tramadol** และ **Strong opioid** เช่น **Mophine, Pethidine, Fentanyl**

3. **Adjuvant analgesic drugs** ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นๆได้แก่ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ **Antipsychotic Anticonvulsant Antidepressant** ซึ่งยากลุ่มนี้ไม่ได้มีคุณสมบัติแก้ปวดโดยตรงแต่เมื่อนำมาใช้ร่วมกับยาแก้ปวดแล้วทำให้สามารถแก้ปวดได้ดี ลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลง และทำให้ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดน้อยลง

6) การบันทึก บันทึกระดับความปวด และการจัดการความปวดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้ (1) ผู้ป่วยทุกราย ประเมินอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะอาการปวด ผลกระทบของความปวด และวิธีการบรรเทาปวด และลงบันทึกในแบบประเมินแรกรับผู้ป่วย (2) บันทึกระดับความปวดเมื่อมีการประเมินและจัดการความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล (3) ประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด และให้บันทึกระดับความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3. ขั้นประเมินผล

1) สิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยรวบรวมคะแนนระดับความปวดก่อนและหลังการบรรเทาความปวดที่บันทึกไว้ครบถ้วน

2) ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติที่มีต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

3) ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป จากแบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร และข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลรวบรวมผลลัพธ์การจัดการความปวดผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาตามลักษณะข้อมูล ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. ในกลุ่มผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้สถิติ Pair t-test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร โดยนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ SKNH REC No.039/2567 ลงวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2567 ได้รับการรับรองจริยธรรม เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ **1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนครที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.30 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.50 สถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 67.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.40 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.60 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 51.20

ส่วนที่ 2 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้สถิติทดสอบที (**Paired ttest)** ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวด

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด value	$\overline{X}$	**S.D.**	**t**	**p-**
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	3.14	1.24	4.643*	.002
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	1.85	1.41		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การจัดการความปวด เท่ากับ 3.14±1.24 และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวด เท่ากับ 1.85±1.41 ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .**05** โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด น้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การจัดการความปวด

ส่วนที่ 3 ผลคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ **± S.D. =** 3.93 **±**0.81) ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด ($\overline{X}$ **± S.D. =** 4.86**±**0.86) รองลงมา คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการจัดการความปวด ($\overline{X}$ **± S.D. =** 4.45**±**0.84) และการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด ($\overline{X}$ **± S.D.=** 4.20**±**0.83) ส่วนคะแนนความพึงพอใจที่น้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับแพทย์และพยาบาล ($\overline{X}$ **± S.D. =** 3.52**±**0.67)

ส่วนที่ 4 ผลคะแนนความพึงพอใจของของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอ

ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ ± S.D. = 4.38 ±0.80) ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ความสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ($\overline{X}$ ±S.D. = 4.73±0.87) รองลงมา คือ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติการจัดการความปวด($\overline{X}$ ± S.D. = 4.70±0.86) ส่วนคะแนนความพึงพอใจที่น้อยที่สุด คือ การส่งเสริมการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ($\overline{X}$ ± S.D. = 3.80±0.73)

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด น้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด และมีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร่[10,11] ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีระดับความปวดของลดลง และสามารถสร้างความพึงพอใจในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ได้มากขึ้นกว่าเดิม จากการวิเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิกเกิดจาก

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและมีจริยธรรม พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและมีจริยธรรม โดยมีการประเมินและหาสาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทุกราย และตระหนักว่าผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการจัดการความปวด ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลและเป็นตัวแทนของผู้ป่วยวิกฤต เพื่อจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกานต์ วิเศษไชย[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนครพนม โดยพบว่า การที่พยาบาลทำการประเมินความปวดให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ แสดงว่าพยาบาลเกิดความตระหนักต่อความปวดของผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดผลลัพธ์ในการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลง

2. การประเมินความปวด พยาบาลได้ดำเนินการประเมินความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถสื่อสารได้ และไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารได้ เมื่อใช้แบบสังเกตความปวดของผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ critical care pain observation tool [CPOT] ร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยวิกฤตอายุกรรมได้รับการประเมินความปวดตรงตามสภาพจริง และสามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมมากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวดเพียงวิธีการเดียว

3. การบรรเทาความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) การมีแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวด ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการจัดการความปวดเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการบริหารจัดการความปวดจะเป็นไปตามระดับความปวด ทำให้ผู้ป่วย

ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ[12]

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด การให้ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และสามารถควบคุมความปวดได้ดีขึ้นโดยการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นการสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในแผนการรักษา ซึ่งการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยวิกฤตต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย อาจมีเอกสารประกอบคำอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตทบทวนได้ด้วยตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวิกฤตซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมช่วยกันดูแล รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย[13]

5. การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก เพื่อประเมินผลของการบรรเทาความปวดและผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาบรรเทาปวด หากพยาบาลจัดการความปวดไม่สำเร็จหรือผลของการบรรเทาความปวดไม่เป็นไปตามความคาดหมาย จะทำการประเมินผู้ป่วยวิกฤตซ้ำอีกครั้ง เพื่อวินิจฉัยและวิเคราะห์หาสาเหตุของความปวด ช่วยให้แพทย์มีข้อมูลในการตัดสินใจปรับขนาดของยาบรรเทาปวดให้มากพอที่จะทำให้จัดการความปวดลงได้ และผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา[12]

6. การพัฒนาคุณภาพบริการ โดยกระตุ้นและมีระบบติดตามกำกับเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยกระตุ้นให้พยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิค ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการประชุมกลุ่มย่อยหลังรับเวรเช้า การจัดสัปดาห์รณรงค์ให้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การให้คำชมเชยแก่พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ถูกต้อง จะช่วยให้เกิดกำลังใจที่ดีแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติทำให้เกิดการพัฒนาทักษะจัดการความปวด นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงานและโรงพยาบาล[14] ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดที่ถูกต้องและเหมาะสมหน่วยงานควรบูรณาการการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเข้ากับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่อไป

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า ผู้ป่วยหรือญาติมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.93) แสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นในการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการความปวดและทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ โดยแนวปฏิบัติทางคลีนิคนี้มีข้อปฏิบัติในการให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการจัดการความปวด และการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด การปฏิบัติดังกล่าวเป็นไปตามข้อกำหนดในแนวปฏิบัติทางคลีนิค ดังนั้น การดูแลเอาใจใส่การประเมินและการติดตามผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเพิ่มระดับความพึงพอใจ[10]

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลีนิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.38) โดยเฉพาะด้านความสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.73) ทั้งนี้ เนื่องจากพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติได้ประจักษ์ถึงผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีความปวดลดลง ตลอดจนแนวทางปฏิบัติทางคลินิกมีความง่ายและสะดวกในการนำมาใช้ จึงเป็นผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 ด้านการบริหารการพยาบาล แนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ มาใช้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ลดความแตกต่างในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ควรมีการอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างทั่วถึง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงควรมีระบบติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ และพัฒนาคู่มือการจัดการความปวดให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานทุกปี

1.2 ด้านการพยาบาล พยาบาลควรใช้แนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการความปวด เพื่อประเมินความปวดของผู้ป่วยวิกฤติอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการวางแผนดูแลบรรเทาอาการปวดได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาที่กำหนด และประเมินผลการให้ยาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าอาการปวดของผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของญาติในการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการจัดการความปวด ตามแนวปฏิบัติทางคลินิค

2.2 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิคสำหรับการจัดการความปวดต่อ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.3 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินการจนสำเร็จ ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย และคณะกรรมการพัฒนางานวิชาการ โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Simpson RS. Acute pain management in the intensive care unit. In: PE. Macintyre, SM. Walker DJ. Rowbotham (Eds.).(2008). Clinical pain management: Acute pain. London: Hodder Arnold; 2008.
2. Adam VN, Matolic M, Ilic MK, J-stojcic EG, Smiljanic A, & Skok I.(2015). Pain management in critically ill patients. Periodicum Biologorum 2015; 117(2): 225-30.
3. Herms C, Accevedo NM, Berry M, Kjellgren T, Negro A, & Massarotto P.(2018). Gaps in pain, agitation and delirium management in intensive care: Outputs from a nurse workshop. Intensive Crit Care Nurs 2018; 48: 52 – 60.

4. Pinheiro, A.R., & Marques, R.M.(2019). Behavioral pain scale and critical care pain observation tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. Rev bras de ter intensiva 2019; 31 (4): 571-81.
5. Chen YY, Chi NH, Lai YH, Liao YM, Shun SC, Tsai PS.(2011). The chinese behavior pain scale for critically ill patients:Translation and psychometric testing. Int J Nurs Stud 2011; 48(4): 438-48.
6. Gilder E, Parke R, Jull A.(2016). The endotracheal tube and endotracheal suction an exploration of adult cardiac surgical intensive care patients'experience 2016.
7. Shaikh N,TahseenS, Haq QZ, Ameri GA, Ganaw A, Chanda A,etal.(2016). Acute painmanagement in intensive care patients: facts and figures. [Internet]. 2016.
8. จรวยพร ใจสิทธิ์, วิลัยพร นุชสุธรรม และเบญจมาศ ถาดแสง.(2563). การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563; 26(2): 104-115.
9. เทวารัตน์ แพงคำดี, ชนิชา ธนโชติชลีกุล และอิศรา ศรีทอง.(2567). ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2567; 27(1): 36-46.
10. สุภาภรณ์ บุณโยทยาน และคณะ.(2552). แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่. โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่; 2552.
11. ประวีณา อัศวพลไพศาล และจุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์.(2564). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่. Journal of the Phrae Hospital 2564; 29(1): 139-152.
12. กนกกานต์ วิเศษไชย.(2563). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2563; 7(3): 78-86.
13. กุหลาบ อยู่เย็น.(2567). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยในรวม โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
14. ณฐพร วิเศษสาคร และนิยดา ไปใกล.(2568). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2568; 10(3): 54-62.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในความถี่ที่แตกต่างกันต่อดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่จังหวัดตรัง: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มแยกกลุ่ม

Effectiveness of Different Frequencies of Aedes Larval Source Reduction Program on Larval Indices in Trang Province: A Cluster Randomized Controlled Trial.

(Received: June 6,2026 ; Revised: June 11,2026 ; Accepted: June 15,2026)

วิชัย คุ้นเคย[1]
Wichai Koonkoey[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มแยกกลุ่ม (Cluster Randomized Controlled Trial: CRCT) ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดตรัง ระยะเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลองประกอบด้วย อสม. จำนวน 159 คน และครัวเรือน 2,468 หลังคาเรือน ดำเนินกิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 4 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วย อสม. จำนวน 104 คน และครัวเรือน 1,783 หลังคาเรือน ดำเนินกิจกรรมทุก 7 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI, CI และ BI ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 4 วัน มีประสิทธิผลในการลดความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลายและเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีกว่าการดำเนินการทุก 7 วัน

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, ลูกน้ำยุงลาย, การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์, ดัชนีลูกน้ำยุงลาย, การทดลองแบบสุ่มแยกกลุ่ม

Abstract

This study employed Quasi experimental Cluster Randomized Controlled Trial: CRCT and was conducted in Trang Province over a period of 16 weeks. The intervention group consisted of 159 Village Health Volunteers and 2,468 households, implementing larval source reduction activities every 4 days. The control group consisted of 104 Village Health Volunteers and 1,783 households, implementing the same activities every 7 days. Data were collected using questionnaires assessing knowledge, attitudes, and preventive practices, as well as dengue larval index survey forms. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results revealed that the intervention group demonstrated significantly greater reductions in the House Index (HI), Container Index (CI), and Breteau Index (BI) compared with the control group ($p < .05$). Furthermore, the intervention group showed significantly higher post-intervention scores in knowledge, attitudes, and dengue preventive practices than both their baseline scores and those of the control group.

The findings indicate that dengue larval source reduction activities conducted every 4 days are more effective in reducing larval density and promoting dengue prevention behaviors than activities conducted every 7 days.

Keywords: Dengue Fever, Dengue Larvae, Source Reduction, Larval Indices, Cluster Randomized Controlled Trial

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศเขตร้อนและกึ่งร้อนทั่วโลก โดยเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมียุงลาย Aedes aegypti เป็นพาหะนำโรคหลัก ผู้ป่วยอาจมีอาการตั้งแต่ไข้เดงกี

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ทั่วไปจนถึงภาวะรุนแรง เช่น ภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมาและเลือดออกผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที[1,2] นอกจากนี้ โรคไข้เลือดออกยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเศรษฐกิจของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ[3,4]

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปัจจุบันมีประชากรกว่า 3.9 พันล้านคนในกว่า 128 ประเทศที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก และมีผู้ติดเชื้อประมาณ 100–400 ล้านคนต่อปี[5] สำหรับประเทศไทย โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นโรคประจำถิ่นที่มีการระบาดต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม[6] ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคในช่วงปี พ.ศ. 2561–2566 พบผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 50,000–140,000 รายต่อปี และในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าปี พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 60[7] กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น[8]

จังหวัดตรังเป็นพื้นที่หนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทยที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูง เนื่องจากสภาพภูมิอากาศร้อนชื้น มีฝนตกชุกและความชื้นสูงตลอดปี ซึ่งเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย[9] ประกอบกับพฤติกรรมการกักเก็บน้ำในครัวเรือนและการมีภาชนะรกร้างในชุมชน ส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ House Index (HI), Container Index (CI) และ Breteau Index (BI) ยังคงสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน[10] แม้ว่าจะมีมาตรการควบคุมโรค เช่น การพ่นหมอกควัน การแจกทรายอะเบท และการรณรงค์ “3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค” อย่างต่อเนื่องก็ตาม[11,12]

มาตรการสำคัญที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (Source reduction) เนื่องจากเป็นระยะชีวิตที่สามารถควบคุมได้ง่ายก่อนพัฒนาเป็นยุงตัวเต็มวัย[10] อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัติที่ใช้ทั่วไปคือการกำจัดลูกน้ำทุก 7 วัน อาจยังไม่เพียงพอในการตัดวงจรชีวิตของยุงลาย ซึ่งใช้เวลาเพียง 7–10 วันในการพัฒนาเป็นตัวเต็มวัย ส่งผลให้ยุงบางส่วนสามารถเจริญเติบโตและแพร่เชื้อได้ก่อนถึงรอบกำจัดครั้งถัดไป[13] งานวิจัยหลายฉบับพบว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ถี่ขึ้น เช่น ทุก 3–4 วัน สามารถลดค่าดัชนีลูกน้ำและลดความเสี่ยงการระบาดของโรคได้ดีกว่า[13,14]

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเปรียบเทียบประสิทธิผลของการกำจัดลูกน้ำยุงลายทุก 4 วัน กับทุก 7 วัน ในพื้นที่จังหวัดตรัง เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงการระบาด ลดภาระโรค และสนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่มีความถี่แตกต่างกัน (ทุก 4 วัน และ ทุก 7 วัน) ต่อดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่จังหวัดตรัง

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ House Index (HI), Container Index (CI) และ Breteau Index (BI) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ความถี่ทุก 4 วัน และกลุ่มความถี่ทุก 7 วัน หลังสิ้นสุดการทดลอง

2) เพื่อศึกษาแนวโน้มและการเปลี่ยน แปลงของดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI, BI) ในพื้นที่ศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์

3) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในหลังคาเรือนเป้าหมาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในแต่ละกลุ่มทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในความถี่ที่แตกต่างกันต่อดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่จังหวัดตรัง เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบสุ่มแยกกลุ่ม (Quasi experimental Cluster Randomized Controlled Trial: CRCT) พื้นที่ศึกษาเช่น ตำบล/ หมู่บ้านในอำเภอห้วยยอด และวังวิเศษ จังหวัดตรัง
ระยะเวลา 6 เดือน (รวมเตรียมการ เก็บข้อมูล วิเคราะห์) เดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่จังหวัดตรัง ซึ่งรับผิดชอบงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 10,041 คน และครัวเรือนในเขตรับผิดชอบของ อสม. ดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครัวเรือนในพื้นที่ศึกษา โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลท่าสะบ้า อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 104 คน ครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. จำนวน 1,783 ครัวเรือน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 159 คน ครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. จำนวน 2,468 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกดัชนีลูกน้ำยุงลาย

2) แบบสอบถามการประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก วงจรชีวิตยุงลาย และวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ คำถามแบบปรนัย/ ถูก-ผิด

ส่วนที่ 2 ทัศนคติ (Attitude) ต่อความ สำคัญและความจำเป็นในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย คำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าLikert Scale 5 ระดับ แนวคิดของ Likert จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติ (Practice) ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายตามความถี่และมาตรการที่กำหนด คำถามแบบตรวจสอบรายการ/ มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 28 ข้อ

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย การเตรียมเครื่องมือและทีมเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม การติดตามระหว่างการทดลอง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง และการควบคุมคุณภาพข้อมูลเพื่อป้องกันการรั่วไหลหรือปนเปื้อนข้อมูล (Contamination Effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการเชิงพื้นที่และสังคมอย่างเข้มงวด โดย 1) เลือกหมู่บ้านเป้าหมายในอำเภอห้วยยอด (ตำบลเขากอบ) และอำเภอวังวิเศษ (ตำบลท่าสะบ้า) ที่มีระยะห่างทางภูมิศาสตร์ 20 กิโลเมตร และมีพื้นที่เกษตรกรรมของตำบลทุ่งต่อปากคม และลำภูรา ของอำเภอห้วยยอด เป็นเขตกันชน (Buffer Zone) 2) ประสานงานกับทาง รพ.สต. เพื่อแยกช่องทางการสื่อสารและการรายงานผลของ อสม. ทั้งสองกลุ่มออกจากกันอย่างเด็ดขาดในแอปพลิเคชัน Line 3) ดำเนินการชี้แจง อสม. ในกลุ่มทดลองให้รักษาความลับของโปรแกรมปฏิบัติการโดยไม่นำไปเผยแพร่หรือพูดคุยกับ อสม. ต่างหมู่บ้านตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน 16 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การจัดการข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน เข้ารหัส และป้อนข้อมูลแบบ double entry จัดเก็บในฐานข้อมูลที่มีรหัสผ่าน

2) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Linear Mixed Model (LMM) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบค่าผิดปกติของข้อมูล (Outliers) เพื่อป้องกันผลกระทบต่อค่าประมาณพารามิเตอร์และความถูกต้องของแบบจำลองทางสถิติ

3) สถิติพรรณนา คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ เพื่อสรุปลักษณะตัวอย่าง

4) สถิติอนุมานวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

- เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เกณฑ์นัยสำคัญกำหนด $p < 0.05$ และใช้ 95% Confidence Interval

จริยธรรมการวิจัย

โดยยื่นขอจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ CPH-EC-127/2568 รับรองการศึกษา วันที่ 28 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2569

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเริ่มดำเนินการ ทั้งสองกลุ่มมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในระดับใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย HI เท่ากับ 12.84 ± 4.12 ค่าเฉลี่ย CI เท่ากับ 10.26 ± 3.68 และค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 18.47 ± 5.20 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย HI เท่ากับ 13.10 ± 4.45 ค่าเฉลี่ย CI เท่ากับ 10.58 ± 3.91 และค่าเฉลี่ย BI เท่ากับ 18.91 ± 5.63 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีสภาพพื้นฐานที่สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะทั่วไปของข้อมูลการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังดำเนินโปรแกรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 4 วัน ค่า HI และ CI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย HI ลดลงจาก 12.84 เหลือ 6.13 และ CI ลดลงจาก 10.26 เหลือ 4.72 ส่วน BI ลดลงจาก 18.47 เหลือ 15.91 แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งดำเนินกิจกรรมทุก 7 วัน พบว่าค่าดัชนีทั้งสามลดลงเพียงเล็กน้อยและไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า HI และ CI ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมทุก 4 วันมีประสิทธิผลในการลดจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำและสัดส่วนภาชนะที่พบลูกน้ำได้ดีกว่าการดำเนินกิจกรรมทุก 7 วัน อย่างไรก็ตาม ค่า BI แม้จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ด้วย Linear Mixed Model ซึ่งพิจารณาข้อมูลวัดซ้ำตลอดระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า ค่า HI และ BI มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านผลของกลุ่ม ผลของเวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา แสดงว่าความถี่ของโปรแกรมมีผลต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของดัชนีทั้งสองอย่างชัดเจน ขณะที่ค่า CI แม้มีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่พบความแตกต่างของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มในเชิงสถิติ

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ก่อนการทดลอง) จำแนกตามกลุ่มศึกษา

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD
House Index (HI)	12.84 ± 4.12	13.10 ± 4.45
Container Index (CI)	10.26 ± 3.68	10.58 ± 3.91
Breteau Index (BI)	18.47 ± 5.20	18.91 ± 5.63

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้ง 3 ดัชนี ได้แก่ House Index (HI), Container Index (CI) และ Breteau Index (BI) เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ค่าเฉลี่ย HI ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.84 ± 4.12 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.10 ± 4.45 ส่วนค่าเฉลี่ย CI ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 10.26 ± 3.68 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 10.58 ± 3.91 สำหรับค่าเฉลี่ย BI พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.47 ± 5.20 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.91 ± 5.63

การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (Wilcoxon Signed-Rank Test)

ตัวแปร	ค่าก่อนทดลอง Mean ± SD	ค่าหลังทดลอง Mean ± SD	p - value
House Index (HI)	12.84 ± 4.12	6.13 ± 2.48	<0.001*
Container Index (CI)	10.26 ± 3.68	4.72 ± 1.95	<0.001*
Breteau Index (BI)	18.47 ± 5.20	15.91 ± 4.63	0.055

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงในทุกตัวแปร โดย House Index (HI) และ Container Index (CI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ค่าเฉลี่ย HI ลดลงจาก 12.84 ± 4.12 เหลือ 6.13 ± 2.48 คิดเป็นการลดลงประมาณร้อยละ 52.26 และค่าเฉลี่ย CI ลดลงจาก 10.26 ± 3.68 เหลือ 4.72 ± 1.95 คิดเป็นการลดลงประมาณร้อยละ 53.99 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 4 วัน สามารถลดจำนวนบ้านและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนค่าเฉลี่ย BI ลดลงจาก 18.47 ± 5.20 เหลือ 15.91 ± 4.63 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.055$) แม้ว่าค่าจะมีแนวโน้มลดลง

ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม (Wilcoxon Signed-Rank Test)

ตัวแปร	ค่าก่อนทดลอง Mean ± SD	ค่าหลังทดลอง Mean ± SD	p - value
House Index (HI)	13.10 ± 4.45	11.92 ± 4.06	0.061
Container Index (CI)	10.58 ± 3.91	9.84 ± 3.55	0.124
Breteau Index (BI)	18.91 ± 5.63	18.10 ± 5.02	0.346

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงเล็กน้อยในทุกตัวแปร แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ค่าเฉลี่ย HI ลดลงจาก 13.10 ± 4.45 เหลือ 11.92 ± 4.06 ค่าเฉลี่ย CI ลดลงจาก 10.58 ± 3.91 เหลือ 9.84 ± 3.55 และค่าเฉลี่ย BI ลดลงจาก 18.91 ± 5.63 เหลือ 18.10 ± 5.02 อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระหว่างกลุ่ม (Mann–Whitney U Test)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
House Index (HI)	6.13 ± 2.48	11.92 ± 4.06	<0.001*
Container Index (CI)	4.72 ± 1.95	9.84 ± 3.55	<0.001*
Breteau Index (BI)	15.91 ± 4.63	18.10 ± 5.02	0.081

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย House Index (HI) และ Container Index (CI) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ค่าเฉลี่ย HI ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 6.13 ± 2.48 ขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.92 ± 4.06 และค่าเฉลี่ย CI ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.72 ± 1.95 ขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.84 ± 3.55 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 4 วัน มีประสิทธิผลมากกว่าการดำเนินกิจกรรมทุก 7 วัน ในการลดจำนวนบ้านและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย สำหรับค่าเฉลี่ย BI พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.081$) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม จำนวนภาชนะในชุมชน หรือการเกิดแหล่งน้ำขังใหม่ในบางพื้นที่

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีลูกน้ำ

ตารางที่ 5 สรุปแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีดัชนีลูกน้ำก่อนและหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตัวชี้วัด	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม
HI	ลดลงอย่างต่อเนื่อง	ลดลงเล็กน้อย	แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
CI	ลดลงเล็กน้อย	ลดลงชัดเจน	ไม่แตกต่าง
BI	ลดลงอย่างต่อเนื่อง	ลดลงเล็กน้อย	แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

จากตารางที่ 5 พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงหลังการทดลอง อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองที่ดำเนินกิจกรรมทุก 4 วันมีแนวโน้มลดลงชัดเจนในค่า CI ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลงของค่า HI และ BI มากกว่า

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย พบว่า โดยภาพรวมประชาชนมีส่วนร่วมในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.49, S.D. = 0.79) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดการภาชนะเก็บน้ำ (Mean = 3.65, S.D. = 0.62) รองลงมา คือ การสำรวจ การเฝ้าระวัง และการสื่อสาร (Mean = 3.63, S.D. = 0.62) และการจัดการสิ่งแวดล้อมและขยะรอบบ้าน (Mean = 3.58, S.D. = 0.70) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การใช้สารเคมี/ ชีววิธี/มาตรการป้องกันยุงตัวเต็มวัย (Mean = 3.09, S.D. = 1.01) อยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดค่า House Index (HI)

ผลการศึกษาพบว่าค่า House Index (HI) ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 12.84 ± 4.12 เหลือ 6.13 ± 2.48 และผลการวิเคราะห์ด้วย Linear Mixed Model พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านผลของกลุ่ม ผลของเวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 4 วันมีประสิทธิผลในการลดสัดส่วนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายได้อย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากวงจรชีวิตของยุงลาย Aedes aegypti ซึ่งใช้เวลาประมาณ 7–10 วันในการพัฒนาจากไข่สู่ตัวเต็มวัย การดำเนินกิจกรรมทุก 4 วันจึงสามารถตัดวงจรการพัฒนาของลูกน้ำได้ก่อนที่จะพัฒนาเป็นยุงตัวเต็มวัย ส่งผลให้จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การดำเนินกิจกรรมทุก 7 วันอาจยังเปิดโอกาสให้ลูกน้ำบางส่วนสามารถเจริญเติบโตได้ทันก่อนการกำจัดรอบถัดไป อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ House Index (HI) เป็นดัชนีที่สะท้อนพฤติกรรมของประชาชนในระดับครัวเรือนได้อย่างชัดเจน การลดลงของค่า HI จึงสะท้อนว่าเจ้าของบ้านมีการสำรวจแหล่งน้ำขัง การคว่ำภาชนะ การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ภายหลังได้รับการกระตุ้นจากโปรแกรมและการติดตามของ อสม.

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการพาหะแบบบูรณาการ (Integrated Vector Management: IVM) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งระบุว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความหนาแน่นของพาหะนำโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Arunachalam และคณะ[15] ที่พบว่าการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยชุมชนช่วยลดค่า House Index ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า การกำหนดรอบเวลาการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ให้สอดคล้องกับวงจรชีวิตของยุงลายมีความสำคัญต่อการลดค่า House Index (HI)และควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นมาตรการหลักในการควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับชุมชน

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดค่า Container Index (CI)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 4 วัน ค่า Container Index (CI) ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลวัดซ้ำด้วย Linear Mixed Model กลับไม่พบความแตกต่างของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้โปรแกรมจะสามารถลดสัดส่วนภาชนะที่พบลูกน้ำได้จริง แต่รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของค่า CI ในแต่ละช่วงเวลาระหว่างสองกลุ่มยังไม่แตกต่างกันมากพอที่จะตรวจพบความแตกต่างในเชิงสถิติเมื่อพิจารณาตลอดระยะเวลา 16 สัปดาห์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากธรรมชาติของค่า CI ที่ได้รับอิทธิพลจากจำนวนและประเภทของภาชนะในแต่ละครัวเรือน ซึ่งมีความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงได้ตามฤดูกาล สภาพอากาศ และพฤติกรรมการใช้น้ำของประชาชน นอกจากนี้ ในพื้นที่ชนบทของจังหวัดตรังยังพบว่าหลายครัวเรือนมีภาชนะเก็บน้ำขนาดใหญ่ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น โอ่งน้ำ ถังเก็บน้ำ และภาชนะสำรองน้ำใช้ในครัวเรือน ภาชนะเหล่านี้ไม่สามารถกำจัดออกได้ทั้งหมด แต่ต้องอาศัยการจัดการอย่างเหมาะสม เช่น การปิดฝาภาชนะ การขัดล้างภาชนะเป็นประจำ หรือการใช้ทรายอะเบท ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและความต่อเนื่องในการปฏิบัติของประชาชน

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Alvarado-Castro และคณะ[16] ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสำรวจและกำจัดภาชนะเสี่ยงสามารถลดค่า Container Index ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Arunachalam และคณะ[15] ที่รายงานว่าการกำจัดภาชนะเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม แม้ค่า CI จะลดลงอย่างชัดเจน แต่ผลการวิเคราะห์ด้วย Linear Mixed Model ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากจำนวนและประเภทของภาชนะในครัวเรือนมีความหลากหลาย และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ปริมาณน้ำฝน และพฤติกรรมการใช้น้ำของประชาชน

3. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดค่า Breteau Index (BI)

Breteau Index (BI) เป็นดัชนีที่สะท้อนจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลัง และถือเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เนื่องจากสามารถสะท้อนทั้งจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำและจำนวนภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ได้พร้อมกัน ผลการศึกษาพบว่า แม้การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการวิเคราะห์ด้วย Linear Mixed Model กลับพบว่าผลของกลุ่ม ผลของเวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าค่า BI มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มตลอดระยะเวลาการศึกษา ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงข้อได้เปรียบของการวิเคราะห์ด้วย Linear Mixed Model ซึ่งสามารถใช้ข้อมูลจากทุกช่วงเวลาร่วมกันและคำนึงถึงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่วัดซ้ำในหน่วยเดียวกัน ทำให้สามารถตรวจจับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระยะยาวได้ดีกว่าการเปรียบเทียบเพียงสองช่วงเวลา ในเชิงระบาดวิทยา การลดลงของค่า BI มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นดัชนีที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน การที่ค่า BI มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในกลุ่มทดลองจึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าโปรแกรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 4 วันสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดในระดับชุมชนได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanbamrung และคณะ[13] ที่รายงานว่าความถี่ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำมีผลต่อการลดค่า Breteau Index และสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ใช้ค่า BI เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคไข้เลือดออก[10] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าค่า Breteau Index (BI) เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อการประเมินความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก และควรใช้เป็นตัวชี้วัดหลักในการติดตามผลการดำเนินงานควบคุมโรคระดับพื้นที่

4. บทบาทของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมพบว่าประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการจัดการภาชนะเก็บน้ำ การสำรวจและเฝ้าระวังลูกน้ำ และการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จของโปรแกรมไม่ได้เกิดจากความถี่ของกิจกรรมเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความร่วมมือของประชาชนและเครือข่ายชุมชนร่วมด้วย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการภายในครัวเรือน ซึ่งเจ้าของบ้านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุด หากขาดความร่วมมือจากประชาชน มาตรการควบคุมโรคจะไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับประชาชน ทั้งในด้านการให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นการมีส่วนร่วม และการเฝ้าระวังแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำในพื้นที่ จึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด Community - Based Dengue Control และ Community Participation ที่เน้นว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ข้อค้นพบสำคัญจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดข้อค้นพบสำคัญหลายประการที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติการสำหรับการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ประการแรก ความถี่ของการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการควบคุมพาหะนำโรคอย่างชัดเจน โดยพบว่าการดำเนินกิจกรรมทุก 4 วันสามารถลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้ดีกว่าการดำเนินกิจกรรมทุก 7 วัน ทั้งในด้าน House Index (HI) และ Container Index (CI) และมีแนวโน้มส่งผลต่อ Breteau Index (BI) อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการติดตามผล

ประการที่สอง การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Linear Mixed Model แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายไม่ได้เกิดขึ้นเพียงจากผลของเวลาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและโปรแกรมที่ใช้ กล่าวคือ กลุ่มที่ได้รับการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 4 วันมีแนวโน้มการลดลงของดัชนีลูกน้ำที่รวดเร็วและต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่ดำเนินกิจกรรมทุก 7 วัน

ประการที่สาม ความสำเร็จของโปรแกรมไม่ได้เกิดจากมาตรการทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมด้วย โดยเฉพาะการสำรวจภาชนะเสี่ยง การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือน และการเฝ้าระวังลูกน้ำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมเกิดผลอย่างยั่งยืน

ประการที่สี่ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพควรมุ่งเน้นการจัดการต้นเหตุของปัญหา คือ การลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในระดับครัวเรือนและชุมชนมากกว่าการมุ่งเน้นการควบคุมยุงตัวเต็มวัยเพียงอย่างเดียว เนื่องจากเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าสามารถดำเนินการได้จริง และส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของชุมชน

ประการสุดท้าย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการกำหนดความถี่ของกิจกรรมควบคุมโรคให้สอดคล้องกับวงจรชีวิตของยุงลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาในการออกแบบมาตรการควบคุมโรคในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงหรือมีประวัติการระบาดซ้ำซาก กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณากำหนดมาตรการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 4 วัน เป็นมาตรการเชิงรุกในช่วงก่อนฤดูระบาดหรือในพื้นที่เสี่ยงสูง เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าสามารถลดค่าดัชนีลูกน้ำได้ดีกว่ามาตรการปกติที่ดำเนินการทุก 7 วัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรใช้ข้อมูลค่าดัชนีลูกน้ำเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการวางแผนควบคุมโรค และควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่สามารถติดตามสถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน รวมทั้งสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรร่วมกับ อสม. จัดทำแผนปฏิบัติการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดรอบการสำรวจและติดตามให้สอดคล้องกับวงจรชีวิตของยุงลายควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ด้านการสำรวจลูกน้ำ การสื่อสารความเสี่ยง และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามผลการดำเนินงาน ควรส่งเสริมการเรียนรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือน และสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาความถี่ของการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำในรูปแบบอื่น เช่น ทุก 3 วัน หรือทุก 5 วัน เพื่อค้นหาระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย

ควรศึกษาผลกระทบของโปรแกรมต่ออัตราป่วยโรคไข้เลือดออกโดยตรง เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้ผลการศึกษาในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Oct 26]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
2. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค.(2563). แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ต.ค. 26]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_FIle/Bandner_(Small)/Attach/ 25640302103903 AM_CPG%20Adult%20Dengue.pdf
3. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al.(2013). The global distribution and burden of dengue. Nature. 2013;496(7446):504-7.
4. Shepard DS, Undurraga EA, Halasa YA, Stanaway JD.(2016). The global economic burden of dengue: a systematic analysis. Lancet Infect Dis. 2016;16(8):935-41.
5. Brady OJ, Gething PW, Bhatt S, Messina PJ, Brownstein JS, Hoen AP, et al.(2012). Refining the global spatial limits of dengue virus transmission by Aedes aegypti and Aedes albopictus. PLoS Negl Trop Dis. 2012;6(8):e1760.
6. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค.(2568). สถานการณ์และแนวโน้มโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์[อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ต.ค. 26];56(8). เข้าถึงได้จาก: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/view/6538

7. กรมควบคุมโรค.(2568). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย พ.ศ. 2567–2568. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
8. Caprara A, de Oliveira Lima JW, Marinho AC, Calvasina PG, Landim LP, Sommerfeld J.(2015). Community-based participatory approach for dengue control: cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2015;109(2):99-105.
9. Donner A, Klar N.(2000). Design and analysis of cluster randomization trials in health research. London: Arnold Publishers; 2000.
10. World Health Organization.(2009). Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. 3rd ed. Geneva: WHO; 2009.
11. Boonklong O, Bhumiratana A. Seasonal and geographical variation of dengue vectors in Narathiwat, southern Thailand. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2016;2016:8062360.
12. กรมควบคุมโรค. (2567). คู่มือการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
13. Suwanbamrung C, Thongprai K, Suwanbamrung C.(2018). The effectiveness of larval control frequency on dengue vector indices in Thailand. Trop Med Infect Dis. 2018;3(4):119.
14. Esu E, Otu C, Anoke B.(2010). The effect of reducing larval breeding habitats on dengue vector indices in an urban community in Calabar, Nigeria. J Vector Borne Dis. 2010;47(2):100-5.
15. Arunachalam N, Tana S, Espino F, Kittayapong P, Abeyewickreme W, Wai KT, et al.(2010). Community-based control of Aedes aegypti by adoption of eco-health methods in Andaman and Nicobar Islands. Pathog Glob Health. 2010;104(5):338-46.
16. Alvarado-Castro V, Andersson N, Ledogar RJ, Harris E.(2017). Community mobilization for dengue prevention and control: an integrated cluster randomized trial in Sri Lanka. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2017;111(1):19-26.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Health Promotion Model for Older Adults through Community Participation in the Catchment Area of Ban Kan Lueang Health Promoting Hospital, Chum Saeng Subdistrict, Krasang District, Buriram Province.

(Received: June 6,2026 ; Revised: June 11,2026 ; Accepted: June 14,2026)

ประกอบ นารัมย์[1]
Pragob Naram[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุ ปัญหา และความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 40 คน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 35 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 1 วงรอบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 4) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 5) การติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.29, S.D.=0.54) และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตภายหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to explore the context, problems, and needs related to health promotion among older adults and to develop a health promotion model through community participation in the catchment area of Ban Kan Lueang Health Promoting Hospital, Chum Saeng Subdistrict, Krasang District, Buriram Province. The participants consisted of 40 older adults and 35 community stakeholders. The study was conducted from December 2025 to April 2026 using one cycle of the Kemmis and McTaggart action research process. Data were collected through questionnaires, focus group discussions, observations, and quality-of-life assessments. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed model comprised five components: context assessment and problem analysis, stakeholder participation, capacity building, health promotion activities, and monitoring with lesson learned.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

Stakeholder participation was at a high level (Mean = 4.29, S.D. = 0.54). The quality of life of older adults significantly improved after implementation of the model (p-value < 0.001).The findings indicate that community participation can effectively strengthen health promotion and improve the quality of life among older adults.
Keyword : Older Adults, Health Promotion, Community Participation

บทนำ

สถานการณ์ของประชากรที่กำลังได้รับความสนใจของสังคมโลกปัจจุบัน นั่นคือโครงสร้างของประชากรที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุทั่วโลกจำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งหมด ขณะเดียวกัน[1] ประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน คิดเป็นร้อยละ 23 รองลงมาคือประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 19.1[2] กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนไทยทุกช่วงวัย โดยมุ่งพัฒนาคนในทุกมิติให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย และรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย[3]

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความท้าทายทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การดำเนินงานเพื่อพัฒนาประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ โดยจำเป็นต้องจัดทำแผนปฏิบัติราชการแบบบูรณาการด้านการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยทางสุขภาพ สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ การขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวถือเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบูรณาการการดำเนินงาน เพื่อเสริมพลังการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณค่า และยั่งยืน[2]

ในปี พ.ศ. 2566 มีการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุไทยจำนวน 7,229,001 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม คิดเป็นร้อยละ 3.09 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 8 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 72.55 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่มีสัดส่วนสูงที่สุด ได้แก่ การดูแลตนเองและการแปรงฟัน คิดเป็นร้อยละ 90.05 รองลงมาคือ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 89.57 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่มีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ การมีกิจกรรมทางกาย คิดเป็นร้อยละ 82.33[3]

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ มีการพัฒนาการจัดบริการในผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นกลุ่มที่ต้องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เน้นการคัดกรองสุขภาพที่สำคัญ เรื่อง ได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อม พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะ

ซึมเศร้า BMI สุขภาพช่องปาก และ ADLหากพบผลการคัดกรองผิดปกติสามารถส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หากผลปกติสามารถส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป[4]

จากการดำเนินงานในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 98.28 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง[5] เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปัญหาการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุยังไม่เหมาะสม ขณะที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านเวลาและความรู้ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพไม่ต่อเนื่อง[6] ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์เพื่อ ให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีคุณค่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีและการดำเนินงานในชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุปัญหาและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Kemmis และ McTaggart[7] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 592 คน

กลุ่มภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ พระภิกษุ ตัวแทนโรงเรียน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุคำนวณขนาดตัวอย่างจากประชากรที่ทราบจำนวนแน่นอน โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีทราบขนาดประชากรของสุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต[8] กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.10 และค่าความแปรปรวนของประชากรเท่ากับ 0.38 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 37 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 8.1 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

ระหว่างดำเนินการวิจัย ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 40 คน

กลุ่มภาคีเครือข่าย ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 35 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน พระภิกษุ จำนวน 3 รูป ตัวแทนโรงเรียน จำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอำเภอกระสัง จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขตำบลชุมแสง จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง จำนวน 4 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) กลุ่มผู้สูงอายุคัดเลือกจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

แบบสอบถามสำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางของความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน[9]

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[10]

แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน[11]

แบบบันทึกการสังเกตและแบบบันทึกการถอดบทเรียน ใช้บันทึกกระบวนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการสาธารณสุขชุมชน

ผลการตรวจสอบพบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มากกว่า 0.50 ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

เครื่องมือให้มีความเหมาะสม ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษามากยิ่งขึ้น[12]

จากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน ในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 พบว่า แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 35 คน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ และสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน เอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลจากการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมทั้งประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบท สถานการณ์สุขภาพ ปัญหา และความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากนั้นจัดเวทีคืนข้อมูลและประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทาง และออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผ่านกิจกรรมที่ชุมชนร่วมกันกำหนด เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพตนเอง การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยติดตาม สนับสนุน และสังเกตการดำเนินกิจกรรมของภาคีเครือข่ายและผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสังเกต การสนทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม เพื่อติดตามกระบวนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และข้อค้นพบที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) จัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งคืนข้อมูลแก่ชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่ง

ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนอกจากนี้ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการถอดบทเรียน นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล สรุปประเด็นสำคัญ และสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพื่ออธิบายบริบท สถานการณ์ ปัญหาความต้องการ และกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2025-131 ลงวันที่ 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

จากสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 35 คน พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุบางส่วนขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และขาดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ครอบครัวมีข้อจำกัดด้านเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับความต้องการสำคัญ ได้แก่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาระบบติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) จำนวน 1 วงรอบ ทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผนและดำเนินงาน (3) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย (4) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ (5) การติดตาม สะท้อนผล และถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยได้ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.29, S.D. = 0.54) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การร่วมดำเนินงาน ($\bar{X}$= 4.41, S.D. = 0.49) รองลงมา ได้แก่ การร่วมวางแผน ($\bar{X}$= 4.35, S.D. = 0.52) การร่วมติดตามประเมินผล ($\bar{X}$= 4.22, S.D. = 0.58) และ การร่วมรับผลประโยชน์ ($\bar{X}$= 4.18, S.D. = 0.55) ตามลำดับ โดยทุกด้านอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตามประเมินผล ตลอดจนการรับรู้ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานร่วมกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=40)

ด้านคุณภาพชีวิต	ก่อน			หลัง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
1.ด้านร่างกาย	3.12	0.48	ปานกลาง	3.78	0.42	มาก	7.82	<0.001*
2.ด้านจิตใจ	3.18	0.45	ปานกลาง	3.85	0.39	มาก	8.11	<0.001*
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.25	0.51	ปานกลาง	3.92	0.40	มาก	7.54	<0.001*
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	3.20	0.46	ปานกลาง	3.88	0.41	มาก	8.03	<0.001*
ภาพรวม	**3.19**	**0.38**	**ปานกลาง**	**3.86**	**0.33**	**มาก**	**8.67**	**<0.001***

**p*-value<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยก่อนการพัฒนามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.19, S.D. = 0.38) และหลังการพัฒนามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.86, S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (p-value < 0.00)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุปัญหา และความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ขณะที่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังขาดการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความต้องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 4) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 5) การติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนร่วมกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.29, S.D. = 0.54) โดยเฉพาะด้านการร่วมดำเนินงานและการร่วมวางแผน สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของบัญชา เอกศิริ และสมัย ลาประวัติ[13] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน การสนับสนุนจากองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น และการประสานงานของเครือข่ายในพื้นที่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของถิรวัฒน์ ลาประวัติ และสมัย ลาประวัติ [14] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืน

ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้รูปแบบดังกล่าวครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศรายุทธ ชูสุทน และคณะ[15] ที่พบว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและยั่งยืนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ควรสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและแกนนำชุมชนให้สามารถขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยติดตามผลต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2) ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมในระดับที่กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเตอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566-2570). นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข; 2565.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2566.
4. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ และวิไลพร คลีกร.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(1):255-271.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์. การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเตอร์เน็ต]. 2568. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/brm/public/standardsubcatalog/ 6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้านเหลือง ตำบลชุมแสง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์. (2568). รายงานผู้สูงอายุ ปี 2568. (เอกสารอัดสำเนา).
7. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press.
8. สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6). สารคาม การพิมพ์.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564) คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง. กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2565
10. กรมการแพทย์ (2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผุ้สูงอายุ พ.ศ. 2564. บริษัท ณจันดา ครีเอชั่น จำกัด.กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
12. บุญชม ศรีสะอาด.(2560). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2560.
13. บัญชา เอกศิริ, สมัย ลาประวัติ.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเมือง น้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):242-256.
14. ถิรวัฒน์ ลาประวัติ, สมัย ลาประวัติ.(2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล หนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(4):242-256.
15. ศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล, สุมัทนา กลางคาร.(2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(2):35-48.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with brain injury and complications including intracranial hemorrhage, Kalasin Hospital Accident and Emergency Department: 2 case studies.

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

สมพิศ ฉิมพาลี[1]
Sompit chimpalee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง แผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง กรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่ามีภาวะบาดเจ็บที่สมอง และเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินและการจัดการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management Concept) ค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ ล้มศีรษะกระแทกพื้น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง การวินิจฉัยโรค Intra parenchymal Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage at right frontal lobe ประเมินสภาพ GCS E3V5M6 Motor power grade V. โรคประจำตัว ได้รับการรักษาด้วยส่งตรวจ CT Scan พบมีภาวะเลือดออกในสมอง ได้รับการรักษาด้วยยาและสังเกตภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ย้ายผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในสังเกตอาการทางสมอง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี รับส่งต่อจาก โรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการอุบัติเหตุจราจร ขับรถจักรยานยนต์ตกลงข้างถนน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นมา 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยโรค Traumatic brain injury with Epidural Hemorrhage ประเมินสภาพ GCS E2VTM5 pupil 3 min RTL BE Motor power right grade IV, Left grade V แผนการรักษาให้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท และผ่าตัด craniectomy with remove blood clot under GA ร่วมกับการรักษาด้วยยา หลังผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง, เลือดออกเยื่อหุ้มสมอง, อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Abstract

This study employed a case-study design aimed at comparing the medical histories, clinical manifestations, treatment plans, complications, and nursing care of two purposively selected patients diagnosed with traumatic brain injury (TBI) accompanied by intracranial hemorrhage. Both patients were admitted to the Emergency Department. The Emergency Management Concept was utilized as the conceptual framework to identify nursing diagnoses, formulate nursing care plans, and continuously evaluate nursing outcomes.

Results: Case 1: A 57-year-old Thai female presented after a fall, striking her head against the floor eight hours prior to admission. She was diagnosed with intraparenchymal hemorrhage and subarachnoid hemorrhage at the right frontal lobe. Initial assessment revealed a Glasgow Coma Scale (GCS) score of E3V5M6, and motor power of grade V. A computed tomography (CT) scan of the brain confirmed the intracranial hemorrhage. Her treatment plan included pharmacological therapy and close monitoring for neurological complications. She was subsequently transferred to the inpatient department for continued neurological observation. No

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

complications were observed, her clinical status progressively improved, and she was successfully discharged home. **Case 2:** A 60-year-old Thai male with a history of hypertension was referred from a community hospital following a traffic accident in which his motorcycle ran off the road. He experienced a loss of consciousness and post-traumatic amnesia for three hours prior to admission. He was diagnosed with a traumatic brain injury (TBI) with an epidural hemorrhage. Initial assessment showed a GCS score of E2VTM5, pupils 3 mm and reactive to light (RTL) bilaterally, with motor power of grade IV on the right and grade V on the left. The treatment plan involved a neurosurgical consultation followed by an emergency craniectomy for blood clot removal under general anesthesia (GA), combined with pharmacological management. Postoperatively, the patient was cared for in the inpatient department, showed progressive improvement, and was successfully discharged home.
Keywords: Traumatic Brain Injury Nursing, Intracranial Hemorrhage, Emergency and Trauma Care

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) หรือการบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตและความพิการอย่างถาวรในประชากรวัยแรงงานและวัยหนุ่มสาว จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) [1]พบว่าประชากรทั่วโลกบาดเจ็บทางสมองมากกว่า 50 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบประสาทและสมอง ทำให้เกิดกระบวนการบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary Brain Injury) เช่น ภาวะสมองขาดเลือด (Brain Ischemia) และความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการพยาบาลที่รวดเร็วมักนำไปสู่ภาวะสมองตายหรือทุพพลภาพในที่สุด ผลกระทบนี้ไม่เพียงแต่สร้างความสูญเสียต่อชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางระบบประสาทนั้นมีมูลค่ามหาศาล[2] ในระดับภูมิภาคเอเชีย โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าอัตราการบาดเจ็บที่ศีรษะมีสถิติที่พุ่งสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ของโลกอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยหลักเกิดจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว โครงสร้างพื้นฐานทางถนนที่ยังไม่ได้มาตรฐานเพียงพอ และพฤติกรรมการขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง ส่งผลให้ลักษณะของการบาดเจ็บมักมีความรุนแรงสูง (Severe Head Injury) มีการฉีกขาดของเนื้อสมองและมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะในสัดส่วนที่สูง นอกจากนี้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Care) ในหลายประเทศของภูมิภาคเอเชียยังคงมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและการส่งต่อ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะแรกของการบาดเจ็บ[3] สำหรับประเทศไทย สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการบาดเจ็บที่ศีรษะถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขระดับชาติมาอย่างยาวนาน ประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนระบุว่า ร้อยละ 70-80 ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมด้วย [4] ในทางคลินิกผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งประเมินโดยคะแนน GCS (Glasgow Coma Scale) โดยผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก (GCS ≤ 12) มีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดการล้มเหลวของระบบหายใจและการไหลเวียนโลหิต [5]

จังหวัดกาฬสินธุ์ พบสถานการณ์อุบัติเหตุและการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่สร้างภาระงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างมาก อุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเป็นจำนวนมาก ความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขในจังหวัด

กาฬสินธุ์ คือระบบการคัดแยก และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความรุนแรงในระยะวิกฤต เนื่องจากโรงพยาบาลระดับอำเภออาจมีข้อจำกัดด้านศัลยแพทย์ระบบประสาทและเครื่องมือตรวจวินิจฉัยขั้นสูง ทำให้ต้องอาศัยการส่งต่อ มายังโรงพยาบาลประจำจังหวัด[6] การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้จึงมีความสำคัญอย่างมาก พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะสูงในการประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) สัญญาณทางสมอง (Neurosigns) และการติดตามภาวะแทรกซ้อนอย่างกระชั้นชิด จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลที่รวดเร็ว แม่นยำ และเป็นระบบ พยาบาลวิชาชีพถือเป็นกุญแจสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่จุดคัดแยกในห้องฉุกเฉิน การดูแลในระยะวิกฤต ตลอดจนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูง หากพยาบาลขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ หรือขาดการประเมินสภาพที่ครอบคลุม อาจทำให้ตรวจพบภาวะสมองเคลื่อน (Brain Herniation) ล่าช้า ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างไม่ควรเกิด[7] ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต โดยเฉพาะห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องอาศัยการประเมินสภาพและการพยาบาลที่รวดเร็ว แม่นยำ ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตสังคม และความปลอดภัยตามกรอบแนวคิดมาตรฐานการพยาบาล [8] ในบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับทรัพยากรและบริบทในพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการลดอัตราการตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2569 จำนวน 2 ราย ศึกษาในระหว่างเดือน มีนาคม- พฤษภาคม 2569 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินและการจัดการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management Concept) และกรอบแนวคิด ของ FANCAS วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียน โดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการล้มศีรษะกระแทกพื้นเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง การวินิจฉัยโรค Intra parenchymal Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage at right frontal lobe. ประเมินสภาพ GCS E3V5M6 Motor power grade V. โรคประจำตัว พาร์กินสัน ได้รับการรักษาด้วยส่งตรวจCT Scan พบมีภาวะเลือดออกในสมอง แผนการรักษาให้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบ

ประสาท ได้รับการรักษาด้วยยา Dilantin 1 gm+NSS 100 ml IV in 30 min then 100mg IV q 8 hrs., Omeprazole 40 mg IV OD, Dexamethasone 4 mg IV q 6hrs., Ibuprofen (400mg) 1 tab tid pc. ย้ายผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สังเกตอาการทางสมอง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี รับส่งต่อจาก โรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการอุบัติเหตุจราจร ขับรถจักรยานยนต์ตกลงข้างถนน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นมา 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยโรค Traumatic brain injury with Epidural Hemorrhage ประเมินสภาพ GCS E2VTM5 pupil 3 min RTL BE Motor power right grade IV, Left grade V ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ On ET -tube No.7.5 deep 21 cms. อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที on Ventilator PCV mode IP16 RR=16 PEEP 5, Fio2 0.4 แผนการรักษาให้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท Set OR for craniectomy with remove blood clot under GA ยาที่ได้รับคือ Cefazolin 1 gm IV q 6 hrs., Omeprazole 40 mg IV OD, Dexamethasone 4 mg IV q 6hrs., Dilantin 1 gm+ NSS 100 ml IV in 30 min then 100mg IV q 8 hrs., หลังการรักษาย้ายผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษารายที่ 1

WBC 11,240 cell/mm^3**,** Hb 13.0 g/dL, Hct 39.8 % Plt 258,000 cell/mm^3 PT 13.6 sec, INR 0.99

BUN 6.0 mg/dL Creatinine 0.44 mg/dL eGFR 112.41 ml/min/1.73m^2 Sodium 132.7 mmol/L Potassium 3.48 mmol/L Co2 23.70 mmol/L Chloride 102.2 mmol/L.

DTX 170 mg% Hct 40%.

กรณีศึกษารายที่ 2

WBC 7,700 cell/mm^3 Hb 11.5 g/dL Hct 36.6 % PT 12.32 sec INR 1.30

BUN 14 mg/dL Creatinine 0.58 mg/dL, eGFR 102 ml/min/1.73m^2 Sodium 140 mmol/L Potassium 3.54 mmol/L Co2 24.0 mmol/L Chloride 111. mmol/L.

DTX 110mg% , Hct 37 vol%.

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพการประเมินและการจัดการภาวะฉุกเฉิน ABDCE

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
A: Airway with Cervical spine Protection	ประวัติการเจ็บป่วย: ล้มศีรษะกระแทกพื้น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง ตรวจร่างกาย: สภาพทั่วไปผู้ป่วยเพศหญิง GCS แรกรับ E3V5M6 pupil 3 mm reac to light both eyes Motor power left grade V อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 99% ผลการตรวจ HEENT :Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged. Abration wound at posteria scalp 2 cms. Right raccoon eye. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: Sodium 132.7 mmol/L Potassium 3.48 mmol/L Co2 23.70 mmol/L Chloride 102.2 mmol/L. DTX 170 mg% Hct 40%. การประเมิน Airway with Cervical spine Protection	ประวัติการเจ็บป่วย: อุบัติเหตุจราจร ขับรถจักรยานยนต์ตกลงข้างถนน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นมา 3 ชั่วโมง ตรวจร่างกาย: สภาพทั่วไปผู้ป่วยเพศชาย GCS แรกรับ E3VTM5 pupil 3 min RTL BE Motor power right grade IV, Left grade V. On ET -tube No.7.5 deep 21 cms. อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 99% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: Sodium 140 mmol/L Potassium 3.54 mmol/L Co2 24.0 mmol/L Chloride 111. mmol/L. DTX 110mg% , Hct 37 vol%. การประเมิน Airway with Cervical spine Protection -ผู้ป่วย GCS E2VTM5 =8 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่ม Severe Head injury ผล CT Scan: Large lens shape hyperdense lesion at left fronto parietotemporal

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพการประเมินและการจัดการภาวะฉุกเฉิน ABDCE

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	-ผู้ป่วยGCS E3V5M6 = 14 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่ม Mild Head injury กลุ่ม High risk มีเลือดออกในสมอง ผลCT Scan: Acute Intra parenchymal hemorrhage, minimal acute SAH at left temporal sulci, thin acute SDH along left cerebral convexity. -ผลการตรวจศีรษะ มีแผลที่บริเวณศีรษะเป็นแผล ลำคอ ไม่พบบาดแผล ไม่มีอาการปวดต้นคอ ไม่มีอาการชาร้าวลงแขน -ไม่พบสิ่งอุดกลั้นทางเดินหายใจ หายใจได้เอง อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ไม่มีหายใจเสียงดัง เสียงผิดปกติ เช่น Snoring, gurgling หรือเสียงเบา Oxygen saturation = 99%	convexity, measured about 3.5 cms. in maximum thickness; large EDH is likely. Focal hyperdense lesion at left parital lobe. -ผลการตรวจศีรษะ มีแผลที่บริเวณศีรษะ ขนาด 5 cms. ยังไม่ได้ suture แผลมีเลือดซึมไม่ Active ลำคอ ไม่พบบาดแผล On collar ไว้ -ผู้ป่วยหายใจไม่ได้ On ET -tube No.7.5 deep 21 cms. อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที on Ventilator PCV mode IP16 RR=16 PEEP 5, Fio2 0.4 Oxygen saturation = 99%
B: Breathing	ประวัติ: ไม่มีประวัติเหนื่อยหอบหายใจลำบาก ตรวจร่างกาย:ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด บริเวณทรวงอก ไม่มีอกบุ๋ม นูน การขยายตัวสัมพันธ์กับการหายใจเข้าออกไม่ได้ยินเสียง crepitation สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Capillary refill < 2 sec, Oxygen saturation = 99% การประเมิน B: Breathing การหายใจ ลักษณะการหายใจอัตราการหายใจ ปกติ ไม่มีเสียงกรน ,คลุกคลิกในลำคอ เสียงแหบ ผู้ป่วยหายใจได้ปกติ	ประวัติ: โรคความดันโลหิตสูงหัว รับการรักษาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลชุมชน และเข้ารับการตรวจตามนัด ตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ On ET -tube No.7.5 deep 21 cms. อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที on Ventilator PCV mode IP16 RR=16 PEEP 5, Fio2 0.4 การประเมิน B: Breathing บริเวณทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี บริเวณทรวงอก ไม่มีอกบุ๋ม นูน การขยายตัวไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังปอดไม่ได้ยินเสียง Crepitation การหายใจสม่ำเสมอ สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที Oxygen saturation = 99%
C: Circulation	ประวัติ:ผู้ป่วยปฏิเสธโรคระบบการไหลเวียน ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน รับการรักษาต่อเนื่อง ตรวจร่างกาย:ความดันโลหิต 142/96 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure 69 mmHg ชีพจร 76 ครั้ง/นาที Capillary refill < 2 sec Oxygen saturation = 99% การประเมิน C: Circulation ตรวจกดเล็บประเมินCapillary refill < 2 Sec. ประเมินการเสียเลือด ไม่พบตำแหน่งที่มีเลือดออก มีศีรษะบวมโนขนาด 2 cms. ไม่พบ hematoma ค่า Hct 40 vol% ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV rate 80 ml/hrs.	ประวัติ:ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ตรวจร่างกาย:ความดันโลหิต 130 /82 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure 63 mmHg ชีพจร 88 ครั้ง/นาที Capillary refill < 2 sec Oxygen saturation = 99% การประเมิน C: Circulation ตรวจกดเล็บประเมินCapillary refill < 2 Sec. ประเมินการเสียเลือด พบตำแหน่งที่มีเลือดออก มีแผลบริเวณศีรษะด้านขวา ขนาด 5 cms.ยังไม่ได้เย็บแผล ไม่Active bleed ค่า Hct 37 vol% ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV rate 100 ml/hrs.
D: Disability	ประวัติ:ล้มศีรษะกระแทกพื้น จำเหตุการณ์ได้ มีอาการปวดศีรษะและอาการวิงเวียน เป็นมา 8 ชั่วโมง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: ระดับความรู้สึกตัว GCS E3V5M6 pupil 3min. react to light both eyes ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ตอบสนองได้ถูกต้อง ไม่มีอาการสับสนทำตามคำบอกถูกต้อง การประเมิน D: Disability ขณะรับการรักษา ระดับGCS ไม่ลดลง ไม่ง่วงซึม การตอบสนองคงที่ ,Pupil non change GCS E3V5M6 pupil 3min. react to light both eyes ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่ง สัญญาณชีพ ชีพจร 76 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 142/96 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure 63 mmHg	ประวัติ:อุบัติเหตุจราจร ขับรถจักรยานยนต์ตกลงข้างถนนสลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นมา 3 ชั่วโมง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: แรกรับระดับความรู้สึกตัว GCS E2VTM5 pupil 2 mms. react to light both eyes motor power Right grade 4 left grade 5 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองตามคำสั่ง การประเมิน D: Disability ขณะรับการรักษา ระดับGCS E2VTM5 ไม่ลดลง การตอบสนองคงที่ ,Pupil pupil 2 min react to light both eyes non change ไม่มีอาการ อาเจียนพุ่ง สัญญาณชีพ ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130 /82 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure 69 mmHg

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพการประเมินและการจัดการภาวะฉุกเฉิน ABDCE

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
E: Exposure	ประวัติ: หกล้มไม่สลบ ตรวจร่างกาย: มีศีรษะด้านขวาบวมโนขนาด 2 cms.ไม่มี hematoma การประเมิน E: Exposure ตรวจสอบร่างกายไม่มีการบาดเจ็บตามร่างกาย พบบริเวณศีรษะด้านขวามีมีศีรษะด้านขวาบวมโนขนาด 2 cms.ไม่มี hematoma	ประวัติ: อุบัติเหตุจราจร ขับรถจักรยานยนต์ตกลงข้างถนน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ตรวจร่างกาย: พบตำแหน่งที่มีเลือดออก มีแผลบริเวณศีรษะด้านขวา ขนาด 5 cms.ยังไม่ได้เย็บแผล ไม่Active bleed ค่า Hct 37 vol% การประเมิน E: Exposure ตรวจสอบร่างกายมีมีแผลบริเวณศีรษะด้านขวา ขนาด 5 cms.ยังไม่ได้เย็บแผล ไม่Active bleed

ตารางที่. 2 การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	**การวินิจฉัย** Intra parenchymal Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage at right frontal lobe. **อาการและอาการแสดง** GCS E3V5M6 pupil 3 mm reac to light both eyes Motor power left grade V, right grade V, ประเมิน ADL แรกรับ 100 คะแนน MRS 0คะแนน DTX 170mg%. Hct 40 vol% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร 76 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/96 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	**การวินิจฉัย** Traumatic brain injury with Epidural Hemorrhage **อาการและอาการแสดง** GCS E2VTM5 pupil 3 min RTL BE Motor power right grade IV, Left grade V. ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ On ET -tube No.7.5 deep 21 cms. อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที on Ventilator PCV mode IP16 RR=16 PEEP 5, Fio2 0.4 DTX 110 mg%, Hct 37 vol%. ประเมิน ADL 0 คะแนน MRS 5 คะแนน สัญญาณชีพ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130 /82 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	**การวินิจฉัย** **กรณีศึกษารายที่ 1** Intra parenchymal Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage at right frontal lobe. **กรณีศึกษารายที่ 2** Traumatic brain injury with Epidural Hemorrhage **กรณีศึกษารายที่ 1** เข้ารับการรักษาด้วยอาการล้มศีรษะกระแทกพื้น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง มีพยาธิสภาพมีภาวะเลือดออกในสมองบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง ผลการตรวจทCT Scan : Acute Intra parenchymal hemorrhage, minimal acute SAH at left temporal sulci, thin acute SDH along left cerebral convexity. ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน **กรณีศึกษารายที่2** เข้ารับการรักษาด้วยอาการ อุบัติเหตุจราจร ขับรถจักรยานยนต์ตกลงข้างถนน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นมา 3 ชั่วโมง ผลการตรวจ CT Scan: Large lens shape hyperdense lesion at left fronto parietotemporal convexity, measured about 3.5 cms. in maximum thickness; large EDH is likely. Focal hyperdense lesion at left parietal lobe. มีเลือดออกที่สมอง บริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมองด้านซ้ายและมีภาวะสมองบวม จึงเกิดพยาธิสภาพที่แขนและขาด้านขวา

ตารางที่. 2 การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
2.แผนการรักษา	<u>Medication</u> -CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte DTX 170 mg%, DTX ทุก 6 hrs keep 80-200 mg% -Hct 40vol% -CT brain non-contrast emergency -CXR, right fore arm AP+lateral, EKG -0.9% NSS 1000ml IV 80 ml/hr -ปรึกษาศัลยกรรมระบบประสาท - Dilantin 1 gm + NSS 100 ml IV in 30 min. -Omeprazole 40 mg IV OD - Dexamethasone 4 mg IV q 6hrs - Ibuprofen (400mg) 1 tab tid pc. -Admit AE conservative treatment	<u>Medication</u> CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte DTX 110mg%, DTX ทุก 6 hrs. keep 80-200 mg% - Hct 37 vol%. CT brain non-contrast (จาก รพช.) -CXR, ECG -0.9% NSS 1000ml IV 100 ml/hr -ปรึกษาศัลยกรรมระบบประสาท - Set OR for craniectomy with remove blood clot under GA -G/M PRC 4 unit, FFP 4 unit, Plt conc 4 unit -Cefazolin 1gm IV q 6 hrs. -Dilantin 1 gm + NSS 100 ml IV in 30 min. -Omeprazole 40 mg IV OD - Dexamethasone 4 mg IV q 6hrs -จอง ICU	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการเจาะเลือดเพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกาย แก่ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte DTX ทุก 6 hrs. keep 80-200 mg% , Hct ได้รับการรักษา ด้วยการ CT Scan เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง และปรึกษาศัลยกรรมระบบประสาท มีคำสั่งรักษาด้วยการให้ Dilantin 1 gm + NSS 100 ml IV in 30 min.,Omeprazole 40 mg IV OD, Dexamethasone 4 mg IV q 6hrs **ความแตกต่าง** คือ กรณีศึกษารายที่1 ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment เข้ารับการรักษาในแผนก IPD เพื่อสังเกตอาการทางสมอง ยาที่ได้รับมีเพิ่มยาIbuprofen (400mg) 1 tab tid pc. กรณีศึกษารายที่ 2 มีแผนการรักษาให้ผ่าตัดสมอง craniectomy with remove blood clot under GA และเตรียมเลือด G/M PRC 4 unit, FFP 4 unit, Plt conc 4 unit ไปห้องผ่าตัด และเพิ่มยา Cefazolin 1gm IV q 6 hrs. และให้จองICU หลังการผ่าตัดสมอง
	การผ่าตัด ไม่ได้ผ่าตัด	**การผ่าตัด** ผ่าตัดสมอง craniectomy with remove blood clot under GA วันที่ 15 เมษายน 2569	กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองและระดับความรู้สึกตัวลดต่ำลง GCS E2VTM5 มีข้อบ่งชี้ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง
	การตรวจพิเศษ CT Scan : Brain non contrast ผลการตรวจ: Acute Intra parenchymal hemorrhage, minimal acute SAH at left temporal sulci, thin acute SDH along left cerebral convexity.	**การตรวจพิเศษ** CT Scan : Brain non contrast ผลการตรวจ: Large lens shape hyperdense lesion at left fronto parietotemporal convexity, measured about 3.5 cms. in maximum thickness; large EDH is likely. Focal hyperdense lesion at left parietal lobe. Scalp hematoma at left parietal region.	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับ การตรวจพิเศษ CT Scan เพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพที่สมองและมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่งแตกต่างกัน จึงส่งผลให้มีพยาธิสภาพคนละตำแหน่ง **กรณีศึกษารายที่ 1** มีพยาธิสภาพมีภาวะเลือดออกในสมองบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง ผลการตรวจCT Scan Brain non contrast มีพยาธิสภาพเลือดออกในสมอง เลือดออกแบบเฉียบพลันบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองบริเวณด้านซ้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและอาเจียน **กรณีศึกษารายที่2** มีพยาธิสภาพมีเลือดออกที่สมอง บริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมองด้านซ้ายและมีภาวะสมองบวม จึงเกิดพยาธิสภาพที่แขนและขาด้านขวา
	การนัด F/U OPD Neuro ศัลยกรรม 2 week.	**F/U** F/U OPD Neuro ศัลยกรรม 2 week.	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการนัดเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองและระดับความรู้สึกตัวลดลง กรณีศึกษารายที่ 2	1. ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด ตรวจสอบตำแหน่ง ET -tube No.7.5 deep21cms.ดูแลการได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ Volume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามค่า O2sat 2. ติดตามและประเมินระดับออกซิเจนในเลือด (SpO2) Keep > 95% 3. สังเกตอาการของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ผิวซีด เขียว หรือหายใจเร็ว 4. จัดท่าให้ผู้ป่วยยกศีรษะสูง (Fowler's position) เพื่อช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น 5.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าเยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการซีดเขียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเทา เยื่อบุผิวหนังลักษณะการซีด เขียว แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน 6. ดูแลช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 7. วัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ เพื่อติดตามภาวะพร่อง ออกซิเจน 8. ดูแลติดตามผลการตรวจ Film CXR รายงานแพทย์เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการขยายตัวของปอด 9. ติดตามค่า CO_2 เนื่องจากการติดเชื้อเซลล์จะมีความต้องการการใช้ ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก มากขึ้น จนอยู่ในภาวะด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) และเฝ้าระวังภาวะmetabolic acidosis และการคั่งของกรดแลคติกตามมา ส่งผลให้ เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
2.มีภาวะเลือดออกในสมองเนื่องจากศีรษะได้รับบาดเจ็บและกระทบกระเทือน กรณีศึกษารายที่ 1, 2	1. บันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกิริยาของรูม่านตา และการเคลื่อนไหว หาก Glasgow Coma Scale ลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รายงานแพทย์ 2. ต่อเครื่องช่วยหายใจ on Ventilator PCV mode IP16 RR=16 PEEP 5, Fio2 0.4 ตามแผนการรักษาของแพทย์ keep SPO_2 >95 3. ดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น เพื่อป้องกันการเกิดความดันในกะโหลกที่ศีรษะที่เพิ่มขึ้น 4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา และจัดให้ศีรษะลำคออยู่ในแนวเดียวกับลำตัว 5. ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml IV drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. โกนศีรษะของผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อเตรียมตัวในการผ่าตัด 7. เจาะเลือดตามแผนการรักษา และจองเลือด G/M PRC 4 unit, FFP 4 unit, Plt conc 4 unit เตรียมพร้อมในการผ่าตัด (กรณีศึกษารายที่2) พร้อมทั้งติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 8. อธิบายเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำผ่าตัด 9. ให้ญาติเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมการผ่าตัด 10.ประสานส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด นำส่งผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ และ Monitor สัญญาณชีพก่อนนำส่งและขณะนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
3.เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมองร่วมกับกะโหลกศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน กรณีศึกษารายที่ 1,2	1. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก ให้เลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า 2. แนะนำให้เลี่ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ 3. แนะนำให้เลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา 4. วัดและประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับ ความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง GCS ระยะความถี่ เฝ้าระวัง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป รูม่านตา ขยายไม่เท่ากันหรือ GCS แย่ลง มีชักเกร็ง ต้องให้การช่วยเหลือรายงานแพทย์ทันที 5. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบ ประสาททุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังการมี ชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดัน โลหิตสูงขึ้น Pulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่ สม่ำเสมอเร็วสลับหยุด หายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา 6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาและเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา 7. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ ประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กรณีศึกษารายที่ 1,2	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที4 ครั้ง ทุก 30 นาที2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ (ความถี่ต่างกัน) และประเมินระดับความรู้สึกตัวโดย GCS พร้อมประเมินลักษณะของม่านตา ปฏิกิริยาต่อแสง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที 2. ติดตาม Hct และ CBC พร้อมรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ 3. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ MAP < 65, mmHg SBP < 140 mmHg. หรือ > 200 mmHg., HR > 100 ครั้ง/นาที, Hct <30% หรือลดลงจากเดิม 3% 4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Early warning sigs) และรายงานแพทย์เมื่อพบ อาการดังต่อไปนี้1)ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้นา 2)systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressureจะต่ำลงเล็กน้อยไม่ได้สัดส่วน กับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น 3)อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ และ 4)ระดับความรู้สึกตัวลดลง ≥ 2 คะแนน 5. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลาคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า 90 องศา 6. ประเมินความปวด พร้อมบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสุขสบาย 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักแผนการรักษา Dilantin 1 gm+ NSS 100 ml IV in 30min., Dexamethasone 4 mg IV q 6hrs ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังการแพ้ยา 8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ก่อนและหลังดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ รวมทั้งสังเกตและบันทึกค่า O2 sat ให้ ≥ 95 %
5. มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 2	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนาตนเองอธิบายเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้าทางหลอดเลือดดา การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายระบายของเหลวจากกระเพาะอาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ 3. เตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย งดน้างดอาหารทุกชนิด โกนศีรษะ และใส่สายสวนปัสสาวะ 4. เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การจองเลือดและส่วนประกอบของเลือด 5. เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ได้แก่ ใบยินยอมการผ่าตัด ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา เช็คป้ายข้อมือ การบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท และประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี 6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
6.ไม่สุขสบายปวดเนื่องจากศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน กรณีศึกษารายที่ 1	1.ประเมินระดับความปวดโดยใช้ pain scale ทุก 4-6 ชั่วโมง 2.ใช้เทคนิคบรรเทาปวดอื่นร่วมด้วย เช่น การประคบเย็นบริเวณรอบๆ (หากแพทย์อนุญาต) การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น เปิดเพลงเบาๆ การหายใจช้าและลึก 3. บรรเทาความปวด ให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ (Ibuprofen (400mg) 1 tab tid pc. และใช้เทคนิคไม่ใช้ยา: จัดท่าผู้ป่วยให้สบาย (ยกศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดความดัน intracranial) ประคบเย็นรอบแผล (หากแพทย์อนุญาต) เพื่อลดการอักเสบ นวดเบาๆ บริเวณคอ/ไหล่เพื่อคลายกล้ามเนื้อตึง 4. ประเมินและติดตามอาการ บันทึกระดับความปวดก่อนและหลังให้ยา สังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ง่วงซึม, คลื่นไส้ 5. สอนผู้ป่วยและครอบครัว ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจลึกๆ ระวังอาการที่ต้องแจ้งแพทย์ เช่น ปวดรุนแรงขึ้น, ปวดร่วมกับอาเจียนพุ่ง 6. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน กระตุ้นให้เปลี่ยนท่าบ่อยๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับ ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยแกะหรือเกาแผลที่บริเวณหัว
7. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีบาดแผลเปิดที่บริเวณศีรษะ กรณีศึกษารายที่ 2	1. ประเมินเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อของบาดแผลและอาการทางคลินิก ดังต่อไปนี้ 1) อุณหภูมิกายมากกว่า 38° C หรือน้อยกว่า 36° C 2) อัตราเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจมากกว่า20 ครั้ง/นาที 4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000cell/mm3 หรือน้อยกว่า 4,000 cell/mm3 2. ประเมินอาการติดเชื้อบริเวณศีรษะ ได้แก่ สภาพแผล ปวด บวม แดง ร้อน แผลมี discharge ซึมมากขึ้นหรือมีกลิ่นเหม็นมากขึ้น 3. ติดตามผล CBC ตามแผนการรักษา 4. Dressing แผลบริเวณศีรษะ ยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm IV q 6 hrs.ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังการแพ้ยา

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บที่สมองร่วมกับภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
8. การสื่อสารทางคำพูดบกพร่องเนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอ กรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวชนิดความผิดปกติในการสื่อสาร 2. ประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยก่อนและหลังใส่ท่อหลอดลมคอรวมถึงการใช้วิธีการสื่อสารอื่นที่ไม่ต้องใช้เสียง 3. ประเมินระดับความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจที่เกิดจากการไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ 4. จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น กระดานเขียน กระดาษและปากกา ภาษามือ หรือแผ่นบัตรสัญลักษณ์ 5. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการสื่อสารมาใช้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การใช้สีหน้าท่าทาง การอ่านริมฝีผาก การพยักหน้าหรือส่ายหน้าเจ้าหน้าที่ถามโดยการพูดช้าๆ ชัดๆ 6.ขณะสื่อสารอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดเจน สบตาขณะพูด และพูดโดยตรงกับผู้ป่วย 7. ให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความรู้สึกคับข้องใจต่อการสื่อสารหรือสังเกตความขับข้องใจของผู้ป่วย
9.เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น ความมั่นคงของการเดิน ความสามารถในการทรงตัว และสัญญาณชีพที่อาจส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม 2. ประเมินการใช้ยาที่อาจทำให้เกิดอาการมึนงงหรืออ่อนแรงเพื่อวางแผนการเคลื่อนย้ายที่เหมาะสม 3. หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มเตรียมอุปกรณ์ช่วยพยุง เช่น เก้าอี้รถเข็น ไม้เท้า 4. ตรวจสอบพื้นที่รอบๆ ให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้ผู้ป่วยสะดุดหรือล้ม 5. ใช้เครื่องป้องกันการล้ม เช่น ราวพยุง หรือแผ่นรองกันลื่น เพื่อป้องกันการหกล้ม 6. ตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้าย เช่น รถเข็นหรือเตียงให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน 7. ให้การสนับสนุนทางกาย เช่น ช่วยประคองหรือพยุงตัวผู้ป่วยในระหว่างการเคลื่อนย้าย 8. เฝ้าระวังสัญญาณอาการมึนงง หรือความไม่สมดุลของร่างกาย หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ควรหยุดการเคลื่อนย้ายและให้การช่วยเหลือทันที 9. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังการเคลื่อนย้ายหรือการตรวจ 10. สังเกตสัญญาณผิดปกติ เช่น อาการมึนงง หรือการอ่อนแรงที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการตรวจหรือเคลื่อนย้าย 11. รายงานแพทย์ทันทีหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม
10.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจในการเจ็บป่วย กรณีศึกษาที่ 1,2	1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคบาดเจ็บที่สมอง การเข้าใจเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการดูแลสุขภาพ 2. สอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน 3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงลักษณะของโรค สาเหตุ และผลกระทบของโรคบาดเจ็บที่สมอง ต่อร่างกาย เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว แขนและขาอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น หรือระดับความรู้สึกตัวลดต่ำลง 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา เช่น ยากันชัก ยาควบคุมความดันโลหิต และยาปฏิชีวนะ ยาลดสมองบวม ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน รวมทั้งยาแก้ปวดที่ใช้ในการรักษาและอธิบายผลข้างเคียงที่ควรระวัง 5. แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น จากการทำกิจกรรม การทำงาน หรือการประกอบอาชีพ 6. แนะนำผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย ทำกิจกรรม ตามคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ 7. แนะนำการพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดภาวะอ่อนเพลียและฟื้นฟูร่างกาย 8. สอนผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว แขนและขาอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น หรือระดับความรู้สึกตัวลดต่ำลงและให้รีบพบแพทย์ทันที 9. ติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยและญาติ และให้การปรับปรุงหากพบข้อผิดพลาดหรือความไม่เข้าใจ

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์และนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าได้รับบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองทั้ง 2 ราย ได้ให้การดูแลและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองและการควบคุมอาการ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตามแผนการรักษาของแพทย์ **กรณีศึกษารายที่ 1** ประวัติการเจ็บป่วย มาด้วยหกล้มมีศีรษะกระแทกพื้น ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ได้ อาการแรกรับ GCS E3V5M6 pupil 3min reac to light both eyes. Motor power grad V all. พบอาการเวียนศีรษะและมีอาการปวด มีแผนการรักษาคือ ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อหาสาเหตุ ผลการ

ตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์มีภาวะเลือดออกในสมองในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง แผนการรักษาส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท conservative treatment ให้ยาป้องกันอาการชักเกร็ง ยาลดสมองบวมและยาลดปวด Dilantin 1 gm + NSS 100 ml IV in 30 min., Omeprazole 40 mg IV OD., Dexamethasone 4 mg IV q 6hrs., Ibuprofen (400mg) 1 tab tid pc. และให้รักษาที่แผนกผู้ป่วยใน เพื่อสังเกตอาการทางสมอง หลงรับการรักษาอาการทุเลาสามารถจำหน่ายกลับบ้าน **กรณีศึกษารายที่ 2** รับส่งต่อจาก รพ.ชุมชน เข้ารับการรักษาด้วยอาการอุบัติเหตุจราจร ขับรถจักรยานยนต์ตกลงข้างถนน สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นมา 3 ชั่วโมง ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อาการแรกรับ E2VTM5 pupil 2 min ผู้ป่วยประสิทธิภาพการหายใจลดลง on Et tube no.7.5 deep 21cms.ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด pressure control หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์มีภาวะเลือดออกในสมอง ในชั้นเหนือเยื่อหุ้มสมอง แพทย์มีแผนการรักษาให้ผ่าตัด และเตรียมเลือด เตรียมรางกายและแจ้งญาติในการผ่าตัดสมองในภาวะเร่งด่วน พร้อมทั้งประสานความพร้อมของเตียงในแผนกผู้ป่วยหนัก หลังรับการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคบาดเจ็บที่สมอง และติดตามการรักษาต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะวิกฤตฉุกเฉิน การประเมินและคัดกรองเบื้องต้น และนำมาวางแผนการพยาบาลได้ตรงกับอาการเจ็บป่วยในแต่ละรายได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ จากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การระบุปัญหาที่ชัดเจน สามารถนำปัญหามาวางแผนการพยาบาลที่เร่งด่วนและสำคัญได้ พร้อมทั้งให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และมีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กรณีศึกษามีภาวะเลือดออกในสมองซึ่งเป็นภาวะวิกฤตมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตหรือพิการตามมาสูง หากไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้องและการรักษาที่รวดเร็ว การประเมินแรกรับ ด้วยการคัดกรองเบื้องต้นตามหลัก Triage การซักประวัติการบาดเจ็บเบื้องต้นตาม AMPLE การประเมินผู้ป่วยยึดหลักของ ABCDE ตรวจร่างกาย head to toe และการทำ Primary surveyและ secondary survey ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของโรคได้ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการคัดกรองประเมินเบื้องต้นรวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่สมอง เป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยเริ่มจากการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้รับบริการให้รวดเร็วและทันระยะเวลาที่กำหนด และกระบวนการวินิจฉัยโรคจากการศึกษาและให้การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผลการให้การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้[4,7,8]

ข้อเสนอแนะ

1.การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ควรเน้นการสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปให้ตระหนักป้องกันการเกิดเกิดอุบัติเหตุ การรณรงค์ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การสวมหมวกนิรภัย และเมื่อเกิดเหตุเรียกใช้ 1669 จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับบริการได้เร็วขึ้น สามารถลดความพิการและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ รพ.ชุมชนแรกรับจนกระทั่งนำส่งถึงโรงพยาบาล pre hospital care, in hos hospital care และ post hospital care เพื่อให้เป็นมาตรฐานการดูแลรักษาโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบ

3.พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรพัฒนาสมรรถนะการ Triage และการทำ Primary surveyและ secondary survey เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

3.การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและผนวกเข้าโปรแกรมการ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

4.การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลภายใต้ ชี้แนะ สอนสาธิต และให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). *The global injury report: Accelerating action on traumatic brain injury prevention and management*. World Health Organization
2. Dewan, M. C., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R. E., Hung, Y. C., Punchak, M., Agrawal, A., Adeleye, A. O., Shrime, M. G., Rubiano, A. M., Rosenfeld, J. V., & Park, K. B. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*, *130*(4), 1080–1097. https://doi.org/10.3171/2017.10.JNS17352
3. Suriyawongpaisal, P., Thongtan, T., & Plitponkarnpim, A. (2021). Challenges in pre-hospital trauma care and referrals for traumatic brain injury in Southeast Asia. *Lancet Regional Health - Southeast Asia*, *2*, 100015. https://doi.org/10.1016/j.lansea.2021.100015
4. ชนกพร จิตปัญญา, สุปราณี เทศสมบูรณ์, และ ทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทในระยะวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2565*. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2566). *รายงานสถิติสาธารณสุขและอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปีงบประมาณ 2566*. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
7. สมาคมพยาบาลด้านการบาดเจ็บ. (2565). *แนวทางการดูแลรักษาและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระยะเฉียบพลัน*. ไอดีออล ดิจิตอล พรินท์.
8. Haddow, G. D., Bullock, J. A., & Coppola, D. P. (2021). *Introduction to emergency management* (8th ed.). Butterworth-Heinemann.

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน: กรณีศึกษา

The role of scrub nurses in caring for patients undergoing endoscopic examination of the bile ducts and pancreas: A case study.

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

นิตดาพร มาตรา[1]
Nitdaporn Matra[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) เปรียบเทียบลักษณะการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านอายุ พยาธิสภาพ และโรคร่วม รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมรายบุคคล โดยศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกตขณะปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะอุดกั้นของทางเดินน้ำดีจากนิ่วร่วมกับการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี แต่มีความแตกต่างด้านอายุ โรคร่วม และความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 57 ปี มีภาวะ Acute Cholangitis การพยาบาลเน้นการควบคุมการติดเชื้อ การประเมินสัญญาณชีพ การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ERCP เช่น pancreatitis และ bleeding ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 75 ปี มีโรคร่วมหลายระบบ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมกับการใช้ยา Warfarin ส่งผลให้การพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น การพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกจากการทำ EST ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะ hemodynamic instability และภาวะไตวายเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด รวมถึงติดตามค่า INR, electrolyte, renal function และ urine output อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: พยาบาลห้องผ่าตัด, การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน, ERCP, การพยาบาลผู้ป่วย, กรณีศึกษา

Abstract

This case study aimed to examine the role of scrub nurses in caring for patients undergoing Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), compare nursing care among patients of different ages, pathophysiology, and comorbidities, and analyze individualized nursing problems and appropriate nursing management. Two patients receiving ERCP treatment at Kalasin Hospital were selected as case studies. Data were collected from medical records, direct observation during practice, patient and family interviews, and laboratory findings. Data analysis was conducted using the nursing process integrated with holistic nursing care and Orem's self-care theory.

The findings revealed that both patients had biliary obstruction caused by common bile duct stones with cholangitis; however, they differed in age, comorbidities, and complexity of health conditions. Case 1 was a 57-year-old male diagnosed with acute cholangitis. Nursing care focused on infection control, monitoring vital signs, preventing hypoxia, maint aining airway security, and observing post-ERCP complications such as pancreatitis and bleeding. Case 2 was a 7 5 - year-old female with multiple comorbidities, including diabetes mellitus, hypertension, chronic kidney disease, and atrial fibrillation

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

receiving Warfarin therapy. Nursing care for this patient was more complex and required close monitoring for post-EST bleeding, cardiac arrhythmia, hemodynamic instability, and acute kidney injury, as well as continuous monitoring of INR, electrolyte levels, renal function, and urine output.

Keywords: Scrub nurse, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, ERCP, Nursing care, Complications, Case study

บทนำ

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreato - graphy : ERCP) เป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนสูง ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร รังสีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากหัตถการนี้ต้องดำเนินการในห้องผ่าตัดหรือห้องส่องกล้องที่มีเครื่องเอกซเรย์แบบโปร่งแสง (Fluoroscopy) ติดตั้งอยู่ตลอดเวลา[1] พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะทางที่แตกต่างจากพยาบาลทั่วไป ทั้งในด้านการเตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือแพทย์ระหว่างทำหัตถการ และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ[7] ความยุ่งยากในการทำ ERCP ของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ ความซับซ้อนของอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำหัตถการ ซึ่งประกอบด้วยกล้องส่องชนิด Side-viewing Duodenoscope, สายสวน (Catheter), ลวดนำ (Guidewire), ตะกร้อคล้องนิ่ว (Dormia Basket), บอลลูนสำหรับดึงนิ่ว (Balloon Catheter), มีดไฟฟ้าสำหรับผ่าปากท่อน้ำดี (Sphincterotome) และท่อระบายน้ำดีชนิดต่าง ๆ (Biliary Stent)[13] พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์เหล่านี้อย่างละเอียด สามารถจัดเตรียมและส่งให้แพทย์ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง เนื่องจากในระหว่างทำหัตถการหากเกิดความล่าช้าอาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง[9] 2) การดูแลผู้ป่วยระหว่างทำหัตถการ ผู้ป่วยต้องนอนในท่าตะแคงซ้ายตลอดระยะเวลาการตรวจซึ่งอาจนานถึง 30–90 นาที พร้อมกับได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (Conscious Sedation) ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ยังรู้สึกตัวบางส่วนแต่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เต็มที่[1] พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และความผิดปกติของทางเดินหายใจตลอดเวลา[18] นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าตะแคงและมีกล้องสอดอยู่ในทางเดินอาหาร ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักและการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งพยาบาลต้องพร้อมรับมือและแก้ไขสถานการณ์ได้ทันที[15] 3) ความเสี่ยงจากรังสีเอกซ์ระหว่างการทำหัตถการ เนื่องจาก ERCP ต้องใช้ Fluoroscopy ในการนำทางและตรวจสอบตำแหน่งของสายสวนและนิ่วตลอดกระบวนการ พยาบาลและทีมสุขภาพทุกคนในห้องผ่าตัดจึงต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันรังสี เช่น ผ้ากันรังสีตะกั่ว (Lead Apron) ปลอกคอตะกั่ว (Thyroid Shield) และแว่นตากันรังสี[14] รวมถึงต้องมีการวางแผนตำแหน่งการยืนในห้องผ่าตัดที่เหมาะสมเพื่อลดการรับรังสีสะสม[9] 4) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ระหว่างทำหัตถการ ในบางกรณีแพทย์อาจพบนิ่วที่มีขนาดใหญ่เกินกว่าจะดึงออกได้ด้วยตะกร้อหรือบอลลูน จำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้เทคนิคการขบนิ่ว (Mechanical Lithotripsy) หรือการสลายนิ่วด้วยคลื่นเสียง[13] พยาบาลต้องสามารถปรับเปลี่ยนการเตรียมอุปกรณ์และรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างทำหัตถการ เช่น เลือดออกจากการผ่าปากท่อน้ำดี ทางเดินอาหารทะลุ หรือผู้ป่วยมีอาการแพ้สารทึบแสง ซึ่งต้องการการแก้ไขที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ[15,20]

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการ ERCP จึงไม่ได้อยู่เพียงการเตรียมอุปกรณ์และช่วยเหลือแพทย์ระหว่างทำหัตถการเท่านั้น แต่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด การให้ข้อมูลและลดความวิตกกังวล[5] การเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดระหว่างทำหัตถการ ไปจนถึงการส่งต่อข้อมูลที่

ครบถ้วนให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายหลังทำหัตถการ[17,18] โรคนิ่วในท่อน้ำดีซึ่งเป็นข้อบ่งชี้หลักของการทำ ERCP เกิดจากความไม่สมดุลขององค์ประกอบน้ำดี ได้แก่ ไขมัน cholesterol สูงเกินไป สาร pigment material มากเกิน หรือเกลือน้ำดี (bile acids) ลดลง จนทำให้เกิดการตกผลึกเป็นก้อนนิ่วอุดตันในท่อน้ำดี ซึ่งมักพบบริเวณส่วนปลายของท่อน้ำดีก่อนเข้าสู่ลำไส้เล็ก พบในสัดส่วนประมาณ 10–20% ของนิ่วในระบบทางเดินน้ำดีทั้งหมด[2,12] และมีแนวโน้มพบมากขึ้นในสังคมผู้สูงอายุ จากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการ ERCP ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 134 ราย ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 259 ราย และในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 240 ราย เฉลี่ย 211 ราย สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านนี้ที่เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ERCP เป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนสูง ต้องการทีมสุขภาพที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนหัตถการ การดูแลระหว่างทำหัตถการ และการติดตามดูแลภายหลังหัตถการ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ERCP จึงขึ้นอยู่กับการวางแผนการพยาบาลที่เป็นระบบ ครอบคลุม และอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ [6, 17] ทั้งนี้แม้ว่าข้อบ่งชี้ในการทำ ERCP จะมีหลายอย่าง แต่ในทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในด้านพยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรค ปัจจัยเสี่ยง และความต้องการการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง [13, 15] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางแผนการพยาบาลที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลอย่างรอบด้าน

ในการศึกษากรณีนี้ ผู้ศึกษาได้คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) มาเปรียบเทียบกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของการวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพและบริบทที่แตกต่างกัน ดังนี้ **กรณีศึกษาที่ 1** เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute Cholangitis ซึ่งเป็นภาวะการติดเชื้อในท่อน้ำดีแบบเฉียบพลัน อันเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องการการรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในวัยกลางคนซึ่งยังมีสมรรถภาพร่างกายที่ค่อนข้างดี แต่ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่อาจตามมา ถือเป็นความท้าทายสำคัญในการวางแผนการพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการเฝ้าระวังและการจัดการภาวะฉุกเฉินในห้องผ่าตัด **กรณีศึกษาที่ 2** เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Common Bile Duct (CBD) Stone with Cholangitis ซึ่งเป็นภาวะที่มีทั้งนิ่วอุดตันในท่อน้ำดีร่วมกับการติดเชื้ออักเสบ ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากทั้งตัวโรคและหัตถการ อีกทั้งยังอาจมีโรคประจำตัวหลายอย่างที่ต้องคำนึงถึงในการวางแผนการดูแล ทั้งด้านยาที่ได้รับ สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และความสามารถในการฟื้นตัว การวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทั้งสองรายได้ยึดหลักกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นกรอบหลักในการดำเนินการ บูรณาการร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงแนวคิดการวางแผนจำหน่ายที่มุ่งเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับบ้าน [9, 11, 19] ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และบริบทของการเจ็บป่วย จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด ให้สามารถวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย วางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ERCP ในหน่วยงานต่อไปได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)

2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะการวางแผนและการให้การพยาบาลในผู้ป่วย 2 ราย ที่มีความแตกต่างด้านพยาธิสภาพ อายุ และบริบทของการเจ็บป่วย

3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการการพยาบาล และแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามรายบุคคล

4. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำ ERCP

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษา (Case Study) โดยคัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนทำหัตถการ ระยะระหว่างทำหัตถการ และระยะหลังทำหัตถการ เนื้อหาครอบคลุมการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

การศึกษานี้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การคัดเลือกกรณีศึกษา เลือกผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วย ERCP ซึ่งมีความแตกต่างด้านอายุ เพศ และการวินิจฉัยโรค

2. การรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ข้อมูลจากเวชระเบียน

2.2 การสังเกตและการดูแลผู้ป่วยจริงในห้องผ่าตัด

2.3 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

2.4 ข้อมูลสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการรักษา

3. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม ประเมินโดยใช้แบบแผนสุขภาพ (Functional Heath Pattern) 11 แบบแผนของ มาร์จอรีย์ กอร์ดอน และแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามกรอบแนวคิด Functional health pattern (FANCAS) เป็นกรอบแนวคิดในการประมินภาวะสุขภาพของบุคคล และวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎี การพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation)

6. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรค ในการพยาบาล

7. รวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม

8. ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.1 ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี มาด้วยอาการ 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยให้ประวัติว่า หลังรับประทานอาหารมีอาการปวดแน่นท้อง ไม่มีปวดร้าวไปไหน ท้องแข็ง ไม่อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว จึงมาโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ปวดแน่นท้องมาก สัญญาณชีพแรกรับtemp 36.5 องศาเซลเซียส, Pulse 78 ครั้งต่อนาที, อัตราหายใจ 22 ครั้งต่อนาที, BP 176/93 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นวัณโรคปอด รักษาครบแล้ว และมีพฤติกรรมดื่มสุราขาวทุกวัน วันละประมาณ 1 ขวดเล็ก (100 มิลลิลิตร) อาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล คือ หลังรับประทานอาหารประมาณ 3 ชั่วโมง มีอาการปวดแน่นท้อง ท้องแข็ง ไม่มีอาเจียน และไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ และได้รับการส่งตรวจ CT scan upper abdomen พบก้อนนิ่วอุดตันบริเวณ distal common bile duct ร่วมกับมีการขยายตัวของท่อน้ำดี จึงถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลประจำจังหวัด แรกรับผู้ป่วยมีไข้สูง อุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 141/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที และอัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แพทย์วินิจฉัยเป็น Common bile duct stoneร่วมกับ acute cholangitis และวางแผนการรักษาด้วยการทำ ERCP	ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ อายุ 75 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2569 และจำหน่ายวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2569 ด้วยอาการสำคัญคือ ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน และปวดชายโครงขวารุนแรงร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น และอ่อนเพลีย โดยก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน อาการดีขึ้นจึงกลับบ้าน แต่ต่อมาหลังรับประทานอาหารมีอาการปวดแน่นท้องมากขึ้น อาเจียน 1 ครั้ง ปวดระดับ 10/10 คะแนน จึงกลับมารับการรักษาอีกครั้ง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน , ความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ซึ่งรับประทานยา Warfarin อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีประวัติผ่าตัดตัดนิ้วกลางเท้าขวาเมื่ออายุ 45 ปี ขณะรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลือง ไข้ หนาวสั่น จุกแน่นชายโครงขวาเหนื่อยอ่อนเพลีย สัญญาณชีพแรกรับ ได้แก่ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 186/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาด้วยการทำ ERCP ร่วมกับ EST, balloon extraction และใส่ plastic stent พร้อมให้ยาปฏิชีวนะ ยาลดกรด ยาแก้ปวด และสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง
1.2 การวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ	ผู้ป่วยชายอายุ 57 มีประวัติวัณโรคปอดและดื่มสุราเป็นประจำ เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร ร่วมกับมีไข้สูง ตรวจพบก้อนนิ่วอุดตันบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย ส่งผลให้น้ำดีคั่งและเกิดการอักเสบติดเชื้อในทางเดินน้ำดี ทำให้ค่าการทำงานของตับผิดปกติและมีอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการทำ ERCP เพื่อระบายน้ำดี เอานิ่วออก และใส่ stent ช่วยลดการอุดกั้น หลังทำหัตถการอาการปวดและการติดเชื้อดีขึ้น แต่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการงดอาหารและการติดเชื้อ จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง	ผู้ป่วยหญิงอายุ 75 ปี มีโรคประจำตัวหลายชนิด ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้รับยาวาร์ฟารินต่อเนื่อง มาด้วยอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตัวเหลือง ไข้ หนาวสั่น และอ่อนเพลียจากภาวะอุดกั้นและอักเสบของระบบทางเดินน้ำดี ภาวะดังกล่าวทำให้ค่าตับผิดปกติ การทำงานของไตลดลง และเกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ERCP ร่วมกับ EST และ balloon extraction เพื่อเอานิ่วออกและใส่ stent ระบายน้ำดี โดยพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น เลือดออกจากการใช้ warfarin ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมหลายระบบ

สรุปเปรียบเทียบ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพยาธิสรีรภาพเหมือนกัน คือ ภาวะอุดกั้นของทางเดินน้ำดีจากนิ่ว ทำให้น้ำดีคั่ง ความดันในท่อน้ำดีสูงขึ้น เกิดการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ไข้ ตัวเหลือง และค่าการทำงานของตับผิดปกติ การรักษาด้วย ERCP จึงมีเป้าหมายเพื่อเปิดทางระบายน้ำดี ลดแรงดันในท่อน้ำดี เอานิ่วออก และลดการติดเชื้อ ซึ่งเมื่อการไหลเวียนของน้ำดีกลับสู่ภาวะปกติ อาการของผู้ป่วยจึงดีขึ้นตามลำดับ ทั้ง 2 กรณีศึกษามีความแตกต่างด้านพยาธิสรีรภาพ โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยอายุ 57 ปี ไม่มีโรคร่วมรุนแรง เป็นภาวะ acute cholangitis จาก CBD stone ทำให้เกิดไข้สูง ปวดแน่นท้อง และมีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายระบบ ได้แก่ DM, HT, CKD stage 3 และ AF on warfarin ทำให้พยาธิสรีรภาพมีความซับซ้อนมากกว่า นอกจากภาวะอุดกั้นทางเดินน้ำดีแล้ว ยังมีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด ระบบไต และสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจากการทำ EST ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากโพแทสเซียมต่ำ และไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อและการไหลเวียนเลือดลดลง

ดังนั้น แม้ผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับการรักษาด้วย ERCP เหมือนกัน แต่ความแตกต่างด้านอายุ โรคร่วม และพยาธิสรีรภาพ ส่งผลให้การดูแลพยาบาลแตกต่างกัน โดยกรณีแรกเน้นการควบคุมการติดเชื้อและการฟื้นฟูหลังระบายทางเดินน้ำดี ส่วนกรณีที่สองต้องดูแลเชิงซับซ้อนครอบคลุมหลายระบบของร่างกาย เปรียบเหมือนการทำ ERCP คือการแก้จุดอุดตัน แต่จะต้องมีการดูแลสมดุลทั้งร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยทำหัตถการได้อย่างปลอดภัย

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

2.1 การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพ (GORDON)

ตารางที่ 2 การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพ (GORDON)

การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนมีอาการปวดแน่นท้องจึงมารับการรักษา มีประวัติวัณโรคปอดรักษาครบ แต่มีพฤติกรรมดื่มสุราขาวทุกวัน สะท้อนการดูแลสุขภาพยังไม่เหมาะสม	ผู้ป่วยรับรู้ความผิดปกติเมื่อมีอาการปวดท้อง ตัวเหลือง อ่อนเพลีย รีบมารับการรักษา มีโรคประจำตัวหลายโรคและรับประทานยา warfarin ต่อเนื่อง แสดงถึงการติดตามรักษาโรคเรื้อรัง
2. แบบแผนโภชนาการและการเผาพลาญอาหาร	BMI 16.52 ผอม รับประทานอาหารแล้วปวดท้อง มีไข้สูง และมีภาวะน้ำตาลต่ำหลังทำ ERCP สะท้อนภาวะโภชนาการไม่เพียงพอและการเผาผลาญผิดปกติจากการติดเชื้อ	รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้อาเจียน ตัวเหลือง อ่อนเพลีย มีค่า bilirubin และ SGOT สูงร่วมกับ CKD stage 3 ทำให้การเผาผลาญและสมดุลร่างกายผิดปกติ
3. แบบแผนการขับถ่าย	ภาวะปกติการขับถ่ายผิดปกติ ขณะเจ็บป่วยมีภาวะอุดกั้นทางเดินน้ำดี ส่งผลต่อการขับ bilirubin Lab: Total bilirubin=4.0mg/dl, direct bilirubin=2.74mg/dl	ภาวะปกติการขับถ่ายผิดปกติ วันละ 1 ครั้ง ขณะเจ็บป่วยมีถ่ายเหลวร่วมกับคลื่นไส้อาเจียน และมีตัวเหลืองจากการระบาย bilirubin สูง (2.47) ผิดปกติ
4. แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ก่อนเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แต่อ่อนเพลียจากไข้และปวดท้องหลังเกิด cholangitis	ผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายระบบ เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง
5. แบบแผนการนอนหลับ	ก่อนเจ็บป่วยนอนได้ปกติวันละ6-8ชั่วโมง ช่วงเจ็บป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอจากอาการปวดท้องและไข้สูง	ก่อนเจ็บป่วยนอนได้ปกติวันละ6-8ชั่วโมง ช่วงเจ็บป่วยนอนหลับพักผ่อนลดลงจากอาการปวดมาก หนาวสั่น และไม่สุขสบาย

ตารางที่ 2 การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพ (GORDON)

การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. แบบแผนสติปัญญาการรับรู้	รู้สึกตัวดี รับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ดี รับรู้ความปวดชัดเจน	รู้สึกตัวดี แต่มีอ่อนเพลียมากจากการติดเชื้อและโรคร่วม
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	กังวลเกี่ยวกับอาการปวดและการรักษา แต่ยังสามารถสื่อสารและร่วมมือได้ดี	วิตกกังวลมาก เนื่องจากอายุมาก โรคร่วมหลายโรค และอาการรุนแรง
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ	บทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวมีภรรยา มีบุตรต้องดูแล 2 คน และดูแลตนเองได้ก่อนเจ็บป่วย	เป็นสมาชิกในครอบครัว มีบุตรทั้งหมด4 คน อาศัยอยู่กับบุตรคนโต เมื่อเจ็บป่วยต้องพึ่งครอบครัวในการดูแลมากขึ้น
9. แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีข้อมูลผิดปกติ	ไม่มีข้อมูลผิดปกติ
10. แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด	เผชิญความเครียดได้พอสมควร ให้ความร่วมมือในการรักษา	ความสามารถในการปรับตัวลดลงจากวัยสูงอายุ โรคร่วมหลายโรค และความเจ็บปวดรุนแรง
11. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ	เชื่อมั่นการรักษา ยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการทำ ERCP	เชื่อมั่นการรักษา ยินยอมเข้ารับ ERCP และปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ระยะก่อนทำ ERCP **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำ ERCP และการดมยาสลบ 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินน้ำดี 3. เสี่ยงต่อการสำลักจากการงดอาหารและการใส่กล้องทางเดินอาหาร **เป้าหมายการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการทำ ERCP และการดมยาสลบ สามารถลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ 2. ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับหัตถการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้น 3. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามมาตรฐานก่อนการระงับความรู้สึก 4. เครื่องมือ อุปกรณ์ และระบบสนับสนุนการรักษามีความพร้อมใช้งานครบถ้วน **แผนการพยาบาล** 1. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับ ERCP ภายใต้ GA 2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าห้องผ่าตัด 3. เตรียมเครื่องมือ ERCP ให้พร้อมใช้งาน **ปฏิบัติการพยาบาล** 1. ตรวจสอบใบยินยอม ผลเลือด และการงดน้ำงดอาหาร 2. เตรียมชุด ERCP ได้แก่ side-viewing duodenoscope, guidewire, sphincterotome, balloon catheter และ stent 3. ตรวจสอบเครื่อง fluoroscopy และ suction system 4. เตรียมอุปกรณ์ airway และ emergency cart ร่วมกับทีมวิสัญญี 5. อธิบายขั้นตอนการทำ ERCP เพื่อลดความวิตกกังวล	**1. ระยะก่อนทำ ERCP** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 1. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจากการทำ EST ร่วมกับการใช้ Warfarin 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมหลายระบบ 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำ ERCP และการดมยาสลบ **เป้าหมายการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนทำ ERCP โดยมีค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับปลอดภัย 2. สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมได้ 3. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา 4. เครื่องมือ อุปกรณ์ เลือดสำรอง และยาฉุกเฉินมีความพร้อมใช้งาน **แผนการพยาบาล** 1.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนทำ ERCP 2.ลดความเสี่ยงด้านหัวใจ เลือดออก และไต **ปฏิบัติการพยาบาล** 1. ตรวจสอบ INR, platelet, electrolyte และ renal function 2. ประเมิน ECG และ hemodynamic status 3. เตรียม blood products และ emergency drugs 4. เตรียมอุปกรณ์ ERCP และ fluoroscopy system **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการทำ ERCP 2.ค่า coagulation อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย 3.อุปกรณ์พร้อมใช้งาน

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยเข้าใจการรักษาและให้ความร่วมมือ 2. อุปกรณ์ ERCP พร้อมใช้งานครบถ้วน 3. ผู้ป่วยปลอดภัยก่อนเข้ารับหัตถการ	
2. ระยะระหว่างทำ ERCP (Intra-Procedure) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการดมยาสลบและการส่องกล้อง 2. เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจระหว่างจัดท่าทำ ERCP 3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก ERCP เช่น bleeding, perforation และ pancreatitis 4. เสี่ยงต่ออันตรายจากรังสี fluoroscopy **เป้าหมายการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่งและได้รับออกซิเจนเพียงพอตลอดระยะเวลาการทำหัตถการ 2. ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเลื่อนหลุดหรืออุดกั้น 3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ERCP ได้แก่ เลือดออก ลำไส้ทะลุ หรือภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน 4. การทำ ERCP ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และปลอดภั 5. ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัยจากอันตรายของรังสี **แผนการพยาบาล** 1. ดูแลความปลอดภัยระหว่างทำ ERCP 2. สนับสนุนแพทย์ให้ทำหัตถการได้ต่อเนื่อง 3. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก ERCP และการได้รับการรระงับความรู้สึก **ปฏิบัติการพยาบาล** 1. จัดท่าตะแคงซ้ายและตรวจสอบ ET tube ไม่หักพับหรือเลื่อนหลุด 2. ยึดท่อช่วยหายใจให้แน่นก่อนจัดท่าตะแคง 3. ประสานวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ระหว่างเปลี่ยนท่า 4. ติดตาม ECG, BP, $ETCO_2$, SpO_2 อย่างต่อเนื่อง 5. ดูแล suction พร้อมใช้งานตลอดเวลา 6. ส่งอุปกรณ์ให้แพทย์ตามขั้นตอนของ ERCP อย่างถูกต้องรวดเร็ว 7. เตรียม contrast media และอุปกรณ์ extraction stoneส่งเครื่องมือ ERCP ให้แพทย์อย่างถูกต้องรวดเร็ว 8. สังเกต bleeding หลัง EST และสังเกต abdominal distension 9. สวมอุปกรณ์ป้องกันรังสี **การประเมินผลการพยาบาล** 1. หัตถการ ERCP สำเร็จ 2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะ hypoxia หรือ tube displacement 3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างทำหัตถการ	**2. ระยะระหว่างทำ ERCP** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 1. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและ hemodynamic instability 2. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจาก EST 3. เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจระหว่างทำ ERCP **เป้าหมายการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยมีระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจคงที่ตลอดระยะเวลาการทำหัตถการ 2. ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงหรือภาวะ Hemodynamic instability 3. ไม่เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการทำ EST 4. ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ไม่เลื่อนหลุดหรืออุดกั้น 5. การทำ ERCP สำเร็จตามแผนการรักษาและปลอดภัย **แผนการพยาบาล** 1.ดูแลระบบไหลเวียนและทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิด 2.ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำ ERCP **ปฏิบัติการพยาบาล** 1. ตรวจสอบ ET tube fixation ก่อนเริ่มส่องกล้อง 2. Monitor ECG, BP, $ETCO_2$, SpO_2 ต่อเนื่อง 3. สังเกต bleeding ระหว่าง EST 4. ส่งอุปกรณ์ ERCP ให้แพทย์อย่างถูกต้อง 5. เตรียม hemostatic device และ emergency equipment 6. ดูแลการจัดท่าป้องกัน pressure injury **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วย hemodynamic stable 2.ไม่มีภาวะ massive bleeding 3.ERCP สำเร็จโดยปลอดภัย
3. ระยะหลังทำ ERCP **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลัง ERCP เช่น pancreatitis และ bleeding 2. ปวดไม่สุขสบายหลังหัตถการ 3. เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจหลังถอดท่อช่วยหายใจ **เป้าหมายการพยาบาล**	**3. ระยะหลังทำ ERCP** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** 1.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลัง EST 2.เสี่ยงต่อไตวายเฉียบพลัน 3.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังดมยาสลบ **เป้าหมายการพยาบาล**

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย มีสัญญาณชีพคงที่ 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ERCP ได้แก่ pancreatitis, bleeding หรือภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น 3. ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงและสุขสบายมากขึ้น 4. สามารถส่งต่อการดูแลไปยังหอผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย **แผนการพยาบาล** 1.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลัง ERCP 2.ดูแลการฟื้นตัวหลังการได้รับการระงับความรู้สึก **ปฏิบัติการพยาบาล** 1. ประเมินการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวหลังการได้รับการระงับความรู้สึก 2. เฝ้าระวังอาการปวดท้องรุนแรง ไข้ อาเจียน หรือเลือดออก 3. ติดตามสัญญาณชีพ 4. ส่งต่อข้อมูลสำคัญให้พยาบาลหอผู้ป่วย **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังดมยาสลบได้ดี 2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลัง ERCP 3.สัญญาณชีพคงที่	1. ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัยและมีสัญญาณชีพคงที่ 2. ไม่เกิดภาวะเลือดออกหลังทำ EST หรือภาวะแทรกซ้อนจาก ERCP 3. การทำงานของไตคงที่ มีปริมาณปัสสาวะเพียงพอ และไม่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน 4. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้องและปลอดภัย **แผนการพยาบาล** 1.เฝ้าระวัง bleeding และ renal complication 2.ดูแลการฟื้นตัวอย่างปลอดภัย **ปฏิบัติการพยาบาล** 1.ประเมินสัญญาณชีพและ oxygen saturation ต่อเนื่อง 2.สังเกต hematemesis, melena และ abdominal pain 3.ติดตาม urine output และ renal function 4.ส่งต่อข้อมูลสำคัญแก่หอผู้ป่วย **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ไม่มีภาวะเลือดออกหลัง ERCP 2.การทำงานของไตคงที่ 3.ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังได้อย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) จำนวน 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีพยาธิสภาพที่เหมือนกัน คือ ภาวะอุดกั้นของทางเดินน้ำดีจากนิ่ว ส่งผลให้เกิดการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดีและมีอาการปวดท้อง ไข้ ตัวเหลือง และค่าการทำงานของตับผิดปกติ แต่มีความแตกต่างกันด้านอายุ โรคร่วม และความซับซ้อนของการเจ็บป่วย โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 57 ปี มีภาวะ Acute Cholangitis ไม่มีโรคร่วมสำคัญ การพยาบาลจึงเน้นการควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 75 ปี มีโรคร่วมหลายระบบ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมกับการได้รับยา Warfarin ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก หัวใจเต้นผิดจังหวะ และไตวายเฉียบพลัน ส่งผลให้การวางแผนการพยาบาลมีความซับซ้อนและต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดมากกว่า

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการทำ ERCP ได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งระยะก่อนทำ ระหว่างทำ และหลังทำหัตถการ รวมถึงสามารถเตรียมอุปกรณ์เฉพาะทาง เช่น duodenoscope, guidewire, sphincterotome, balloon catheter และ biliary stent ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว อีกทั้งยังช่วยพัฒนาทักษะในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น bleeding, perforation, pancreatitis และภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ จุดเด่นของการศึกษาคือเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนการปฏิบัติงานจริงและแสดงให้เห็นความแตกต่างของการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจน ส่วนจุดด้อยคือเป็นการศึกษาเพียง 2 กรณีศึกษา ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงผลไปใช้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มได้ทั้งหมด และยังไม่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงสถิติในวงกว้างได้

บทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วย ERCP คือ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์เฉพาะทางให้พร้อมใช้งาน การประสานงานร่วมกับทีมแพทย์และวิสัญญีตลอดจนการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำหัตถการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการดูแลทางเดินหายใจ การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การติดตามภาวะเลือดออกจากการทำ EST และการป้องกันอันตรายจากรังสี fluoroscopy รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องหลังทำ ERCP เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น pancreatitis, bleeding และการอุดกั้นทางเดินหายใจหลังดมยาสลบ จะเห็นได้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อความปลอดภัยและความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการทำ ERCP พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมองเห็นทั้งผู้ป่วย เครื่องมือ และความพร้อมของทีมรักษาไปพร้อมกัน[17,19,20]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำ ERCP ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหน่วยงาน โดยครอบคลุมการดูแลทั้งระยะก่อนทำ ระหว่างทำ และหลังทำหัตถการ รวมถึงการเตรียมอุปกรณ์เฉพาะทาง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน

2. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัดด้านการดูแลผู้ป่วย ERCP อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์เฉพาะทาง การใช้ fluoroscopy การป้องกันอันตรายจากรังสี การดูแลผู้ป่วยภายใต้การดมยาสลบ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น bleeding, pancreatitis และ perforation เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านอายุ โรคร่วม และระดับความรุนแรงของโรค เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และสร้างแนวทางการพยาบาลเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำ ERCP ให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์.(2559). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.วิรุณ บุญนุช.(2563). โรคระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน: การวินิจฉัยและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

3.ทัศนีย์ ตั้งตรงจิตต์.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.

4.สุภาพ ธีระประทีป, ศิริพร ขัมภลิขิต.(2562). คู่มือการวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท บุ๊คเน็ท จำกัด.

5.กรองแก้ว บุณยเกตุ, สุภาพร ปทุมมาเกษร.(2561). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วย.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561;41(2):45-54.

6.จิราภรณ์ ชื่นวัฒนา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล.(2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):112-21.

7.ปิยะนุช ชูโต, อรพรรณ โตสิงห์.(2563). ประสบการณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(1):78-91.
8.พรทิพย์ มาลาธรรม, นงนุช โอบอ้อม.(2564). ภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลศิริราช. 2564;74(2):98-109.
9.รัตนา ลีลาวัฒนะกุล, สุนีย์ ละกำปั่น.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหน่วยงานห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(1):201-12.
10.อภัย สุขเจริญ.(2561). การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2561;24(3):55-67.
11.Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH.(2022). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2022.
12.Williams E, Beckingham I, El Sayed G, Gurusamy K, Sturgess R, Webster G, et al.(2017). Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 2017;66(5):765-82.
13.Manes G, Paspatis G, Aabakken L, Anderloni A, Arvanitakis M, Ah-Soune P, et al.(2019). Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy. 2019;51(5):472-91.
14.Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou IS, Tringali A, Vanbiervliet G, et al.(2020). ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy. 2020;52(2):127-49.
15.Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, et al.(2017). Adverse events associated with ERCP. Gastrointest Endosc. 2017;85(1):32-47.
16.Maple JT, Ikenberry SO, Anderson MA, Appalaneni V, Decker GA, Early D, et al.(2020). The role of endoscopy in the management of choledocholithiasis. Gastrointest Endosc. 2020;74(4):731-44.
17.Iorgulescu A, Sftoiu A, Cazacu SM.(2021). Nursing care and patient outcomes in endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A prospective observational study. J Clin Nurs. 2021;30(7-8):1023-34.
18.Acosta RD, Cash BD.(2019). Clinical effects of gastrointestinal endoscopy nursing care on patient outcomes: A systematic review. Gastroenterol Nurs. 2019;42(4):312-25.
19.Zeng D, Xu Y, Liu P, Sun Y, Zhang Z.(2022). Nursing intervention strategies to reduce post-ERCP pancreatitis: A meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud. 2022;128:104187.
20.Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC, et al.(2021). Endoscopic sphincterotomy complications and their management: An attempt at consensus. Gastrointest Endosc. 2021;67(3):245-58.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน : กรณีศึกษา

Nursing Care for a Diabetic Patient Co-existing with Atrial Fibrillation and Warfarin-Induced Complications: A Case Study.

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

วัชรี เกตุแก้ว[1]
Watcharee Kaetkaew[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้วที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน ให้ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นการศึกษาเชิงลึกในผู้ป่วยเฉพาะราย (Case Study) ณ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2568 รวบรวมข้อมูลจากการประเมินสภาพร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการติดตามผลการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและติดตามผลที่คลินิกผู้ป่วยนอกห้องตรวจอายุรกรรม

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 84 ปี มีประวัติเบาหวาน 20 ปี และโรคหัวใจเต้นพลิ้ว 4 ปี พฤติกรรมสุขภาพชอบรับประทานหวาน ขาดการออกกำลังกาย และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แรกรับมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ตรวจพบจุดจ้ำเลือดที่ต้นขาขวา ผลทางห้องปฏิบัติการพบน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤต (DTX 395 mg/dL, HbA1c 10.5%) และค่าการแข็งตัวของเลือดสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานอย่างรุนแรงจากยาวาร์ฟาริน (INR 7.5) ร่วมกับหัวใจเต้นพลิ้วชนิดเร็ว (AF with RVR) และโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (K 3.2 mEq/L) พยาบาลได้จำแนกผู้ป่วยเป็นประเภทรับการตรวจด่วนภายใน 30 นาที ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อก พร่องออกซิเจน และภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก พร้อมประสานงานส่งต่อหอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างปลอดภัย ในระหว่างนอนโรงพยาบาลได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นการสังเกตภาวะเลือดออก การควบคุมอาหาร และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ ค่า INR ลดลงเหลือ 3.8 และน้ำตาลในเลือดลดลงสู่วันจำหน่าย (DTX 132 mg/dL) เมื่อติดตามผลที่คลินิกวาร์ฟารินใน 1 สัปดาห์ต่อมา พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกเพิ่มเติม ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน; โรคหัวใจเต้นพลิ้ว; ยาวาร์ฟาริน; ภาวะแทรกซ้อนจากยา; การพยาบาลห้องตรวจอายุรกรรม

Abstract

This study was case study aimed to explore the nursing care approach for a diabetic patient with AF and warfarin toxicity, ensuring prompt and safe management, preventing severe complications, and enhancing self-care capabilities for post-discharge continuity of care at home. An in-depth single case study was conducted at the Medical Outpatient Department, Samut Sakhon Hospital, from January 3, 2025, to March 27, 2025. Data were gathered through physical assessments, laboratory investigations, nursing diagnoses, clinical interventions during hospitalization, and post-discharge follow-ups at the outpatient clinic.

Results: An 84-year-old Thai female with a 20-year history of diabetes and a 4-year history of AF presented with a 3-day history of ecchymosis on her right thigh, fatigue, and weakness. Her health behaviors included a preference for sweets, lack of exercise, and medication non-adherence. Initial assessment revealed critical hyperglycemia (DTX 395 mg/dL, HbA1c 10.5%), a dangerously elevated International

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Normalized Ratio from warfarin toxicity (INR 7.5), AF with Rapid Ventricular Response (RVR), and hypokalemia (K 3.2 mEq/L). The patient was triaged for urgent medical evaluation within 30 minutes. Nursing interventions focused on preventing shock, correcting hypoxia, minimizing bleeding risks, and ensuring safe transfer to the medical ward. During hospitalization, Orem's theory and counseling sessions were applied to the patient and caregivers, emphasizing bleeding surveillance, dietary control, and strict medication adherence. The patient's condition significantly improved; vital signs stabilized, the INR decreased to 3.8, and blood glucose settled at 132 mg/dL on discharge. At the 1-week follow-up at the Warfarin Clinic, the patient demonstrated good self-management, no recurrence of bleeding, and well-controlled blood glucose levels.
Keywords: Diabetes Mellitus; Atrial Fibrillation; Warfarin; Drug Complication; Outpatient Nursing Care

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) และโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาอุบัติการณ์สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทย โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเต้นพลิ้วสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของระบบเมตาบอลิซึมส่งผลให้เกิดพังผืดและการอักเสบในหัวใจห้องบน ในขณะเดียวกันการมีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke) เพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน โดยเฉพาะยาวาร์ฟาริน (Warfarin) จึงเป็นยามาตรฐานที่ถูกนำมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าวอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) มีปฏิกิริยาต่ออาหารและยาอื่นสูง อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้มงวดการควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (International Normalized Ratio: INR ระหว่าง 2.0–3.0) จึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยากในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินจนค่า INR สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากในอวัยวะสำคัญที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (Life-threatening Bleeding) และหากมีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วชนิดเร็ว (AF with Rapid Ventricular Response: RVR) ร่วมด้วย จะยิ่งซ้ำเติมให้ระบบไหลเวียนโลหิตส่วนกลางขาดความเสถียร เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและช็อกได้ง่าย ภาวะการณ์เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการประเมิน คัดกรอง และจำแนกประเภทความรุนแรงอย่างรวดเร็ว (Emergency Triage) ตั้งแต่แรกรับที่ห้องตรวจอายุรกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ภายในเวลาที่กำหนด[1,2,3,4]

โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรมเป็นจำนวนมาก บริบทการทำงานพยาบาลห้องตรวจอายุรกรรมจึงต้องเผชิญกับความท้าทายในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคสูง จากการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เผชิญโรคเรื้อรังร่วมกันหลายโรคอมักมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้และการจำฉลากยาตลอดจนการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่สอดคล้องกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจากการประเมินเชิงลึกพบว่าผู้ป่วยมักขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย[5] พยาบาลจำเป็นต้องประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผู้

ศึกษาจึงได้นำ **ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory)** มาเป็นแกนหลักในการประเมินและทดแทนความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะวิกฤต[6,7] ควบคู่กับการประยุกต์ใช้ **ทฤษฎีการให้คำปรึกษา (Counseling Theory)**[8] ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรวมถึงญาติสายตรงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างยั่งยืน

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญและจัดทำกรณีศึกษานี้ขึ้น เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้วที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน ตั้งแต่ระยะแรกรับที่ห้องตรวจอายุรกรรม จนถึงการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยและคลินิกเฉพาะทาง[9] ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยรายนี้รอดชีวิตและกลับไปดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัย แต่ยังสามารถใช้เป็นแนวทางและองค์ความรู้เชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาสมรรถนะการคัดกรอง การจัดการภาวะวิกฤต และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในสถานพยาบาลระดับเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง ดำรงชีวิตได้ตามปกติที่บ้านและชุมชน

2 เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับร่วมกับโรคหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว Atrial Fibrillation (AF) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงลึกเฉพาะราย (Case Study) โดยนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) และทฤษฎีการให้คำปรึกษา (Counseling Theory) มาประยุกต์ใช้ในการให้บริบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้วที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้:

1. การคัดเลือกและกำหนดเกณฑ์กรณีศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria): คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) ที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร และตรวจพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการใช้ยาวาร์ฟาริน (ค่า INR สูงวิกฤตและมีภาวะเลือดออกผิดปกติ) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการพยาบาลและจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนด่วนภายใน 30 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย (Ethical Consideration): ผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อขอความยินยอมและปฏิบัติตามหลักจริยธรรมวิจัยโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลจริง หรือข้อมูลอัตลักษณ์ใดๆ ที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ในรายงานฉบับนี้

2. เครื่องมือและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล: แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินภาวะสุขภาพตามระบบ และการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HOSxP), แฟ้มประวัติผู้ป่วย (OPD card/IPD chart), ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab), ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติสายตรงที่ดูแล

3. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Interventions)

ผู้ศึกษาได้จำแนกและดำเนินกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ตามขอบเขตสมรรถนะการพยาบาลห้องตรวจอายุรกรรม โดยแบ่งกระบวนการดูแลออกเป็น 9 มิติหลัก ดังนี้:

1) การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา (Pre-examination Care)

มุ่งเน้นการคัดกรอง ประเมินสภาพ และจำแนกประเภทความรุนแรงเพื่อการจัดการภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน

การประเมินแรกรับ: จากการซักประวัติพบผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และเบื่ออาหารนาน 3 วัน ตรวจสอบประวัติโรคประจำตัวพบเป็นโรคเบาหวานมานาน 20 ปี และโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) นาน 4 ปี

การจัดการภาวะวิกฤตเฉียบพลัน: ดำเนินการจัดให้นอนพักบนรถนอนปรับศีรษะสูง บำบัดภาวะพร่องออกซิเจนด้วยการให้ Oxygen Cannula 5 L/min ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) พบค่าสูงวิกฤตเท่ากับ 395 mg/dL ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการวิกฤต ได้แก่ PT 17.5 วินาที, ค่า INR 7.5 (สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานรุนแรง), โพแทสเซียมในเลือดต่ำ (K 3.2 mEq/L) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c 10.5%, FBS 370 mg/dL)

การประสานงานเร่งด่วน: จัดลำดับความเร่งด่วนให้ผู้ป่วยเป็นประเภทวิกฤตที่ต้องพบแพทย์ภายใน 30 นาที (Emergency Triage) ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล รวบรวมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เสนอแพทย์ทันที พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการทรุดลงอย่างใกล้ชิด โดยประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการเลือดออกผิดปกติทางผิวหนังและระบบต่างๆ ระหว่างรอตรวจ

2) การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา (Intra-examination Care)

มุ่งเน้นการอำนวยความสะดวก ป้องกันความเสี่ยง และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษา อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำหัตถการให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวล

ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1000 ml อัตราหยด 80 ml/hr ตามคำสั่งการรักษา

บริหารยาร่วมกับแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนวิกฤต: ให้ยา Vitamin K (10 mg/ml) 1 หลอด รับประทานทันที (Stat) เพื่อแก้พิษยาวาร์ฟาริน และบริหารยาฉีดอินซูลินระยะสั้น (Regular Insulin: RI) 8 units ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง พร้อมทั้งเฝ้าระวังและประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และภาวะเลือดออกผิดปกติหลังการฉีดยาอย่างเข้มงวด

3) การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา (Post-examination Care)

มุ่งเน้นการเตรียมส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในอย่างปลอดภัย

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยและเหตุผลความจำเป็นในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งการรักษาและตัวบุคคลให้ตรงกัน

ประสานงานส่งข้อมูลเพื่อสำรองเตียง ณ ศูนย์ Admit และโทรประสานส่งต่อข้อมูลอาการ (Handover) กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม พร้อมทั้งแนะนำให้ญาติดำเนินการตรวจสอบสิทธิการรักษา (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวก่อนย้ายผู้ป่วย: พบอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 118–124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26–28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 mmHg และ O2 Saturation คงที่อยู่ที่ 97% (หลังได้รับ Oxygen Cannula 5 L/min) ติดตามผล DTX ซ้ำหลังได้รับอินซูลิน 30 นาที ลดลงเหลือ 313 mg/dL

นำส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมด้วยรถนอนปรับศีรษะสูง โดยมีพยาบาลควบคุมดูแลระว่างการเคลื่อนย้ายอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยถึง

จุดหมายอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะช็อก พร่องออกซิเจน หรือระดับน้ำตาลแปรปรวนระหว่างการนำส่ง

4) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

มุ่งเน้นการวางแผนและประสานประโยชน์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลที่ไร้รอยต่อ

ประเมินความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จัดเตรียมใบนัดหมายติดตามอาการอย่างชัดเจนที่คลินิกเรื้อรังและคลินิกวาร์ฟาริน

บันทึกข้อมูลและช่องทางการติดต่อ (หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วยและญาติ) ลงในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน เพื่อใช้ในกรณีติดตามผู้ป่วยขาดนัด

สนับสนุนกระบวนการยอมรับและปรับตัวในการเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย โดยการปฐมนิเทศเกี่ยวกับสถานที่ สิทธิประโยชน์ สิ่งแวดล้อม และแผนการรักษาร่วมของทีมแพทย์และพยาบาลให้กับครอบครัวทราบ

5) บันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation)

ดำเนินการบันทึกข้อมูลการประเมินสภาพ อาการแสดง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์หลังการพยาบาลอย่างเป็นระบบในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อน ตรวจ ระหว่างตรวจ และหลังตรวจรักษา เพื่อเป็นข้อมูลในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และชัดเจน

6) การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิ์ผู้ป่วย (Information Disclosure and Patient Rights)

ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม ชี้แจงและอธิบายเหตุผลความจำเป็นก่อนทำหัตถการทุกครั้ง (เช่น การเจาะเลือดตรวจเคมี, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การให้สารน้ำและการฉีดอินซูลิน) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลและเกิดความร่วมมือ

พิทักษ์สิทธิ์และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยการจัดสถานที่ตรวจร่างกายให้เป็นสัดส่วน มิดชิด และไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น ซึ่งจากการให้ข้อมูลอย่างรอบด้านทำให้บุตรชายและผู้ป่วยเข้าใจ ยินยอม และให้ความร่วมมือในการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล

7) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

มุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Potential Health Problems) โดยจัดทำระบบส่งต่อข้อมูล (Refers) ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมเยี่ยมบ้าน (Home Care) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นย้ำการควบคุมโรคเบาหวาน การรับประทานยาอย่างถูกขนาดและเวลา และการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

8) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ (Health Protection and Safety)

ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยปฏิบัติตามหลักการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) อย่างเคร่งครัดในทุกกิจกรรมการพยาบาล ประเมินและป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (เช่น การพลัดตกหกล้มจากรถเปลนอนเนื่องจากภาวะอ่อนเพลีย) ควบคู่กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control)

9) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education)

จัดกิจกรรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (Caregiver) ในการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยส่งมอบคู่มือและสื่อความรู้เฉพาะโรคที่

เข้าใจง่าย เน้นย้ำเรื่องแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และอาหารที่มีผลต่อกลไกการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ตลอดจนฝึกทักษะการสังเกตภาวะแทรกซ้อนเลือดออกผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

4. ระยะเวลาและขอบเขตการศึกษา

พื้นที่ดำเนินการ: ห้องตรวจอายุรกรรม หอผู้ป่วยในอายุรกรรม และคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ระยะเวลาการศึกษา: ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ:

ระยะที่ 1 (3 ม.ค. 2568): ประเมินและให้การพยาบาลระยะวิกฤตเฉียบพลัน ณ ห้องตรวจอายุรกรรม และประสานส่งต่อหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 2 (4 - 6 ม.ค. 2568): ติดตามเยี่ยมไข้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประเมินผลการปรับยา วางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) และให้ความรู้เรื่องอาหารและยา

ระยะที่ 3 (15 ม.ค. - 27 มี.ค. 2568): ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านผ่านนัดหมายของคลินิกวาร์ฟารินและคลินิกโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 84 ปี ผิวขาว รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 20.57 ตรวจพบอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 3 วันก่อนมา มีจุดจ้ำเลือด ต้นขาข้างขวา มีอาการเหนื่อย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการอ่อนเพลีย มีจุดจ้ำเลือด เล็กน้อยที่ลำตัว แขน เบื่ออาหาร ค่าน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์ให้ยามารับประทาน มีสถานภาพหม้าย จบการศึกษาชั้น ป.4 สัญชาติไทย อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาบัตรทอง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติโรคเบาหวาน 20 ปี โรคหัวใจ AF 4 ปี มีพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ชอบรับประทานอาหารหวาน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นสมาชิกในครอบครัวหม้าย ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย บุตรส่งเงินให้ใช้จ่ายเป็นประจำทุกเดือน มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีความวิตกกังวลต่อบทบาทของตนเองที่ปกติจะเป็นคนคล่องแคล่ว จัดการงานต่างๆ ด้วยตนเอง สามารถอ่านเขียนได้ ตามองไม่เห็นชัดเจน หูไม่ได้ยินชัดเจน สามารถตอบคำถามโต้ตอบได้ สามารถอ่านฉลากยาได้ จัดยารับประทานโดยมีหลานคอยช่วย ได้เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2568 –6 มกราคม 2568

อาการแรกรับที่ห้องตรวจอายุรกรรมรู้สึกตัวดี ตรวจพบมีจุดจ้ำเลือด ต้นขาข้างขวา มีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ปากคอแห้ง ไม่มีแรง ไม่มีถ่ายดำหรืออาเจียนเป็นเลือด สีหน้าอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 118 ครั้ง/นาที ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/63 มิลลิเมตรปรอท วัด O2 saturation = 94% Room air ให้ผู้ป่วย on O2 canular 5 lit/mins ดูแลให้นอนพักบนรถนอนปรับศรีษะสูง พยาบาลพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อคลายความกังวล ดูแลให้สวมหน้ากากอนามัย จัดให้อยู่ใกล้พยาบาล ในบริเวณที่พยาบาลสามารถสังเกตอาการได้ใกล้ชิด เจาะน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วได้ 395 mg%แจ้งอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยและญาติทราบ แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดเวียนศีรษะ สับสน ซึมลง เหนื่อยมากขึ้น ต้องแจ้งพยาบาลทันที ลงบันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดงที่ตรวจประเมินได้ ในคอมพิวเตอร์ระบบ HOSxP จัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเป็นประเภทภายใน30 นาที เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว รายงานอาการและผล DTX ให้แพทย์ผู้ตรวจทราบ ส่งตรวจ EKG PT/INR ผลตรวจพบ AF with Rapid Ventricular Response (RVR) และมีค่า QTc Prolongation (500 ms) ผลทางห้องปฏิบัติการ: PT 17.5 INR 7.5 (สูงกว่าปกติ), K 3.2 mEq/L (ต่ำกว่าปกติ),

HbA1c 10.5% FBS 370 mg% เฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ติดตามการตรวจของแพทย์ มีคำสั่งให้นอนโรงพยาบาล ดูแลให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr. ยาที่ผู้ป่วยได้รับ VITAMIN K inj. (auto) 10 mg/ml oral stat และให้ RI 8 unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง หลังให้อินซูลิน ประเมินอาการเลือดออกบริเวณที่ฉีด และเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia แจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นของการนอนโรงพยาบาล แผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและตัวบุคคล คำสั่งการรักษา โทรประสานงานศูนย์ admit ขอคิวและทำเรื่องรับตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ส่งญาติตรวจสอบสิทธิการรักษาก่อนเข้าหอผู้ป่วย โทรประสานส่งต่ออาการผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนออกจากห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับ on O2 canular 5 lit/mins วัดได้ O2 saturation = 97% Room air เจาะ DTX ซ้ำหลังได้รับอินซูลิน 30 นาที = 313 mg/dL เขียนบันทึกในคอมพิวเตอร์ระบบ HOSxPของโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง ดูแลส่งเข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยรถนอนมีพยาบาลดูแลระหว่างนำส่ง ผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะช็อกระหว่างนำส่ง

แพทย์วินิจฉัย วินิจฉัยโรค DM c hyperglycemia c AF ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยครั้งที่ 1 วันที่ 4 มกราคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ผลตรวจ EKG PT/INR พบ ผลทางห้องปฏิบัติการ PT 15.3 INR 5.5 (สูงกว่าปกติ), ค่าวิกฤติ แพทย์ปรับยาวาฟาริน ผลการตรวจ DTX ก่อนอาหารเย็น = 355mg/dL ได้ RI 8 unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง DTX อยู่ในช่วง 250-300 mg/dL ได้ให้อินซูลิน RI ทั้งวันรวม 16 unit สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation = 97% Room air พบชีพจรอยู่ในช่วง 92-110 ครั้งต่อนาที ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีเลือดออกจุดจำเลือดยังมีอยู่ แพทย์ให้ยาวาฟารินรับประทานยา Warfarin 3 mg วันละ 1 เม็ด ผลตรวจเลือดวันนี้สูงกว่าปกติ INR = 5.5 ยังคุมเบาหวานไม่ได้ ผลตรวจเลือดอยู่ในช่วง 250-300 mg/dL เกลือแร่ต่ำดีขึ้นหลังได้ยา KCL ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลสอบถามว่าต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน ทำไมต้องนอนในห้องนี้ พยาบาลอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องนอนโรงพยาบาล เนื่องจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับมีเลือดออกตามร่างกาย ซึ่งเป็น และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะปลอดภัย

ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยครั้งที่ 2 วันที่ 5 มกราคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเหนื่อยลดลง หยุดให้ออกซเจน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท สัญญาณชีพ ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้งต่อนาที ไม่มีเจ็บหน้าอก O2 saturation = 97% Room air ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr. INR 3.5 K 3.8 mEq/Lปกติ เจาะ DTX 4 ครั้ง ก่อนอาหาร และก่อนนอน อยู่ในช่วง 160-200 mg/dL ไม่เคยได้รับยาฉีดเบาหวานมาก่อน แพทย์เพิ่มยา NPH 4 unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนนอน พูดคุยสอบถามอาการ จากการประเมินผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และอาหารที่ไม่ควรทานหลังได้รับยาวาร์ฟาริน การสังเกตภาวะเลือดออกจากร่างกาย เช่น การขับถ่ายเลือดออกตามไรฟัน แนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจเต้นพลิ้ว พยาบาลให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่อง โรคเบาหวานและโรคหัวใจเต้นพลิ้ว ในเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค การใช้ยาวาฟาริน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เฝ้าระวัง

การเลือดออกในร่างกาย เน้นขนาดและเวลาที่ถูกต้อง ป้องกันการหลงลืมในผู้สูงอายุ แนะนำญาติที่มาเฝ้าด้วยเพิ่มเติมและมีเอกสาร มอบคู่มือแนะนำ อาหารที่เหมาะสมและการใช้ยาวาฟาริน

ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยครั้งที่ 3 วันที่ 6 มกราคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย จุดจ้ำเลือดที่ขาขวาลดลง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/71 มิลลิเมตรปรอท DTX ก่อนอาหารเช้า 132 mg/dL INR 3.8 , K 3.9 mEq/L แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ อนุญาตให้กลับบ้านได้ วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย DM c hyperglycemia c AF นัดติดตามที่คลินิก 1 สัปดาห์ วันที่ 15 มกราคม 2568 พร้อมส่งตรวจ FBS PT/INR CBC Cr, LFT, ก่อนพบแพทย์ แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและรับประทานยาให้ต่อเนื่อง สังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับก่อนกลับบ้าน

นัดติดตามที่คลินิกวาฟาริน ครั้งที่ 1 วันที่ 15 มกราคม 2568 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังทานยาแพทย์ให้ปรับลดยาวาฟาริน ได้ 7 วัน รู้ตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ขาดยา ไม่มีผลข้างเคียงของยา มีอาการเวียนศีรษะบางวัน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/84 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation = 99 % Room air น้ำหนัก 60.3 กิโลกรัม BMI = 20.07 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS = 85 mg/dL แพทย์ปรับเปลี่ยนยา ให้หยุดยา RI ฉีดใต้ผิวหนังก่อนนอนไว้ก่อน คงยาเดิมยาที่ได้รับ Metformin500mg 2x2 pc GLIPIZIDE5 MG 2X2AC แพทย์ให้ปรับลดยาวาฟารินยาที่ได้รับ ยา Warfarin 3 mg วันละ 1 เม็ด ทานต่อเนื่อง 7 วัน นัดครั้งต่อไป 4 สัปดาห์ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 ค่าน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูง พยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องการป้องกันมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่สมควรมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

สรุปวินิจฉัยการพยาบาล

1. ภาวะทรุดลงขณะรอตรวจเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง

2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีอาการผิดปกติของการทำงานของหัวใจลดลงจากโรคหัวใจเต้นพลิ้ว(Atrial Fibrillation)

3 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะรอตรวจเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง

ข้อวินิจฉัยขณะตรวจรักษา

4 เสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

5 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการใช้ยาวาฟารีน

6 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาวาฟารีน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังการตรวจรักษา

7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วยและจากการที่ต้องได้รับการนอนโรงพยาบาล

8 เสี่ยงต่ออาการทรุดลงระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยธุรกรรม

9 การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพริ้ว

10 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดแผลเบาหวานที่เท้าได้เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ผลลัพธ์การศึกษา จากการศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 84 ปี โรคเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีการให้คำปรึกษา

สามารถสรุปผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้:

1. ผลลัพธ์ในระยะวิกฤตเฉียบพลัน ห้องตรวจอายุรกรรม

การคัดกรองและความรวดเร็วในการรักษา: ผู้ป่วยได้รับการจำแนกประเภทเป็นผู้ป่วยเร่งด่วน (Triage Level 2) ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ภายใน 30 นาที

การจัดการภาวะวิกฤต: * ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วชนิดเร็ว (AF with RVR) ชีพจรแรกรับ 118 ครั้ง/นาที ไม่สม่ำเสมอ และหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ได้รับการดูแลให้ออกซิเจน (O2 Cannula 5 L/min) และนอนพักจัดท่าศีรษะสูง ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือด (O2 Saturation) เพิ่มขึ้นจาก 94% เป็น 97% อาการเหนื่อยลดลง

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤต (DTXแรกรับ 395 mg/dL) ได้รับยาอินซูลิน (Regular Insulin: RI) 8 units ฉีดเข้าใต้ผิวหนังตามแผนการรักษา ผลตรวจ DTX ซ้ำหลังได้รับยา 30 นาที ลดลงเหลือ 313 mg/dL ไม่เกิดภาวะช็อกจากน้ำตาลสูง (Hyperglycemic Shock)

ภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน (ค่า INR สูงวิกฤต 7.5 และมีจุดจ้ำเลือดที่ต้นขาขวา) ได้รับยา Vitamin K 10 mg รับประทานทันที (Stat) พร้อมทั้งเฝ้าระวังและติดตามอาการแสดงของภาวะเลือดออกในอวัยวะสำคัญอย่างใกล้ชิด

ความปลอดภัยในการส่งต่อ: ผู้ป่วยได้รับการประสานงานและส่งตัวเข้ารักษาต่อในหอผู้ป่วยในอายุรกรรมอย่างปลอดภัยโดยรถนอน โดยมีพยาบาลดูแลระหว่างนำส่งอย่างใกล้ชิด ไม่เกิดภาวะช็อกหรือสัญญาณชีพทรุดลงในระหว่างทาง

2. ผลลัพธ์ในระยะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม)

การควบคุมอาการของโรค: * โรคหัวใจเต้นพลิ้ว: ชีพจรค่อยๆ ลดความเร็วและคงที่อยู่ในช่วง 80–100 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สามารถหยุดให้ออกซิเจนได้ในวันที่สองของการนอนโรงพยาบาล

ภาวะเลือดออกผิดปกติ: ค่า INR ลดลงจาก 7.5 (วันแรกรับ) เป็น 5.5 (วันที่สอง) และลดลงเหลือ 3.8 ในวันจำหน่าย จุดจ้ำเลือดที่ต้นขาขวาลดลงอย่างชัดเจน ไม่มีภาวะเลือดออกเพิ่มเติมตามไรฟัน หรือการขับถ่ายเป็นเลือด

โรคเบาหวาน: ได้รับการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากยาฉีดระยะสั้น (RI) เป็นยาฉีดควบคุมระยะยาว (NPH 4 units ก่อนนอน) ร่วมกับยาเม็ดรับประทาน ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย (DTX ก่อนอาหารเช้าในวันจำหน่ายเท่ากับ 132 mg/dL) และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำได้รับการแก้ไขจนปกติ (K 3.9 mEq/L)

การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ: ผู้ศึกษาได้ให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยใช้คู่มือและตารางการรับประทานยา (Medication Map) พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง สามารถบอกวิธีกำหนดและจัดยาได้อย่างถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญของการจำกัดโซเดียม/น้ำดื่ม และสามารถระบุอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น อาการเลือดออกผิดปกติ ได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3. ผลลัพธ์ในระยะติดตามการดูแลต่อเนื่อง (ณ คลินิกวาร์ฟารินและผู้ป่วยนอก)

การติดตามผลหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์: ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (วันที่ 15 มกราคม) มีความเข้าใจและสามารถจัดการตนเองได้ดี ดำรงชีวิตได้ตามปกติที่บ้านโดยมีหลานช่วยจัดยา ผลการประเมินพบว่า:

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่มีจุดจ้ำเลือดเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการใจสั่น

ผลทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจและปลอดภัย ค่า FBS ควบคุมได้ดีเยี่ยม เท่ากับ 85 mg/dL แพทย์จึงพิจารณาปรับยาลดลง (หยุดยาฉีดอินซูลินชั่วคราวและให้คงเฉพาะยา

รับประทานเบาหวาน และปรับลดขนาดยาวาร์ฟารินลง)

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และรับทราบกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไปในอีก 4 สัปดาห์

สรุปและอภิปรายผล

ผลทางห้องปฏิบัติการพบน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤต (DTX 395 mg/dL, HbA1c 10.5%) และค่าการแข็งตัวของเลือดสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานอย่างรุนแรงจากยาวาร์ฟาริน (INR 7.5) ร่วมกับหัวใจเต้นพลิ้วชนิดเร็ว (AF with RVR) และโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (K 3.2 mEq/L) พยาบาลได้จำแนกผู้ป่วยเป็นประเภทรับการตรวจด่วนภายใน 30 นาที ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อก พร่องออกซิเจน และภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก พร้อมประสานงานส่งต่อหอผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างปลอดภัย ในระหว่างนอนโรงพยาบาลได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นการสังเกตภาวะเลือดออก การควบคุมอาหาร และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ ค่า INR ลดลงเหลือ 3.8 และน้ำตาลในเลือดลดลงสู่วันจำหน่าย (DTX 132 mg/dL) เมื่อติดตามผลที่คลินิกวาร์ฟารินใน 1 สัปดาห์ต่อมา พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกเพิ่มเติม ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น[10,11]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในเชิงปฏิบัติ (Implications for Nursing Practice)

1.1 การพัฒนาเครื่องมือและระบบการดูแลเฉพาะโรค: ควรมีการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Care Map) หรือตารางการบริหารยา (Medication Map) ที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) เช่น ยาวาร์ฟาริน เพื่อป้องกันความสับสนและส่งเสริมความยืดหยุ่นในการรับประทานยาอย่างถูกต้องในชุมชน

1.2 การคัดกรองและการจัดการภาวะวิกฤตหน้างาน: ควรนำกระบวนการคัดกรองและจัดลำดับความเร่งด่วน (Emergency Triage) ในห้องตรวจอายุรกรรมมาใช้อย่างเป็นระบบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนร่วมกันหลายโรค (Multiple Comorbidities) เพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาเชิงรุกภายใน 30 นาทีแรกรับ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะช็อกหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อันตรายถึงชีวิต

1.3 การส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแล (Caregiver Empowerment): ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็นและการรับรู้ ควรเน้นกระบวนการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ที่มุ่งเป้าไปที่ญาติหรือผู้ดูแลสายตรง โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อกระตุ้นความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหารที่มีผลต่อระดับยาวาร์ฟาริน การสังเกตภาวะเลือดออก และการจำกัดปริมาณน้ำดื่มและโซเดียมเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นพลิ้ว

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาและวิจัยครั้งต่อไป (Recommendations for Future Research)

การศึกษาเชิงพัฒนาระบบ: ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหรือนวัตกรรม (เช่น แอปพลิเคชัน หรือระบบ Line Official Account) ในการติดตามผลเลือดวิกฤต (FBS, PT/INR, Electrolyte) และการแจ้งเตือนอาการผิดปกติจากที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เชื่อมโยงกับคลินิกวาร์ฟารินและห้องตรวจนอก

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ. (2566). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) ในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566. ศรีเมืองการพิมพ์.
2. นภัทร สุวรรณโชติ. (2567). ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 47(2), 115-128.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566 (Clinical Practice Guidelines for Diabetes 2023). ศรีเมืองการพิมพ์.
4. American Diabetes Association. (2024). Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care, 47(Suppl. 1), S1-S321.
5. โรงพยาบาลสมุทรสาคร. (2567). คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยแรกรับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาคร.
6. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, และ พรรณพิไล ปั้นพงษ์. (2565). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
7. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.
8. ใจทิพย์ แสงสว่าง. (2564). แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ (Counseling Theory in Health). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. ปิยะมิตร ศรีธรา. (2565). อายุรศาสตร์ทันยุค: การบริหารจัดการยา Warfarin และภาวะ INR สูงวิกฤต. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
10. ประคอง อินทรสมบัติ. (2563). การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความซับซ้อน. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
11. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2564). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Participatory Care Model for Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Village Health Volunteers in Bupho Subdistrict, Lam Plai Mat District, Buriram Province.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

คะลม ศิริ[1]
Kalom Siri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 32 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 60 คน และ 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 194 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคม 2569 ถึงพฤษภาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน “BUPHO DM CARE Model” 6 องค์ประกอบ 1) การประเมินและคัดกรองสุขภาพรายบุคคล 2) การพัฒนาความรู้และทักษะ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 5) การส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และ 6) การติดตามและประเมินผล หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และจากการประเมินสภาวะสุขภาพรายบุคคล พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to study the development of a participatory care model for type 2 diabetes mellitus patients with village health volunteers. The study applied the PAOR action research framework. The samples consisted of 3 groups: 1) 32 samples from network participants selected by purposive sampling 2) 60 village health volunteers and 3) 194 type 2 diabetes mellitus patients selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, individual behavioral and health status record and focus group discussion guidelines. Data was collected between January to May 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 6 components, namely the “BUPHO DM CARE Model” 1) Baseline Assessment 2) Understanding Development 3) Participation Network 4) Home Health Care 5) Ongoing Self-Management and 6) Outcome Monitoring. After implementation of the model, the participation level of VHVs significantly increased (p-value<0.001). And the overall level of

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาศรีนวล
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

knowledge and complication-prevention behaviors showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention (p-value<0.001). The assessment of individual health status showed that the mean HbA1c level significantly decreased (p-value < 0.001).

Keyword: Care Model for Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Participation, Village Health Volunteers

บทนำ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การสำรวจเบาหวานทั่วโลกโดยสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี[1] ปี 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น โดยมีจำนวนกลุ่มอายุ 20–79 ปี ที่เป็นโรคเบาหวาน ปี 2567 เท่ากับ 6.4 ล้านคน[2] สถานะสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 หรือประมาณ 6.5 ล้านคน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน ภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.4 ภาวะไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 23.5[3] อัตราตายในปีงบประมาณ 2566 – 2568 เท่ากับ ร้อยละ 2.19, 2.09 และ 1.88 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2568 ในเขตสุขภาพที่ 9 ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่รวม 44,897 ราย อัตราป่วย 687.19 ต่อแสนประชากร จังหวัดชัยภูมิ มีอัตราป่วย 763.46 ต่อแสนประชากร บุรีรัมย์ 706.17 ต่อแสนประชากร และ นครราชสีมา 667.21 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษามีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียง ร้อยละ26.43[4]

ปัจจุบันอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การให้สุขศึกษาและสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[5] การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่จำเป็นในการดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ในการจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ลดความแออัดของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบป้องกันความเสี่ยงตามหลัก 2P Safety มี 2 กลยุทธ์ คือการสร้างความสัมพันธ์ เสริมพลังประชาชนและชุมชน จนเกิดเป็นความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพ[6]

จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2566 - 2568 มีอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน 662.44, 689.71 และ 706.17 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2568 ร้อยละ 8.79 สำหรับอำเภอ ลำปลายมาศเป็นอำเภอที่พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดบุรีรัมย์ โดยพบว่าปีงบประมาณ 2566 - 2568 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน 780.16, 1,132.68 และ 1,006.96 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2568 ร้อยละ 11.20 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาศรีนวล ตำบลบุโพธิ์ รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.03 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40.05[7] สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นการให้บริการตามวันและเวลานัด โดยมีขั้นตอนการจัดทำเวชระเบียนซักประวัติ วัดสัญญาณชีพและเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ตรวจรักษา และรับยา ซึ่งผู้ป่วยมักจะได้รับการให้คำแนะนำรายบุคคล ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ อีกทั้งครอบครัวขาดทักษะช่วยดูแล เช่น การจัดอาหาร การเตือนการใช้ยา ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การศึกษาการพัฒนารูปแบบการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะ

ช่วยเสริมสร้างการดูแลเชิงรุก ส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ การมีส่วนร่วมชุมชน เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการของหน่วยบริการ และชุมชนสามารถช่วยคัดกรอง ติดตามการใช้ยา จัดกิจกรรมสุขศึกษา ทำให้การดูแลต่อเนื่องมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่

2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาต[8] เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 465 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 4) แพทย์ 5) นักกายภาพบำบัด 6) เภสัชกร 7) นักโภชนาการ 8) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 10) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 32 คน

กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 194 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) ยินดี

และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ 5) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม ของอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมด 3 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) การวางแผนและการตัดสินใจร่วม 2) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินสุขภาพ 4) การประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ 5) การสนับสนุนชุมชนและการสร้างแรงจูงใจ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทั้งหมด 3 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6) โรคประจำตัวอื่นๆ และ 7) จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การติดตามการรักษาและการใช้ยา 4) การดูแลเท้า 5) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและดูแลสุขภาพทั่วไป โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (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 3 แบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคล มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกสภาวะสุขภาพรายบุคคล โดยลักษณะคำถามปลายเปิดให้เติมลง

ในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ชุดที่ 4 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guidelines) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองโดน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.88 และ 2) ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0.93 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2569 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน บทบาทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การรับประทานยา และการติดตามเยี่ยมบ้าน จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. เช่น การคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การติดตามการรับประทานยา และการส่งต่อข้อมูลสุขภาพ จากนั้นจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการและพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง การประสานการดูแลร่วมกับครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนการติดตามผู้ป่วยกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้อย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน ร่วมคืนข้อมูลแก่ชุมชน อสม. และภาคีเครือข่าย เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับการมีส่วนร่วม ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2569 เลขที่ BRO 2026-006 รับรองระหว่าง วันที่ 6 มกราคม 2569 ถึงวันที่ 5 มกราคม 2570

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมี 6 องค์ประกอบหลัก “BUPHO DM CARE Model” รายละเอียดดังนี้

1) B : Baseline Assessment (การประเมินและคัดกรองสุขภาพรายบุคคล) ค้นหาปัญหาและความต้องการรายบุคคล ประเมิน HbA1cความรู้ในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น และจัดทำทะเบียนผู้ป่วยและจำแนกระดับความเสี่ยง

2) U : Understanding Development (การพัฒนาความรู้และทักษะ) เพิ่มศักยภาพผู้ป่วย ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) P : Participation Network (การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย) ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4) H : Home Health Care (การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน) เพิ่มการดูแลเชิงรุกและการติดตามต่อเนื่อง

5) O : Ongoing Self-Management (การส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง) ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

6) O : Outcome Monitoring (การติดตามและประเมินผล) ติดตามความสำเร็จของรูปแบบประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และสรุปผล

รูปแบบที่มีกิจกรรม 6 องค์ประกอบดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมบ้าน ติดตามการใช้ยา และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.48, S.D.=0.09)

ความรู้โรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=8.39, S.D.=1.38) พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมระดับพฤติกรรมหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.17, S.D.=0.12)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการพัฒนารูปแบบ $\overline{X}$ = 6.49, S.D.=0.33

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน “BUPHO DM CARE Model”6 องค์ประกอบ 1) การประเมินและคัดกรองสุขภาพรายบุคคล 2) การพัฒนาความรู้และทักษะ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 5) การส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และ 6) การติดตามและประเมินผล รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาสามารถส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้เนื่องมาจากการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล การประเมินและคัดกรองสุขภาพรายบุคคล ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้ตรงตามสภาพปัญหา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างสถานบริการสุขภาพกับชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตาม เยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โมเดล AFTER

ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัว การส่งเสริมแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและอื่นๆ และการประเมินผลและการสะท้อนกลับ[12] การมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม โดยในการควบคุมโรคเบาหวานจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดตาม ให้กำลังใจ และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน และกระบวนการประเมินผลและการสะท้อนกลับ ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของตนเอง เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

การพัฒนารูปแบบเกิดผลสัพธ์ที่สามารถส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน มีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการใชกระบวนการเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและนักวิจัยในการดำเนินกิจกรรม ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน[13] การมีแนวคิดสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีบทบาทในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างสถานบริการสุขภาพกับชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ภายหลังการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รูปแบบดังกล่าวให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมสุขศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เกิดการเรียนรู้และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยระยะเวลา ความต่อเนื่องและแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สำหรับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น เนื่องมาจากการบูรณาการกิจกรรมการพัฒนาความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง[14] และสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน หลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเพิ่มขึ้น ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs ดีกว่ากว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ[15] การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายสุขภาพ ติดตามผลการปฏิบัติตน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุโพธิ์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบ BUPHO DM CARE Model เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถพัฒนาความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการสนับสนุนและกำหนดนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

2) ควรส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และภาคประชาชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับชุมชน รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้สำหรับการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างเพียงพอ เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพระดับชุมชนที่สามารถใช้ติดตามประเมินผล และเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

2) ควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาเชิงคุณภาพ และปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อวิเคราะห์แรงจูงใจ อุปสรรค ทัศนคติ และบริบททางสังคมที่เอื้อต่อหรือขัดขวางการมีส่วนร่วม และการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนารูปแบบการดูแลมีมิติเชิงลึก ตอบสนองความต้องการของเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างแท้จริง

2) ควรศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันหรือระบบติดตามออนไลน์ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ.(2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566
2. International Diabetes Federation.(2025). Thailand Diabetes country report 2000 - 2050 [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2025. Available from: https://diabetesatlas.org/data-by-location/country/thailand/
3. กรมควบคุมโรค.(2566). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/odpc/news.php?de99ptcode=odpc9&news=38417&news_views=2407&utm_source=chatgpt.com.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). อัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-reportdetail/589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.(2556). สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2556. เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf.
6. กองวิชาการแพทย์.(2563). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับ ผู้ปฏิบัติงาน). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
7. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์.(2568). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/brm/public/standardsubcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
8. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
9. Daniel WW.(2010). Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2010.
10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
11. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
12. วนิดา รอญยุทธ, นิกร ระวิวรรณ, วไลพร รัตนอาภรณ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2567;39(3):64-78.
13. พิทยภูมิ สิริเพาประดิฐ์.(2568). การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):309-316.
14. พันธวี คำสาว, วลัยภรณ์ กุลวงค์ และบุญยัง ขันทะหัด.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(2):14-27.
15. พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ และแสงอุษา ทัศคร.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน จังหวัดนครพนม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(2):707-717.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

The development of community tuberculosis prevention model through participation of network partners in Nong Ki sub-district, Nong Ki district, Buriram province.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

วิชิต จีนชาติ[1]
Vichit Jeenchat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และ 2) กลุ่มเสี่ยงวัณโรค 95 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย เชิงรุก 4) การส่งเสริมการกินยาต่อเนื่อง 5) การมีส่วนร่วมของชุมชนเชิงรุก และ 6) ระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการกันวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)
คำสำคัญ: การป้องกันวัณโรค, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This action research aimed to study the development of community tuberculosis prevention model through participation of network partners in Nong Ki sub-district, Nong Ki district, Buriram province. The study applied the action research framework (PAOR). The samples consisted of 2 groups: 1) 30 samples from network participants selected by purposive sampling and 2) 95 TB risk groups selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between December 2025 to May 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 6 components: 1) Team Participation 2) Behavioral Awareness 3) Screening and Early Detection 4) Medication Adherence 5) Active Community Engagement และ 6) Referral and Follow-up. After implementation of the model resulted the overall level of knowledge, perception of TB prevention, and preventive behavior showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention (p-value<0.001).
Keyword : Tuberculosis prevention, participation of network partners

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกี่
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียโดยสาวนใหญ่คือ Mycobacterium tuberculosis อวัยวะหรือบริเวณที่ติดเชื้อวัณโรคบ่อยที่สุดก็คือวัณโรคปอด ซึ่งพบได้ร้อยละ 80 และเกิดการแพร่กระจายของการติดเชื้อไปยังอวัยวะอื่นๆ โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่าสถานการณ์วัณโรคทั่วโลกจากแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคน ในปี 2021 ประมาณการว่าอัตราการเกิดโรควัณโรค 112 ต่อประชากร 100,000 คน มีผู้เสียชีวิต 86,000 ราย นอกจากนี้วัณโรคที่ผลตรวจเป็นลบต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี HIV 11 ต่อประชากร 100,000 คน และผู้เสียชีวิต 2,800 รายในบรรดาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV 0.37 ต่อประชากร 100,000 คน[1] วัณโรคยังคงเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายๆ ประเทศทั่วโลก และจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเป็นเวลานานกว่า 50 ปี[2] ในปี 2021 ได้ปรับปรุงและจัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง พบว่า ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มของประเภทวัณโรคทั้งหมดและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสถานการณ์ในประเทศไทยประมาณการจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 111,000 คน แต่มีรายงานการขึ้นทะเบียนรักษา 72,274 คน และเสียชีวิตจากวัณโรคปีละ 13,700 คน โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยเสียชีวิต 2,100 คน ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2566 คาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรค 9,608 คน มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 7,452 คน ร้อยละ 77.56 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 88) ซึ่งเป็นวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 495 คน พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 45 คน พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 97 คน พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง 22 คน พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 1 คน และอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2566 ร้อยละ 82.22 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 88) สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษามาจากเสียชีวิต ร้อยละ 8.87 ขาดยาร้อยละ 4.22[3]

สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสจะป่วยเป็นวัณโรค คือ กลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มผู้ต้องขังผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยไตเรื้อรังหรือได้รับยากดภูมิ กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีที่สูบบุหรี่หรือมีโรคร่วม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข[4] สถานการณ์วัณโรคของจังหวัดบุรีรัมย์ปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนวัณโรค 1,602 ราย 1,538 ราย 1,175 ราย 1,468 ราย และ 1,670 ราย อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี พ.ศ. 2565 – 2567 อยู่ที่ร้อยละ 86.60, 84.90 และ 84.37 อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ร้อยละ 3.79, 4.99 และ 5.44 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ร้อยละ 9.54, 9.68 และ 8.61[5] ในพื้นที่อำเภอหนองกี่ มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 76, 86, 91, 101, และ 89 คน โดยพบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในพื้นที่ตำบลหนองกี่ ซึ่งสถานการณ์ 5 ปีย้อนหลังพบผู้ป่วยวัณโรค 4 คน 3 คน 7 คน 7 คน และ 12 คน ตามลำดับ[9] จากการวิเคราะห์ทบทวนหาสาเหตุพบว่าผู้ป่วยที่เป็นวัณโรครายใหม่เป็นผู้ป่วยร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด ส่วนการขาดยาพบมากในกลุ่มวัยทำงานเป็นแรงงานก่อสร้าง เมื่อป่วยจะกลับมาอยู่บ้าน มาตรวจและรับการรักษาเมื่ออาการดีขึ้นกลับไปทำงานต่อ แสดงให้เห็นว่าวัณโรคยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ กลุ่มเสี่ยงวัณโรค โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสที่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านคัดกรองค้นหา จึงให้ความสำคัญในการการพัฒนารูปแบบเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนที่อยู่

ในชุมชน เกิดความตระหนัก และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์และการป้องกันวัณโรคในพื้นที่ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาต[6] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 246 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาล 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลตำบล และ7) กลุ่มเสี่ยงวัณโรค

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลตำบล โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มเสี่ยงวัณโรค ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)[7] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 95 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ 5) อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) รายได้ 6) สถานภาพสมรส 7) ประวัติการเจ็บป่วย 8) สิทธิการรักษาพยาบาล 9) ภาษาที่ใช้พูดสื่อสารในชุมชน 10) การสูบบุหรี่ และ 11) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[8] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค และ 4) ด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรค โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[9] ได้แก่ มีการรับรู้น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีการรับรู้มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[9] ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มเสี่ยงวัณโรค ตำบลบุกระสัง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เท่ากับ 0.90 และ 2) ด้านการรับรู้การป้องกันวัณโรค เท่ากับ 0.93 3) ด้านพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค เท่ากับ 0.95 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาสถานการณ์ปัญหาวัณโรคในพื้นที่ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์การป่วยด้วยวัณโรค การค้นหาผู้ป่วย การติดตามการรักษา และการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในชุมชน รวมทั้งศึกษาบทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ตลอดจนความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันวัณโรคในชุมชน ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประสานความ

ร่วมมือกับหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์วัณโรค ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันควบคุมวัณโรค รวมถึงบทบาทของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชน เช่น การค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การลดการตีตราทางสังคม การติดตามการรับประทานยา และการส่งต่อข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่าย จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันวัณโรค ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและ อสม. ด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรค การให้ความรู้แก่ประชาชน การค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในชุมชน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค การเยี่ยมบ้าน การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้การป้องกันวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค การติดตามผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค การสังเกตการดำเนินกิจกรรมในชุมชน รวมทั้งนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัดผลความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้การป้องกันวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค สรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลแก่ชุมชน ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ระดับการรับรู้การป้องกันวัณโรค และระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค 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 โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-134 รับรองระหว่าง วันที่ 1 ธันวาคม 2568 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Team Participation) 2) การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Awareness) 3) การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Screening and Early Detection) 4) การส่งเสริมการกินยาต่อเนื่อง (Medication Adherence) 5) การมีส่วนร่วมของชุมชนเชิงรุก (Active Community Engagement) และ 6) ระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง (Referral and Follow-up) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นรูปแบบที่มุ่งพัฒนากระบวนการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคเชิงรุก เน้นการจัดการกลุ่มเสี่ยงและผู้สัมผัสร่วมบ้านผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสร้างความรอบรู้ด้านวัณโรค การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการติดตาม หารใช้ระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังและประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคลดการขาดยา เพิ่มความสำเร็จของการรักษา และลดการเกิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนอย่างยั่งยืน

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.08, S.D.=1.32)

การรับรู้การป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการรับรู้การป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value<.001) ภาพรวมระดับการรับรู้การป้องกันวัณโรคหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.31 S.D.=0.15)

พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ภาพรวมระดับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.61 S.D.=0.21)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ 6 องค์ประกอบ ได้แก่1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก 4) การส่งเสริมการกินยาต่อเนื่อง 5) การมีส่วนร่วมของชุมชนเชิงรุก 6) ระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการจัดการปัญหาวัณโรคอย่างครอบคลุมตั้งแต่การ

ป้องกัน การค้นหากลุ่มเสี่ยง การรักษา และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชนเกิดประสิทธิภาพ จากการเปิดโอกาสให้หน่วยงานในพื้นที่และครอบครัวผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดความร่วมมือและความเป็นเจ้าของร่วมในการแก้ไขปัญหา ในการสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เป็นกลไกสำคัญในการลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด การให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคและเข้ารับการคัดกรองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นพบผู้ป่วยได้รวดเร็วและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างทันท่วงที การกินยาต่อเนื่องและระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง มีความสำคัญต่อการลดปัญหาการขาดยา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานที่มักย้ายถิ่นไปทำงานต่างพื้นที่ และลดการเกิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชนอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) มาตรการกำกับเวลา “2-2-2” เพื่อการตอบสนองรวดเร็วของระบบบริการ 2) การค้นหาเชิงรุกและเฝ้าระวังในชุมชน 3) การวินิจฉัยรวดเร็วและการจัดการทางคลินิกแบบเร่งรัด 4) การบริหารจัดการยาและความปลอดภัยทางยาแบบมาตรฐาน 5) ระบบส่งต่อและการสื่อสารข้อมูลแบบไร้รอยต่อ และ 6) การกำกับการรักษาต่อเนื่องและพลังเครือข่ายสามประสาน[10] และสอดคล้องกับรูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม.และเครือข่าย 2) อบรมผู้สัมผัสร่วมบ้าน 3) แนะนำผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ 4) การประเมินผล[11] การให้ความสำคัญกับการค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน การติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มาตรการค้นหาเชิงรุกและเฝ้าระวังในชุมชน การส่งเสริมการกินยาต่อเนื่องและระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่องสอดคล้องกับการบริหารจัดการยา ระบบส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ และการกำกับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการขาดยาและลดโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยา นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนเชิงรุกยังสอดคล้องกับแนวคิดพลังเครือข่ายสามประสานที่มุ่งเน้นความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้องในการควบคุมวัณโรค จุดเน้นด้านการสร้างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ควบคู่กับการพัฒนาระบบติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการป้องกันและควบคุมวัณโรคในระดับชุมชนได้อย่างครอบคลุม

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคการรับรู้การป้องกันวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นผลมาจากกิจกรรมการให้ความรู้ การสื่อสารความเสี่ยง และการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารผ่านภาคีเครือข่ายและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกัน และการรักษาวัณโรคได้ถูกต้องมากขึ้น ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายยังช่วยให้การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง จากกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับทราบผลกระทบของโรค และตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ส่งผลให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการเข้ารับการคัดกรอง การสังเกต

อาการผิดปกติ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่าหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -4.220 , p <0.001) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-4.829, p<0.001) มากที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ (t=-3.209, p=0.002) การสัมผัสทางเสมหะ (t=-2.748, p=0.007) และน้อยที่สุดด้านการหาความรู้และการแนะนำ (t=-2.113, p=0.037) ตามลำดับ[11] และสอดคล้องกับประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรควัณโรค ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 6.62 คะแนน (SD= 1.33) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 (SD=0.64) ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 31.55 คะแนน (SD= 1.94) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 35.77 (SD= 2.15)[12] ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะการดำเนินงาน เป็นการมุ่งเน้นการให้ความรู้ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการป้องกันวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และการป้องกันการสัมผัสเชื้อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเนื่องจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพและการให้ความรู้ด้านวัณโรคสามารถเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตนเมื่อสัมผัสผู้ป่วย และการเข้ารับการคัดกรองได้อย่างถูกต้อง เมื่อบุคคลมีความรู้และการรับรู้ที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก ซึ่งความรู้และการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ และเป็นกลไกสำคัญของการป้องกันและควบคุมวัณโรคในระดับชุมชน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รูปแบบการป้องกัน วัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สามารถพัฒนาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และส่งเสริมการจัดการปัญหาวัณโรคอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการป้องกันวัณโรคเชิงรุกในชุมชน โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาและติดตามผู้ป่วยวัณโรค

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันวัณโรค เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านวัณโรคแก่ประชาชน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างกลไกความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านวัณโรคอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการข้อมูล การส่งต่อ และการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างครบวงจร นำไปสู่การลดการแพร่กระจายของโรค และบรรลุเป้าหมายการยุติวัณโรคในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหากลุ่มเสี่ยง การติดตาม

ผู้ป่วย และการป้องกันการแพร่กระจายของโรคในชุมชน

2) ควรมีการนำกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปบูรณาการกับงานสาธารณสุขประจำ โดยส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในการดำเนินงานป้องกันวัณโรคร่วมกัน

3) ควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบการป้องกันวัณโรคที่พัฒนาขึ้นกับพื้นที่ที่ดำเนินงานตามปกติ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบอย่างชัดเจน

2) ควรศึกษาการวิจัยแบบผสมผสาน โดยใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบควบคู่กับความคิดเห็นประสบการณ์ และปัจจัยความสำเร็จของภาคีเครือข่าย

3) ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการป้องกันวัณโรคในชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความรู้และทัศนคติของประชาชน และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Global tuberculosis report 2021. จาก https://www.emro.who.int/tuberculosis/epidemiological-situation/index.html. 2021.
2. ขวัญใจ มอนไธสง.(2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9.(2567). สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9. จาก https://thainews.prd.go.th/thainews/news/view/177428/?bid=1. 2567.
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุม วัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 - 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2567.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด รอบที่ 2/2567. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. 2567.
6. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
7. Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley.
8. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
9. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977
10. เตือนใจ แสร์สินธุ์, อารี บุตรสอน และนพดล พิมพ์จันทร์.(2569). การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ. 2569;11(1):1170-1182.
11. สุภาวดี ดอนจันลา.(2567). การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. J. Health Promot. Environ. Health Res. 2567;1(4):100-108.
12. สมลักษณ์ หนูจันทร์.(2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชน มีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):665-673.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

Development of a community-participatory health promotion model for older adults in Bang Taboon Sub-district, Ban Laem District, Phetchaburi Province.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 17,2026 ; Accepted: June 21,2026)

ปัญชนิศ อักษร[1]
Panchanid Augson[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 14 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 60 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และ 3) ผู้สูงอายุ 287 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพภาคี 3) การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 4) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This action research aimed to study the development of a community-participatory health promotion model for older adults. The study applied the action research framework (PAOR). The samples consisted of 3 groups: 1) 14 samples from network participants selected by purposive sampling and 2) 60 village health volunteers selected by stratified random sampling and 3) 287 older adults selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between November 2025 to May 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the developed model comprised 5 components: 1) Community Awareness & Engagement 2) Capacity Building 3) Participatory Health Planning 4) Community-based Health Promotion and 5) Monitoring, Evaluation and Reflection. Following the implementation of the model resulted the level of knowledge and health-promoting behaviors among older adults demonstrated compared showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention (p-value<0.001). In addition, VHVs showed significantly increased participation in health promotion activities for older adults (p-value<0.001).

Keyword: Health promotion, Older adults, Community participation

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ กำลังให้ความสนใจในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรของประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน ร้อยละ 23 รองลงมาคือประเทศไทย ร้อยละ 19[1] ปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) ในปี 2568 มีประชากร 13.99 ล้านคน ร้อยละ 21.58 จากการประเมินและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น (ADL) ปีงบประมาณ 2568 พบกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 3.41 และกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.59[2] การเปลี่ยนแปลงและเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทุกมิติและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขเป็นเรื่องสำคัญ จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุการเตรียมพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัยและรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย[3] ในจังหวัดเพชรบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุ 165,170 คน ร้อยละ 20.22 มีอัตราการพึ่งพิงซึ่งเป็นอัตราส่วนของประชากรที่อยู่ในกลุ่มอายุนอกวัยแรงงาน (60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรในวัยแรงงาน (15-59 ปี) ร้อยละ 31.61 อัตราส่วนที่เป็นภาระซึ่งเป็นอัตราส่วนของประชากรที่อยู่ในกลุ่มอายุนอกวัยแรงงาน (ต่ำกว่า 15 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรในวัยแรงงาน (15-59 ปี) ร้อยละ 56.35 อำเภอบ้านแหลม มีจำนวนผู้สูงอายุ 16,115 คน ร้อยละ 20.99 อัตราการพึ่งพิง ร้อยละ 32.92 อัตราส่วนที่เป็นภาระ ร้อยละ 56.87 และตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,119 คน ร้อยละ 23.74 อัตราการพึ่งพิง ร้อยละ 36.65 อัตราส่วนที่เป็นภาระ ร้อยละ 54.41[4]

กรมกิจการผู้สูงอายุได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 เพื่อรองรับ “นโยบาย 5 X 5 ฝ่าวิกฤตประชากร” ผ่าน “03 สร้างพลังผู้สูงอายุ : ผ่อนหนักให้เป็นเบา พลิกวิกฤตทางประชากรให้เป็นโอกาส” ร่วมกับกระทรวงต่างๆ โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 2) การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 3) สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4) ผู้สูงอายุสมองดี 5) ความสุขของผู้สูงอายุ 6) สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสาหรับผู้สูงอายุ[5] หากไม่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาจจะมีความเสี่ยงตามมามากมาย การละเลยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอาจนำไปสู่ภาวะต่างๆ เช่น ภาวะพึ่งพิง การลื่นล้ม โรคเรื้อรังที่รุนแรงขึ้น หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวในระยะยาว

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี มีการพัฒนาการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอนามัยตนเอง ซึ่งมี 8 หน่วยงาน ลงนามบันทึกข้อตกลงดูแลผู้สูงอายุ มุ่งมั่นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านอาชีพ ความร่วมมือและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุในชุมชนร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตตลอดจนสร้างกลไกการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพบรรลุผลตามเป้าหมาย ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2568 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 98.22 ซึ่งมีความเสี่ยงด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด[6] ซึ่งหลังการคัดกรองมีการติดตามและให้ความรู้ติดตามรายบุคคลในกลุ่มบางกลุ่ม เช่น กลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก แต่ในภาคประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการในบางขั้นตอน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเพื่อให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ สามารถจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ด้วยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น เพื่อคุณภาพ

ชีวิตที่ดี และการดำเนินงานในชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

2. เพื่อประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[7] เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 1,202 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านแหลม 5) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล และ 7) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านแหลม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)[8] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)[8] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 287 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 12 คะแนน 2) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ และ 3) มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่วิจัยจัดขึ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) อาสาสมัครที่ให้ข้อมูลแล้วแต่

เปลี่ยนใจขอออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) อาสาสมัครที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ได้ และ 4) เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรครุนแรงที่แพทย์เห็นว่ามีความเสี่ยง ไม่ปลอดภัยหากเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ของผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) โรคประจำตัว และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[9] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (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 แบบสอบถาม (Questionnaire) ของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6) ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ตำบลบางตะบูน และ 7) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การร่วมประชุมกลุ่ม 2) การวางแผนการดำเนินกิจกรรม 3) การตัดสินใจ 4) การดำเนินการ 5) การประเมินผล และ 6) การรับผลประโยชน์ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ กับผู้สูงอายุ ตำบล ปากทะเล อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน และแบบสอบถามการมีส่วนส่วนร่วมไปทดทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปากทะเล อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.93 2) ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.88 ซึ่งภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทั้งชุดเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาบทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ตลอดจนความต้องการในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในการวิจัย ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชมรมผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพจิต การป้องกันโรคเรื้อรัง และสร้างกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพและ อสม. การให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม การส่งเสริมโภชนาการ การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ตลอดจนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วม การสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประเมินผลด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วม สรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลแก่ชุมชน ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และระดับการมีส่วนร่วม ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 เลขที่ คจม.พบ. 032/2568 รับรองระหว่าง วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักให้ชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ชุมชนรับรู้ปัญหาและความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย โดยการอบรมความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาทักษะการประเมินสุขภาพ การวางแผนกิจกรรมสุขภาพ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

3) การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยวิเคราะห์ข้อมูลคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จัดลำดับปัญหา กำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหา จัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน ส่งผลให้ชุมชนและหน่วยงานมีแผนสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ส่งเสริมโภชนาการ สุขภาพจิต เยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง ติดตามผลตามตัวชี้วัด ประชุมสะท้อนผล ถอดบทเรียน ปรับแผนสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อเกิดการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ซึ่งรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาโดย มุ่งเน้นให้ชุมชน ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนดำเนินงาน และประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานข้อมูลสุขภาพและบริบทของพื้นที่ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืนในชุมชนต่อไป

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 15.74, S.D.=2.06)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ภาพรวมระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก (X=2.36 S.D.=0.26)

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก (X=2.43 S.D.=0.08)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 องค์ประกอบ 1) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพภาคี 3) การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 4) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน และ 5) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง จากกระบวนการพัฒนารูปแบบได้เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินงาน และประเมินผลร่วมกัน ทำให้เกิดความตระหนักถึงสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพมาจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ รวมทั้งร่วมดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จนเกิดกลไกการทำงานร่วมกันของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งการพัฒนาสุขภาพจะเกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืนเมื่อประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ส่งผลให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของและสามารถขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยการเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุม กาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง[11] และสอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ “SAWA2I Model” ได้แก่ 1) มีทีมคณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม 3) ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน 4) การนำแผนแนวทางสู่การปฏิบัติ 5) การทำงานแบบบูรณาการ

กับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย และ 6) การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้[12] ทั้งนี้ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยองค์ประกอบด้านการสร้างความตระหนักและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายช่วยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ขณะที่การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ทำให้การดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยพบว่าด้านการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย มีความสอดคล้องกับการจัดตั้งทีมและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ขณะที่การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนร่วมกัน ส่วนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนสอดคล้องกับการนำแผนไปสู่การปฏิบัติและการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ และองค์ประกอบด้านการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกัน และสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของตนเอง เกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต และการป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งความรู้และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ จะเห็นได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายอย่าง สอดคล้องกับกี่ศึกษาที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และ การส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[11]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน มีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ และเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายผ่านการอบรม การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สามารถให้คำแนะนำ ติดตามเยี่ยมบ้าน และประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม[13] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมที่

แท้จริงควรเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบ ความผูกพัน และแรงจูงใจในการดำเนินงานของบุคคลในชุมชน และสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สวนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก[14] ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น ช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ และความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงาน อันนำไปสู่การขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการดำเนินงานของชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยบรรจุประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบลและอำเภอ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจน

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรที่จำเป็น สำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างพื้นที่กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและชมรมผู้สูงอายุให้สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

2) ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3) ควรมีการติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังชุมชนหรือจังหวัดอื่นที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานและทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบในพื้นที่ต่างๆ

2) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการดำเนินกิจกรรม

3) ควรศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการดำเนินงานตามปกติของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
2. กรมอนามัย.(2568). สุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2568. เข้าถึงได้จาก: https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566-2570). นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข; 2565.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2568). สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2568. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1
5. กรมอนามัย. (2563). คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Individual Wellness Plan). สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.(2568). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go. th/center/public/standard-reportdetail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151
7. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1988.
8. Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley.
9. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977
11. สมบัติ ทั่งทอง.(2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(2):25-34.
12. สุเพียบ ศรวิมล.(2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ2568;4(1):242-256.
13. Cohen JM, Uphoff NT.(1980). Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. New York: Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University; 1980.
14. หนูเวียง ตันสกุล.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอ ห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):353-363.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลบ้านฝาง กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with pulmonary tuberculosis at Ban Fang Hospital.patients 2 Case Study.

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

กนกพร ศิริวรประสาท[1]
Kanokporn Siriworaprasat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พบเชื้อในเสมหะรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมถึงการลดการตีตราต่อพระภิกษุที่ป่วยเป็นวัณโรค เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยคัดเลือกผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 รายแบบเฉพาะเจาะจง ที่แตกต่างกัน ทั้งเพศ อายุ พฤติกรรมสุขภาพ ที่พักอาศัย การแพร่กระจายเชื้ออาการและอาการแสดง ที่เหมือนกัน คือมีผล X-pert MTB detected และวินิจฉัย Tuberculosis of lung เริ่มเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2568 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2569 เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การสังเกต และ การทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ แผนการรักษาของแพทย์ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า รายที่ 1 เป็นพระภิกษุป่วยวัณโรคปอด รายที่ 2 ประชาชนทั่วไปป่วยวัณโรคปอด มีการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหาการวางแผนพยาบาล การรักษาพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และ การติดตามป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน การใช้กระบวนการแผนการรักษาพยาบาล ควบคู่กับการลดการตีตราในตนเอง เพื่อนพระภิกษุ คนในชุมชน รวมทั้งปรับรูปแบบในการดูแลภายในวัด สร้างความเข้าใจเรื่องการแพร่เชื้อในชุมชนและวัด เน้นย้ำว่า “วัณโรค รักษาหายได้” ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากความกลัวเป็นความเข้าใจ พระภิกษุที่ป่วยรวมถึงคนทั่วไปที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด เข้าถึงระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน, โรควัณโรคปอด, การตีตรา

Abstract

This study examines newly registered patients with pulmonary tuberculosis, identified by sputum-based bacterial cultures, at the Tuberculosis Clinic of Ban Fang Hospital, Ban Fang District, KhonKaen Province. The objective of this study is to compare treatment plans, nursing diagnoses, nursing planning, and nursing outcomes. This includes reducing the stigma against monks suffering from tuberculosis, and using the acquired knowledge to develop models for caring for tuberculosis patients in the community, by selecting two patients with pulmonary tuberculosis. Specific variations, differing in gender, age, health behaviors, residence, transmission patterns, and signs and symptoms, share a common characteristic: anX-pert MTB detected result and a diagnosis of Tuberculosis of lung Data collection began between September 1, 2025, and ended March 31, 2026. Data was collected through interviews, physical examinations, observation, and medical record review. Data was analyzed by comparing health patterns.

The findings showed that patient 1 was a Buddhist monk with pulmonary tuberculosis, and patient 2 was a member of the general public with pulmonary tuberculosis. Complete data collection on the patients' health status ensured sufficient quality information for diagnosis, nursing planning, treatment, evaluation of nursing outcomes, and monitoring and prevention of infection spread in the community. The results showed that using a treatment plan process, coupled with reducing self-stigma among fellow monks and community

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านฝาง

members, as well as adjusting the care model within the temple, fostered understanding. Regarding community and temple transmission, emphasizing that "tuberculosis is curable" helped patients shift from fear to understanding. Monks and lay people suffering from pulmonary tuberculosis had quick and safe access to treatment.

Keywords: Nursing process, Gordon's 11 health patterns, Pulmonary tuberculosis, Stigma

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2565 โดยองค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 1.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10.1 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 4.5 นอกจากนี้วัณโรคยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 13 รองลงมาจาก COVID-19 ประชากรประมาณ 1 ใน 3 พบมีชื้อวัณโรค ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีการตรวจพบเชื้อวัณโรคมากที่สุดในภูมิภาคเอเชีย1 ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดวัณโรคปอดในประเทศไทย ได้แก่ การย้ายถิ่นฐานของแรงงาน ความยากจน การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค เช่น อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน การทำงานในที่แห่งเดียวกัน การจัดลักษณะที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานไม่ถูกสุขลักษณะหรือสภาพแวดล้อมที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต เป็นต้น วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย วัณโรคกว่าร้อยละ 75-80 เกิดขึ้นที่ปอด ซึ่งปัญหาที่พบของผู้ป่วยวัณโรคคือ การกินยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา ต้องใช้ยาหลายขนาดและโอกาสเกิดผล[1]

ข้างเคียงจากยา ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมประกอบกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีฐานะยากจนทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นจึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาและดูแลจนหายขาดพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลการรับประทานยาและลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การดูแลด้านโภชนาการและการสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจ ครอบครัวและชุมชน[2]

โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) มีคลินิกวัณโรคให้บริการทุกวันอังคาร แบบ One Stop Service แยกส่วนจากการให้บริการผู้ป่วยอื่นอย่างชัดเจน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีประชากร 53,442 คน จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคอำเภอบ้านฝาง ปี พ.ศ. 2566, 2567 และ 2568 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (Incident case) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจำนวน 70,76และ 77ราย ตามลำดับ อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)ร้อยละ 85.36, 89.41 และ89.53 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ปี 2568 คิดเป็นร้อยละ 77.78 (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 88) อัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) ปี 2568 เสียชีวิต2รายคิดเป็นร้อยละ 22.22 อัตราการขาดยา ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปี 2568 ขาดยา 1รายคิดเป็นร้อยละ 2.22 จะเห็นว่าอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำความสำเร็จของการรักษาวัณโรคมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่ายังมีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลที่จะต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการขาดยาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ค้นหาปัญหา กำหนดปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดความรุนแรง

และภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาวัณโรคอย่างต่อเนื่องป้องกันการเกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรคปอด จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่คลินิกวัณโรคเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากรและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบ้านฝาง ปี พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบ้านฝาง ในระหว่างเดือน กันยายน 2568 – มีนาคม 2569 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วย และญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[3] ทำการสรุป รวบรวมนำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากแบบแผนสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในพระภิกษุเปรียบเทียบกับคนทั่วไปเนื่องจากพบพระภิกษุขาดนัดรับยาย้ายวัดจากการถูกตีตราจากพระในวัดและชุมชน

3. ขออนุมัติการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รับการรักษาตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาลได้แก่ รวบรวมข้อมูลและประเมิน วินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล

6. วิเคราะห์ สรุปผลการศึกษา ปัญหาอุปสรรค ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

7. เสนอผลการศึกษาต่อหน่วยงานและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์

8. จัดทำผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบกรณีศึกษาโดยเปรียบเทียบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

การศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้ง 2 รายได้เสนอผลการศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาลและนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ(7 Aspects of care)มาใช้ในการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ตารางที่ 1 ประวัติสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไอมีเสมหะสีเขียวเบื่ออาหาร อ่อนเพลียน้ำหนักลด 3กิโลกรัม มีไข้ต่ำๆตอนเย็นเป็นมา 2 เดือน	ไอแห้งๆ เบื่ออาหาร เหนื่อยอ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้ต่ำๆ ตอนเย็น เป็นมา3เดือน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการและอาการแสดงชัดเจน แตกต่างกันที่รายที่ 1 มีอาการไอมีเสมหะ แต่รายที่ 2 มีอาการไอแห้งๆ ส่วนอาการต่างๆ ใกล้เคียงกัน เช่นน้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำๆตอนเย็น
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ไอเสมหะเขียว เหนื่อยอ่อนเพลีย จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล	3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ไอแห้งๆ เหนื่อยอ่อนเพลีย ทานข้าวได้น้อย จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 มีประวัติเจ็บป่วยคล้ายๆกัน เช่น ไข้ ไอเรื้อรัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซึ่งเป็นอาการที่ต้องมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลบ้านฝาง
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยวัณโรค ไม่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ปฏิเสธโรคประจำตัวไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	มีประวัติปู่ป่วยเป็นวัณโรค รักษาไม่ต่อเนื่องป่วยและเสียชีวิต มามากกว่า 10 ปี เคยอยู่บ้านหลังเดียวกันมาก่อน ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยวัณโรคมาก่อน รายที่ 1 ไม่เคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ส่วนรายที่ 2 มีการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมานานกว่า 10 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว	ปู่เคยป่วยวัณโรคปอดและเสียชีวิตมากกว่า 10 ปี สมาชิกในครอบครัวที่เหลือไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพดี ไม่มีอาการไอ น้ำหนักลด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างคือรายที่ 1 ครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนรายที่ 2 ปู่เคยเป็นวัณโรคปอด เสียชีวิตเมื่อ10 ปีที่ผ่านมา
ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี	ไม่มีประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติการแพ้ยา	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีประวัติการแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีประวัติการผ่าตัด
ลักษณะครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว	ผู้ป่วยบวชเป็นพระภิกษุและอาศัยอยู่วัด มา 5 ปี มีพระภิกษุทั้งหมด	อาศัยอยู่กับสามี ลูกชายอายุ14 ปี และหลาน 2 คน อายุ 9ปี และ 13 ปี	รายที่1 เป็นพระภิกษุ ส่วนรายที่ 2 อยู่ในครอบครัวหลายคน สามีสูบบุหรี่และดื่มสุราประจำ
เพศ อายุ การศึกษา เศรษฐานะ	พระภิกษุ อายุ 32 ปี	หญิงไทย อายุ 39 ปี เรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ฐานะปานกลาง อาชีพทำนา มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง	ผู้ป่วย ต่างเพศ ต่างสังคม ต่างสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการการเข้าถึงการดูแลจาก เจ้าหน้าที่ อสม. และมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 1
โรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีโรคประจำตัว
การวินิจฉัย	Pulmonary Tuberculosis ผล AFB 1+	Pulmonary Tuberculosis ผล AFB 1+	ผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้ง 2 ราย ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงคัดกรองวัณโรค ไม่มีโรคประจำตัว ปอดมี Infiltrates
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลตรวจ sputum AFB1+	ผลตรวจ sputum AFB1+	ผล AFB1+ทั้ง 2 ราย
ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก CXR			ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพที่ปอด

ตารางที่ 1 ประวัติสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การรักษาที่ได้รักษา	น้ำหนัก 56 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร สูตร 2HRZE/ 4IR 1. Isoniazid 100 mg. 3tab oral hs 2. Rifampicin 300mg. 2 tab oral hs 3. Pyrazinamide 500mg. 3 tab oral hs 4. Ethambutal 500mg.2tab oral hs	น้ำหนัก 40 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร สูตร 2HRZE/ 4IR 1. Isoniazid 100 mg. 3tab oral hs 2. Rifampicin 450mg. 1 tab oral hs 3. Pyrazinamide 500mg. 2 tab oral hs 4. Ethambutal 400 mg. 2 tab oral hs	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยารักษาวัณโรคปอด สูตรยา 2HRZE/ 4IR ซึ่งเป็น First-line drug สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อนและขนาดยาตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ต้องมีวินัยในการกินยาอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งให้กำลังใจ ในการกินยาจนครบ รายที่1 เน้นการ DOT หาBuddyคอยเตือนคอย DOTให้กินยาต่อเนื่อง เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ งดรับกิจนิมนต์ระยะแพร่กระจายเชื้อ เพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เนื่องจากพระภิกษุฉันอาหาร 2 เวลา ส่วนรายที่ 2 สามารถ DOTเองได้ แนะนำการลงบันทึก
			การกินยาทุกวัน เน้นอาหารประเภทโปรตีนเนื่องจากมีน้ำหนักตัวน้อย เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา

หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of Care)เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดและลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment)

- ซักประวัติและคัดกรองอาการหลัก:เช่น ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอมีเลือดปน มีไข้ต่ำๆ ตอนเย็น เหงื่อออกมากตอนกลางคืน น้ำหนักลดและอ่อนเพลีย

- ประเมินสัญญาณชีพและระบบหายใจ: อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ และระดับออกซิเจนในเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลว

- ประเมินโรคร่วมและพฤติกรรมเสี่ยง : เช่น การติดเชื้อ HIV, เบาหวาน, การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management)

- ลดอาการไอและขับเสมหะ : แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆ (วันละ 2-3 ลิตรหากไม่มีข้อห้าม) จัดท่าเบาะนอนสูง จัดท่าระบายเสมหะ (Chest Physical Therapy) และสอนการไออย่างถูกวิธี (Effective Coughing)

- จัดการเรื่องไข้และความอ่อนเพลีย : เช็ดตัวลดไข้ ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เต็มที่

- ลดอาการเบื่ออาหาร : จัดอาหารโปรตีนและพลังงานสูง ย่อยง่าย แบ่งเป็นมื้อย่อยๆ บ่อยครั้ง เพื่อฟื้นฟูร่างกายที่ทรุดโทรมจากโรค

3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)

- ความปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ : ในโรงพยาบาล : จัดให้อยู่ในห้องแยกโรคความดันลบ (Negative Pressure Room) หรือห้องที่อากาศถ่ายเทดี บุคลากรต้องสวมหน้ากาก N95

ตัวผู้ป่วย : ต้องสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) ตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น สอนการปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูเวลาไอ-

จาม และทิ้งในถังขยะติดเชื้อที่มีฝาปิด

- ความปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยา:เฝ้าระวังอาการแพ้ยาหรือตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค (เช่น คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง ตัวเหลืองตาเหลือง ปัสสาวะสีชา หรือชาปลายมือปลายเท้า) พร้อมติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ อย่างใกล้ชิด

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Prevention of Complication)

- ป้องกันวัณโรคดื้อยา (Drug-Resistant TB): เน้นย้ำความสำคัญของการกินยาให้ครบ ถูกขนาด ถูกเวลา และห้ามหยุดยาเองเด็ดขาดแม้จะรู้สึกอาการดีขึ้นแล้ว

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ: เฝ้าระวังภาวะไอเป็นเลือดรุนแรง (Massive Hemoptysis), ลมในช่องอก (Pneumothorax) หรือการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน (Superinfection) โดยสังเกตจากลักษณะเสมหะที่เปลี่ยนไป หรืออาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงขึ้น

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

- ระบบ DOT (Directly Observed Therapy): ประสานงานจัดหา "ผู้กำกับการกินยา" (DOT Watcher) เช่น อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือญาติที่ผ่านการอบรม เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยกลืนยาจริงทุกมื้อ - การนัดหมายและติดตามผล : วางแผนส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ Smart COC (Continuity of Care) ไปยัง รพ.สต. ในพื้นที่ เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ตรวจเสมหะ (AFB Smear) และ X-ray ปอดตามนัดหมาย

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (Facilitation of Self-Care)

- สร้างความตระหนักรู้:ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และระยะเวลาการกินยา (ปกติ 6-9 เดือน) เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

- การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน:แนะนำครอบครัวให้จัดห้องนอนผู้ป่วยให้อากาศถ่ายเทสะดวก แสงแดดส่องถึง (แสง UV ช่วยฆ่าเชื้อวัณโรคได้ดี) นำเครื่องนอนออกตากแดดบ่อยๆ

- การดูแลผู้สัมผัสร่วมบ้าน:แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดทุกคน โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ไปรับการคัดกรองวัณโรค (X-ray หรือตรวจเสมหะ) เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อระยะเริ่มแรก

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction)

- การดูแลด้านจิตสังคม (Psychosocial Care): ผู้ป่วยวัณโรคมักรู้สึกถูกตีตราหรือแยกตัวจากสังคม พยาบาลต้องให้คำปรึกษาด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ลดการตีตรา และให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงใจในการรักษาจนครบคอร์ส

- เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม:รับฟังข้อจำกัดของผู้ป่วยและครอบครัว (เช่น ปัญหาการเดินทาง ปัญหาค่าใช้จ่าย) และร่วมกันหาทางแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกและพึงพอใจสูงสุด

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาที่ 1 พระภิกษุ : พระภิกษุไอเรื้อรังมาเรื่อยมีไข้ต่ำๆช่วงตอนเย็นมาประมาณ 2 เดือน 2 วันก่อนมา ไอมีเสมหะสีเขียวข้นมากขึ้น เจ็บหน้าอกเวลาไอ เบื่ออาหารน้ำหนักลด มาตรวจที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ผลตรวจ sputum AFB1+ วินิจฉัยPulmonary Tuberculosis ผล AFB 1+ น้ำหนัก 56 กก.สูง 165 ซม.เริ่มกินยาสูตร 2HRZE/ 4IR วันที่ 12 กันยายน 2568 1.) Isoniazid 100 mg. 3 tab oral hs 2.) Rifampicin 300 mg. 2 tab oralhs 3.) Pyrazinamide500mg. 3 taboralhs 4.) Ethambutal 500mg. 2 tab oral hs รักษาวัณโรคปอด สูตรยา 2HRZE/ 4IR ซึ่งเป็น First-line drug สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อนและขนาดตัวของยาตามน้ำหนักผู้ป่วย ต้องมีวินัยในการกินยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ ในการกินยาจนครบ รายที่1 เน้นการ (DOTS) หาBuddyคอยเตือนคอย (DOTS)

ให้กินยาต่อเนื่อง เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ งดรับกิจนิมนต์ระยะแพร่กระจายเชื้อ เพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เนื่องจากพระภิกษุฉันอาหาร2เวลา เน้นให้ความรู้กับพระภิกษุในวัด และชุมชน เพื่อลดการตีตรา เพื่อช่วยเหลือพระภิกษุให้ได้รับการรักษาและกินยาให้ครบคอร์ส หลังจากติดตามดูแล พระภิกษุเข้ารับการรักษาให้กินยาครบคอร์ส ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้สัมผัสได้รับการคัดกรอง CXR และเฝ้าติดตามอาการทุกคน และติดตามอาการโดยการ CXR ทุก 6 เดือนไปจนครบ 2 ปี

กรณีศึกษาที่ 2 : หญิงไทยอายุ39ปีไอแห้งๆ เบื่ออาหาร เหนื่อยอ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้ต่ำๆ ตอนเย็น เป็นมา3เดือน3วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ไอแห้งๆ เหนื่อยอ่อนเพลีย ทานข้าวได้น้อย จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ผลตรวจ Pulmonary TuberculosisผลAFB 1+เริ่มกินยาสูตร2HRZE/ 4IR วันที่ 5กันยายน 2568 1.Isoniazid 100mg. 3tab oral hs2.Rifampicin 450mg. 1tab oral hs3.Pyrazinamide 500mg. 2tab oral hs4.Ethambutal 400mg.2tab oral hsซึ่งเป็น First-line drug สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อนและขนาดตัวของยาตามน้ำหนักผู้ป่วย ต้องมีวินัยในการกินยาอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งให้กำลังใจ ในการกินยาจนครบ รายที่2 เน้นให้กินยาต่อเนื่อง เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อซึ่งรายนี้เป็นวัยทำงาน ควรเน้นการให้ความรู้ การ(DOTS)ด้วยตัวเองโดยมีการทำกระเป๋าใส่ยาวัณโรคตามวันที่ให้ครบตามวันนัด และให้ความสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับคนที่บ้านในชุมชนช่วงระยะแพร่เชื้อ รายที่2 รับประทานยาจนครบ6เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับการ คัดกรอง CXRครบและติดตามทุก6เดือนไปจนครบ2ปี

หัวใจสำคัญ : การใช้กรอบ 7 Aspects of Care ในผู้ป่วยวัณโรค ไม่เพียงแต่ช่วยให้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นกุญแจสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและหายขาดอย่างแท้จริง[4,5,6]

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ความสำเร็จในการรักษาวัณโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับสูตรยาเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับ **"การวินิจฉัยที่รวดเร็ว"** และ **"ความต่อเนื่องในการรับประทานยา"** การมีระบบพี่เลี้ยงช่วยจัดยา (DOTS) และการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มรอดพ้นจากภาวะแทรกซ้อนและหายขาดจากโรคได้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองวัณโรค.(2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพอักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2564
2. สุธิดา อิสระ,อรสา กงตาล.(2563). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนเขตเมืองกรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563
3. พรศิริ พันธสี. (2552). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร จำกัด.
4. พรพิมล จิตธรรมมา.(2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคปอดโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลนาดีอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2567
5. พิชิต แสนเสนา, สมลักษณ์ หนูจันทร์.(2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจระเข้ อำเภอหนอง**เรือ** จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565
6. ธัญมาศ เมืองเดช, ประจบ แหลมหลัก.(2566). การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันร่วมกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

(Nursing care for patients with Ischemic Stroke treated with rt-PA thrombolytic therapy during the Acute phase at Kalasin Hospital: A case study)

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

ณัฐฐ์ธนัน โพนนอนสันต์[1]
Natthanan Ponnonsan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันร่วมกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568- ธันวาคม 2568 โดยใช้กรอบแนวคิด ของ FANCAS เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการแขนด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง เจ็บป่วยประมาณ 2 ปี รับการรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลชุมชน ประวัติขาดการตรวจตามนัดและขาดรับการประทานยา รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยโรค Stroke fast track. ประเมินสภาพ GCS E4V5M6 Motor power left grade V, right grade IV, right facial palsy ประเมิน NIHSS Score 5 คะแนน ADL แรกรับ 90 คะแนน MRS 2 คะแนน พบมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พบภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยามีเลือดออกในไรฟันไม่ Active bleed ย้ายผู้ป่วย Closed observed Stroke unit อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัดเป็นมา 30 นาที ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เบาหวานและไขมันในเลือดสูง การวินิจฉัยโรค Stroke fast track ประเมินสภาพ GCS E4VTM6 ขณะรับการรักษาพบมีอาการเปลี่ยนแปลง motor power Right grade 5 left grade 0 Lt facial palsy, mild dysarthria NIHSS = 12 คะแนน ADL 7 คะแนน MRS 4 คะแนน ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA หลังการรักษาย้ายผู้ป่วยรับการรักษาที่ Stroke unit อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, ระยะเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

Abstract

This compare two case study aimed to investigate the nursing care of patients with acute ischemic stroke combined with thrombolytic therapy (rt-PA) at Kalasin Hospital. Purposively selected case studies of patients diagnosed with ischemic stroke who were admitted to Kalasin Hospital between July 2025 and December 2025. The FANCAS framework was applied to identify nursing problems, develop nursing care plans, and continuously evaluate nursing outcomes.

The study results showed that: Case Study 1: A 52-year-old Thai female presented with right-sided weakness for 3 hours prior to admission. Her medical history included hypertension for 2 years with a history of non-compliance with follow-up appointments and medication. She was referred from a community hospital under the Stroke Fast Track protocol. Upon assessment, GCS was E4V5M6, motor power was grade V on the left and grade IV on the right, with right facial palsy. The NIHSS score was 5, initial ADL was 90, and

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

MRS was 2. She presented with hypertension and was treated with antihypertensive medication and intravenous rt-PA. A post-thrombolytic complication occurred involving non-active gingival bleeding. The patient was transferred for close observation in the Stroke Unit; her condition improved progressively, and she was subsequently discharged.

Case Study 2: A 55-year-old Thai male presented with left-sided hemiparesis and slurred speech for 30 minutes. His medical history included diabetes mellitus and dyslipidemia. Diagnosed under the Stroke Fast Track protocol, his initial GCS was E4VTM6. During treatment, his condition changed: motor power was grade V on the right and grade 0 on the left, with left facial palsy and mild dysarthria. Assessment revealed an NIHSS score of 12, ADL of 7, and MRS of 4. He received intravenous rt-PA and was transferred to the Stroke Unit. His condition improved steadily, and he was eventually discharged.

Keywords: Nursing care for ischemic stroke, Acute phase, rt-PA thrombolytic therapy

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) พบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 12 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โรคประจำตัวที่ไม่ได้รับการควบคุม และโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการในผู้สูงอายุ จากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า[2] อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในส่วนของจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนในช่วงปี พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่สัมพันธ์กับโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง รวมถึงปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด[3]

ซึ่งหัวใจสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) คือ "เวลา" โดยเฉพาะการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมง ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ[4] อย่างไรก็ตาม การให้ยา rt-PA มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง หรือเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ[5] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน คัดกรองผ่านระบบ Stroke Fast Track และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ห้องฉุกเฉิน[6] เป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดในการประเมินสภาพที่ชัดเจน ทฤษฎี FANCAS [7]จึงถูกนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย F (Fluid balance) การดูแลสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ A (Aeration): การดูแลการแลกเปลี่ยนก๊าซและการหายใจ เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนเพียงพอ N (Nutrition): การประเมินการกลืนและการได้รับสารอาหารที่เหมาะสมในระยะวิกฤต C (Communication) การประเมินระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ A (Activity) การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง S (Stimulation) การเฝ้าระวังการตอบสนองทางระบบประสาทและสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การศึกษาเปรียบเทียบ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ครั้งนี้ จึงมีความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด[8]

วัตถุประสงค์

1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ร่วมกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

2 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันได้รับการรักษาด้วยการให้ยา ละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ราย ศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม– ธันวาคม 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด ของ FANCAS วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการแขนด้านขวาอ่อนแรงเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง การวินิจฉัยโรค Stroke fast track. ประเมินสภาพ GCS E4V5M6 Motor power left grade V, right grade IV, right facial palsy ประเมิน NIHSS Score 5 คะแนน ADL แรกรับ90 คะแนน MRS 2 คะแนน DTX 149mg%. มีภาวะความดันโลหิตสูง 188/97 mmHg ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต Nicardipine (20mg) + NSS 100 ml IV 5 ml/hr Keep BP < 169/90 mmHg ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA (0.9m mg/kg) total dose =76.50 mg เวลา 17.33น. 10%of total dose bolus in 1 min7.65mg, 90% of total drip in 60 mins 68.85mg ย้ายผู้ป่วยรับการรักษาที่ Stroke unit หลังการรักษาได้รับยาละลายลิ่มเลือด24ชั่วโมง ไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารได้ไม่สำลัก อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี.เข้ารับการรักษาด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัดเป็นมา 30 นาที ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเบาหวานและไขมันในเลือดสูง การวินิจฉัยโรค Stroke fast track ประเมินสภาพ GCS E4VTM6 ขณะรับการรักษาพบมีอาการเปลี่ยนแปลง ประเมิน Motor power left grade 0 , right grade V NIHSS = 16 คะแนน ADL 7 คะแนน MRS 4 คะแนน แผนการักษาแผนการรักษาได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA (0.9m mg/kg) total dose =48.15 mg เวลา 21.56น. 10%of total dose bolus in 1 min 7.65mg, 90% of total drip in 60 mins 43.35mg.หลังการรักษาย้ายผู้ป่วยรับการรักษาที่ Stroke unit อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	แขนด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมา 30 นาที
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ขณะนั่งทำพานบายศรีมีอาการอ่อนแรงแขนด้านขวา นั่งพักและสังเกตอาการ พบอาการไม่ดีขึ้น จึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ขณะนั่งดูทีวี มีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย ลุกเดินไม่ได้ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อรับการรักษา
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง เจ็บป่วยประมาณ 2 ปี รับการรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลชุมชน ประวัติขาดการตรวจตามนัดและขาดรับการประทานยา	มีประวัติโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูงหัวและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ด้วยการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และเข้ารับการตรวจตามนัด มีพฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่ และมีความเครียดจากการทำงาน
อาการแรกรับ	GCS E4V5M6 pupil 3 mm reac to light both eyes Motor power left grade V, right grade IV, right facial palsy ประเมิน NIHSS Score 5 คะแนน ADL แรกรับ90 คะแนน MRS 2 คะแนนDTX149mg%. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พบมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับยา Nicardipine (20mg) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 181/90 มิลลิเมตรปรอท ผล CT Scan : No intracerebral hemorrhage, Hypodense lesion at anteria limb of left internal capsule, Acute lacunar infraction	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mm SRTL BE มีอาการ อ่อนแรงข้างซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด GCS E4V5M6 pupil 2 mm. RTLBE motor power Rt.grade 5/5 Lt.grade 0/0 Lt facial palsy, mild dysarthria NIHSS = 0 คะแนน ADL 7 คะแนน MRS 4 คะแนน สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122 /78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% CT Scan: Hypodense lesion at right lentiform nucleus, suspected acute infarction

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินร่างกายตามระบบ

ระบบที่ตรวจ	ผลการตรวจกรณีศึกษารายที่ 1	ผลการตรวจกรณีศึกษารายที่ 2
1.General appearance	Thai Female, Good consciousness. น้ำหนัก 85 kgs. ส่วนสูง 165 cms. BMI = 31.22 กก./ม.2 (อ้วนระดับ2)	Thai male, good consciousness, looked weak, not pale jaundice น้ำหนัก 53.5 Kgs. ส่วนสูง 160 cms. BMI 20.89 กก./ม.2 (ปกติ)
2.HEENT	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged.	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged
3.Heart	Normal S1, S2, no murmur	rregular rhythm, Normal S1, S2, no murmur
4.Lungs	Clear both lungs	Lungs Clear, no crepitation
5.Abdomen	Abdomen soft normal active bowel sound	Abdomen mild guarding tender , Liver was just palpable, normal active bowel sound
6. Genitourinary	CVA not tender	CVA not tender
7.Extremities	Motor power left grade grade V, right leg grade IV	Motor power left grade 0 , right grade V
8.Neurosigns	GCS E4V5M6 pupil 3mms. react to light both eyes.	GCS E4V5M6 pupil 3mm react to light both eyes.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษารายที่ 1 WBC 6,900 cell/mm^3 Hb 10.10 g/dL Hct 31.0 % Plt 279,000 cell/mm^3 PT 13.6 sec INR 0.99 BUN 10.61 mg/dL Creatinine 0.52 mg/dL eGFR 110 ml/min/1.73m^2 Sodium 134.0 mmol/L Potassium 4.07 mmol/L Co2 23.00 mmol/L Chloride 104.4 mmol/L Cholesterol 171.7 mg/dL Triglyceride 119.1 mg/dL HDL 35.7 mg/dL LDL-C 112 mg/dL Glucose(FBS)อดอาหาร 118mg/dL DTX 146 mg% HbA1c 7.7 %.

กรณีศึกษารายที่ 2 WBC 8,550 cell/mm^3 Hb 11.9 g/dL Hct 34.7 % PT 24.0 sec INR 0.87 BUN 13 mg/dL Creatinine 0.71 mg/dL eGFR 100 ml/min/1.73m^2 Sodium 140 mmol/L Potassium 3.54 mmol/L Co2 24.0 mmol/L Chloride 111. mmol/L Cholesterol 152.3 mg/dL Triglyceride 112.8 mg/dL HDL 50.5 mg/dL LDL-C 79 mg/dL Glucose(FBS)อดอาหาร 96 mg/dL DTX 133 mg% HbA1c 6.6 %.

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS[7]

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
F: Fluid balance	ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง เจ็บป่วยประมาณ 2 ปี ขาดการตรวจตามนัด และขาดรับการประทานยารับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน **ตรวจร่างกาย**: สภาพทั่วไปผู้ป่วย วัยผู้ใหญ่ ผิวสองสี ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก ไม่มีอาการสับสน ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจเองไม่ได้ นอนพักที่เตียงใส่ท่อช่วยหายใจ **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**: BUN 10.61 mg/dL Creatinine 0.52 mg/dL eGFR 110 ml/min/1.73m^2 Sodium 134.0 mmol/L Potassium 4.07 mmol/L Co2 23.00 mmol/L Chloride 104.4 mmol/L Cholesterol 171.7 mg/dL Triglyceride 119.1 mg/dL HDL 35.7 mg/dL LDL-C 112 mg/dL Glucose(FBS)อดอาหาร 118mg/dL DTX 146 mg% HbA1c 7.7 %.	ประวัติการเจ็บป่วย: ไม่มีมีประวัติ โรคประจำตัว ปฏิเสธโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน **ตรวจร่างกาย**: สภาพทั่วไปผู้ป่วยเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ ผิวสอง สีผมขาวสั้น ผิวค่อนข้างคล้ำ รูปร่างท้วม ไม่รู้สึกตัว ไม่ทำตามคำบอก ไม่สามารถสื่อสารได้ นอนพักที่เตียงใส่ท่อช่วยหายใจ **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**: BUN 13 mg/dL Creatinine 0.71 mg/dL eGFR 100 ml/min/1.73m^2 Sodium 140 mmol/L Potassium 3.54 mmol/L Co2 24.0 mmol/L Chloride 111. mmol/L Cholesterol 152.3 mg/dL Triglyceride 112.8 mg/dL HDL 50.5 mg/dL LDL-C 79 mg/dL Glucose(FBS)อดอาหาร 96 mg/dL DTX 133 mg% HbA1c 6.6 %.
A: Aeration	ประวัติ: ไม่มีประวัติเหนื่อยหอบหายใจลำบาก ตรวจร่างกาย:ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด บริเวณทรวงอก ไม่มีอกบุ๋ม นูน การขยายตัวสัมพันธ์กับการหายใจเข้าออก ไม่ได้ยินเสียง crepitation สัญญาณชีพ ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 181/90 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation =99%	มีประวัติโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูงหัวและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ด้วยการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และเข้ารับการตรวจตามนัด ตรวจร่างกาย: ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี บริเวณทรวงอก ไม่มีอกบุ๋ม นูน การขยายตัวไม่สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออก ฟังปอดไม่ได้ยินเสียง Crepitation การหายใจสม่ำเสมอ สัญญาณชีพ ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122 /78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
N: Nutrition	ประวัติ:รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืนลำบากหรือสำลักอาหาร ตรวจร่างกาย:แผนการรักษาให้ งดน้ำและอาหาร	ประวัติ:รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืนลำบากหรือสำลักอาหาร ตรวจร่างกาย:แผนการรักษาให้ งดน้ำและอาหาร
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 ระยะเวลาต่อมา motor power Rt.grade 5/5 Lt.grade 0/0 Lt facial palsy, mild dysarthria ผู้ป่วยตอบสนองลดลง ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลซักถามอาการผู้ป่วยทั้งจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล
A: Activity	ประวัติ: สามารถปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยรู้สึกตัว ผู้ป่วยนอนพักที่เตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง กล้ามเนื้อมีแรงต้านผิดปกติ แขนและขาทั้งสองข้างมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ แขนและขาด้านซ้าย ประเมิน Motor power left grade 5 แขนและขาด้านขวา Motor power grade IV	ประวัติ: สามารถปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยนอนพักที่เตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง กล้ามเนื้อมีแรงต้านผิดปกติ แขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง ประเมิน Motor power grade V at all ขณะรับการรักษามีอาการเปลี่ยนแปลง กำลังการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลดลง ด้านซ้าย Motor power grade 0 ด้านขวา Motor power grade V
S: Stimulation	ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: GCS E3V5M5 pupil 3min. react to light both eyes ประเมิน Motor left power grade 5 แขนและขาด้านขวา Motor power grade IV	ประวัติ:ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: GCS E4V5M6 pupil 3min. reac to light both eyes. ประเมิน Motor power ด้านซ้าย Motor power grade 0 ด้านขวา Motor power grade V

ตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันร่วมกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	**การวินิจฉัย** Stroke fast track. **อาการและอาการแสดง** GCS E4V5M6 pupil 3 mm reac to light both eyes Motor power left grade V, right grade IV, right facial palsy ประเมิน NIHSS Score 5 คะแนน ADL	**การวินิจฉัย** Stroke fast track. **อาการและอาการแสดง** ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mm SRTL BE มีอาการ อ่อนแรงข้างซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด GCS E4V5M6 pupil 2 mm. RTLBE motor power Rt.grade 5/5 Lt.grade 0/0	**การวินิจฉัย** **กรณีศึกษารายที่ 1** Stroke fast track **กรณีศึกษารายที่ 2** Stroke fast **กรณีศึกษารายที่ 1** เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีแขนด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	แรกรับ90 คะแนน MRS 2 คะแนนDTX149mg%. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พบมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับยา Nicardipine (20mg) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 181/90 มิลลิเมตรปรอท	Lt facial palsy, mild dysarthria NIHSS = 0 คะแนน ADL 7 คะแนน MRS 4 คะแนน สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122 /78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	มีพยาธิสภาพที่สมองฝั่งซ้ายจากผล CT Scan ผล CT Scan : No intracerebral hemorrhage, Hypodense lesion at anteria limb of left internal capsule, Acute lacunar infraction จึงเกิดพยาธิสภาพที่ฝั่งขวา **กรณีศึกษารายที่2** เข้ารับการรักษาด้วยอาการ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมา 30 นาที ผล CT Scan CT Scan: Hypodense lesion at right lentiform nucleus, suspected acute infarction มีพยาธิสภาพที่สมองฝั่งขวาจึงเกิดพยาธิสภาพที่แขนและขาด้านซ้าย
2.แผนการรักษา	**Medication** -CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte DTX 124 mg%, DTX ทุก 6 hrs keep 80-200 mg% -CT brain non-contrast emergency -CXR, ECG -0.9% NSS 1000ml IV 80 ml/hr -FBS, Lipid profile พรุ่งนี้เช้า -Nicardipine (2 mg) IV push in 1 min x 1 dose -rt-PA (0.9m mg/kg) total dose =76.50 mg เวลา - rt-PA 10% iv bolus in 1 min = 7.65mg rt-PA 90% iv drip in 60 min =68.85mg - Post rt-PA Check Vital sign & Neurological signs after infusion q 15 min x 2hrs then q 30 min x 6hrs then q 1hr until 24hrs - Repeat CT brain 24 hrs	**Medication** CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte DTX 133mg%, DTX ทุก 6 hrs. keep 80-200 mg% CT brain non-contrast emergency -CXR, ECG 0.9% NSS 1000ml IV 80 ml/hr FBS, Lipid profile พรุ่งนี้เช้า rt-PA 0.9 mg/kg (max dose 90 mg) BW 53.5 kg. Total 48.15 mg -rt-PA 10% iv bolus in 1 min = 4.8 mg. -rt-PA 90% iv drip in 60 min = 43.35 mg. - Post rt-PA Check Vital sign & Neurological signs after infusion q 15 min x 2hrs then q 30 min x 6hrs then q 1hr until 24hrs - Repeat CT brain 24 hrs after rt-PA	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการ เจาะเลือดเพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR และได้รับการรักษา ด้วยการ CT Scan เพื่อประเมินภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ทั้ง 2 ราย แต่มีขนาดที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีการคำนวณการให้ยาตามน้ำหนักของผู้ป่วย พบมีความแตกต่างคือ กรณีศึกษารายที่1 มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยา -Nicardipine (2 mg) IV push in 1 min x 1 dose ก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาและหลังจากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	after rt-PA		
	การผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด	**การผ่าตัด** ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธการรับการผ่าตัดทั้ง 2ราย
	การตรวจพิเศษ CT Scan : No intracerebral hemorrhage, Hypodense lesion at anteria limb of left internal capsule, Acute lacunar infraction **การนัด** F/U OPD stroke 1 mo. (13/08/68)	**F/U** F/U 11 มกราคม 2568 OPD Stroke พร้อม แนบสมุดสีส้ม	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับ การตรวจพิเศษ CT Scan เพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพที่สมองและมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่งแตกต่างกัน จึงส่งผลให้มีพยาธิสภาพคนละตำแหน่ง กรณีศึกษารายที่ 1 มีพยาธิสภาพที่สมองด้านซ้ายส่งผลมีพยาธิสภาพที่แขนและขาด้านขวา กรณีศึกษารายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณด้านขวาจึงมีพยาธิสภาพที่บริเวณด้านซ้าย
			กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการนัดเพื่อติดตามการรักษา

ตารางที่ 5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันร่วมกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.เนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกอุดกั้นเฉียบพลัน กรณีศึกษารายที่ 1, 2	1. ซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทผู้ป่วยโดยละเอียดอีกครั้ง โดยเน้นถึงข้อบ่งชี้และ ข้อจำกัดใน การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดซึ่งมีข้อห้ามที่ให้ไม่ได้ 2. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) ขนาด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ยาผ่านเครื่องกำหนด จำนวนหยด (infusion pump) ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งจัดให้ผู้ป่วยนอนราบศีรษะสูง 30 องศา 4.วัดสัญญาณชีพ• ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง• ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง• ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง• และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว 5. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา 0.9% NSS Rate 80 ml/hr. 6. งดน้ำและอาหารทางปากเพื่อป้องกันการสำลัก ป้องกันการสำลัก 7. จัดให้ผู้ป่วยนอนในโซนผู้ป่วยสังเกตอาการใกล้ชิด และเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเมื่ออาการทรุดลงให้ พร้อมใช้ เพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม 8. อธิบายให้ญาติทราบถึงพยาธิและแนวทางการรักษาเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน กรณีศึกษารายที่ 1,2	1. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก ให้เลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า 2. แนะนำให้เลี่ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ 3. แนะนำให้เลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา 4. วัดและประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับ ความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง GCS ระยะความถี่ เฝ้าระวัง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป รูม่านตา ขยายไม่เท่ากันหรือ GCS แย่ลง มีชักเกร็ง ต้องให้การช่วยเหลือรายงานแพทย์ทันที 5. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบประสาททุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังการมี ชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดัน โลหิตสูงขึ้น Pulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่ สม่ำเสมอเร็วสลับหยุด หายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา 6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 7. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ ประเมินผลการพยาบาล
3.มีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่ 1	1. ดูแลให้ยา Nicardipine (2 mg) IV push in 1 min x 1 dose ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว 3. keep BP < 185/110mmHg ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA หลังจากได้รับยา ควบคุมความดันโลหิต < 180/105mmHg. 4.ดูแลให้นอนพักทำกิจกรรมบนเตียง 5.ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์
4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA กรณีศึกษารายที่ 1,2	1. งดน้ำและอาหารยกเว้นยา 2 .วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว 3. ให้ออกซิเจนชนิด cannula3 lit/min ตามแผนการรักษา 4.การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา rt-PAดังต่อไปนี้ งดให้ heparin/warfarin/antiplateletงดใส่ NG tube งดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) งดเจาะArterial blood gas,หรือเจาะหลอดเลือดแดง 5.หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาที หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 6.สังเกตสีปัสสาวะอาจเป็นสีแดงจางหรือสีเข้มได้ 7.ติดตามประเมินรอยจ้ำเลือดตามผิวหนัง ติดตามสังเกตเลือดออกตามไรฟันอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผลข้างเคียงของยา rt-PA 8.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ หรือ GSC drop > 2 9.เตรียม Group Match พร้อมใช้ 10.ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ½- 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ 11.ให้0.9%NSS IV rate 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา 15.บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
5.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2) ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลุกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูติดตามการพบนักกายภาพบำบัด ตามแผนการักษาของแพทย์ ในวัน จันทร์ -พุธ-ศุกร์ 4) การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปม หรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 5) สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอน 6. ดูแลให้ทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีอาการชา แขนและขา หรือแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัดเป็นต้น
5.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1,2	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
6.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันชนิดเฉียบพลัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ 2) อธิบายญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค อธิบายแผนการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และอธิบายภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ ทีมแพทย์ในการแจ้งอาการให้ผู้ป่วยและญาติทราบอาการและการดำเนินของโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาผู้ป่วย 4) อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ อาการและอาการแสดง พยาธิสภาพ แผนการรักษาและการพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล 5) ติดตามการตัดสินใจการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และติดตามการเซ็นยินยอมเอกสารการยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยเป็นญาติที่มีอำนาจกระทำการแทน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างด้านเพศ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการ มีแขนด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง เจ็บป่วยประมาณ 2 ปี รักษาด้วยยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ประวัติขาดการตรวจตามนัดและขาดการรับการประทานยาเมื่อมีอาการแล้วมีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรับการรักษาต่อจาก โรงพยาบาลชุมชน ขณะรับการรักษาจากการซักประวัติด้วย BFAST พบโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ได้รับการตรวจร่างกายพบมีแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง ประเมินอาการ GCS E4V5M6 pupil 3 mm reac to light both eyes Motor power left grade V, right grade IV, right facial palsy ประเมิน NIHSS Score 5 คะแนน ADL แรกรับ90 คะแนน MRS 2 คะแนนDTX149mg%. พบมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับยา Nicardipine (20mg) ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA -rt-PA (0.9m mg/kg) total dose =76.50 mg rt-PA 10% iv bolus in 1 min = 7.65mg rt-PA 90% iv drip in 60 min

=68.85mg หลังรับการรักษาส่งต่อไปรักษาเพื่อประเมินอาการต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต รับการรักษาเป็นระยะเวลา 3 วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต กรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ เข้ารับการรักษาด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมา 30 นาที มีประวัติโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูงหัวและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ด้วยการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และเข้ารับการตรวจตามนัด มีพฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่และมีความเครียดจากการทำงาน เมื่อมีอาการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการตรวจ CT Scan CT Scan: Hypodense lesion at right lentiform nucleus, suspected acute infarction ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA rt-PA 0.9 mg/kg (max dose 90 mg) BW 53.5 kg. Total 48.15 mg rt-PA 10% iv bolus in 1 min = 4.8 mg.-rt-PA 90% iv drip in 60 min = 43.35 mg. หลังรับการรักษาส่งต่อไปรักษาเพื่อประเมินอาการต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาละลายลิ่มเลือด รายที่1 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด พบภาวะเลือดออกที่ไรฟัน และมีเลือดออกบริเวณช่องคลอดไม่ active bleed การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อติดตามประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าหากพยาบาลมีความรู้ความชำนาญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้กลุ่ม Fast track ที่มีความเสี่ยงสูงในการพิการและเสียชีวิตให้ได้รับบริการที่ทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง[9] ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินคัดกรองและเฝ้าระวังในการวางแผนการพยาบาลพร้อมให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย [10]

สรุปผลการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พยาบาลต้องใช้ทักษะความรู้ในการประเมินอาการแรกรับและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของโรคได้ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการคัดกรองประเมินเบื้องต้นรวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เริ่มจากการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้รับบริการให้รวดเร็วและทันระยะเวลาที่กำหนด และกระบวนการวินิจฉัยโรคการ จากการศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วย 2 ราย ผลการให้การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการแรกรับ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1.การพยาบาลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) เพื่อให้สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างความเข้าใจแก่ญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติ ตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและญาติทราบถึง สาเหตุและอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เพื่อลดความวิตกกังวลและเข้าใจการรักษาของผู้ป่วยและญาติ และตัดสินใจในการรับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด อีกทั้งการรณรงค์ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้รู้อาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน โดยใช้หลัก BEFAST เพื่อให้เข้าถึงการรับบริการภายใน 4.5 ชั่วโมง

2.พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องมีสมรรถนะในการตรวจร่างกายเบื้องต้นและประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เหมาะสมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ต้องสามารถและชำนาญในการใช้เครื่องมือ การประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยเสี่ยงช็อกโดยใช้แบบประเมิน GCS และการประเมิน อาการเปลี่ยนแปลงทางสมองโดยใช้ Warning sign ในการประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

3.การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและผนวกเข้าโปรแกรมการ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

4.การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลทางการดูแลผู้ป่วยของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลภายใต้ชี้แนะ สอนสาธิต และให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization (WSO). Global stroke fact sheet 2022 [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 4]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2022.pdf
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา; 2566.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.สถิติข้อมูล รายงานประจำปี. 2568.
4. ปรารถนา ประสงค์ดี, กิตติกร นิลมานัต. ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล.2565;37(2):45-60.
5. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน สำหรับแพทย์ (CPG). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2563.
6. จีรนันท์ กุลกาญจนาภิบาล. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA ในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2567;40(1): 12-25.
7. สมจิตต์ สินธุชัย, สันติ สิทธิโชค. การประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้กรอบแนวคิด FANCAS: ทักษะสำคัญของพยาบาลในยุคดิจิทัล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(2):1-14.
8. พัชรินทร์ นินทจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2565.
9. อุไรวรรณ ชัยวงค์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32(1):88-102
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: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. Stroke. 2019;50(12):e344-e418.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

Nursing care of stroke patients in recovery phase at community.

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

กรีเพชร์ แสงศร[1]
Gripetch Saengsorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา โดยเป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษากับหลักวิชาการ และนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมินและวินิจฉัยการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน ศึกษาในผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ ประเมินภาวะสุขภาพ ระบุข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายนี้ Acute stroke มีโรคประจำตัวเป็น HT, DLD, CKD มีอาการ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาขวาอ่อนแรง เข้ารับการรักษา 12 วัน ส่ง smart COC โปรแกรมส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเข้าไปประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือแนะนำญาติผู้ป่วยในส่วนที่ญาติต้องการคำแนะนำและความช่วยเหลือ กรณีศึกษารายนี้ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 7 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการฟื้นฟู ระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน พบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากร่างกายซีกขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียง เนื่องจากตาขวาบอด และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การสื่อสารบกพร่องจากการพูดลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารเองไม่ได้ และผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง ให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล ระยะหลังเยี่ยมบ้านพบปัญหาได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองที่ต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษา ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีอาการแขน ขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งแนะนำเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะฟื้นฟูในชุมชน

Abstract

This case study was analysis with academic principles and applies the results of the study to the care of patients with rehabilitative stroke in the community. Aimed to study the course of the disease. Evaluation and diagnosis of medical treatment and outcomes Nursing In Nursing Stroke Patients in the Rehabilitation Phase in the Community**.** Study patients according to the 5-step nursing process. Specify the nursing decision. Nursing Planning

Study results : This patient had an acute stroke with underlying diseases such as HT, DLD, CKD, and had symptoms of stiff tongue, slurred speech, weakness in the right limb, and underwent treatment for 12 days. Received 7 home visits, found nursing problems, including the pre-home visit. Relatives of caregivers are worried due to lack of knowledge about the disease and rehabilitation guidelines. Nursing problems were found, patients had impaired physical movements. Unable to meet the needs of daily routine due to weakness in the right hemisphere of the body. Patients are at risk of falling into bed accidents because they are blind in their right eye and cannot help themselves. The patient is at risk of infection in the system, impaired communication due to difficulty speaking. Patients are at risk of dehydration and food because they cannot eat on their own, and patients are at risk of developing pressure ulcers due to reduced body movement. In the period after the home visit, the patient was at risk of recurrence of stroke, advising

[1] โรงพยาบาลแสวงหา

relatives to observe the symptoms of brain changes that require the patient to be sent for treatment, such as crooked mouth, slurred speech, increased limb and leg weakness, and recommending an emergency number 1669.

Keywords: Nursing Care, Stroke patients, In recovery phase at community

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอัมพาตโลก (World stroke organization : WSO) รายงานปี 2023 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก มากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมองของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมอง[1] สำหรับประเทศไทยจากสถิติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ปี 2563-2565 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ของประเทศไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 328.00, 330.22 และ 330.72 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 10.35, 11.00 และ 10.92 ตามลำดับ[2] ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองถ้าเป็นรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพระยะยาวต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นที่ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม บุคลากร ระยะเวลาในการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอีกด้วย[3] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือด สมองยังคงมีความรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นจะคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย[4]

สถิติโรงพยาบาลแสวงหา ปี 2566 - 2568 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 109, 130 และ 165 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วงระยะฟื้นฟูในชุมชน จำนวน 35, 43 และ 39 ราย ตามลำดับ[5] จากการดำเนินการที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วงระยะฟื้นฟูในชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลโดยเฉพาะในรายกรณีที่เป็นอัมพาตเรื้อรัง ใช้เวลาพักฟื้นนาน ถ้าไม่ได้รับการจัดการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดแผลกดทับ สำลักอาหาร เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบได้ ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้เกิดภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล และผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถอย่างสูงในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับเครือข่ายต่างๆในชุมชน [6]

บทบาทพยาบาลวิชาชีพงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยรวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมินและวินิจฉัยการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการ

พยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน หลังเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลแสวงหา 1 ราย แนะนำตัวและขออนุญาตกับผู้ป่วยนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา โดยการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2568

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน การซักประวัติของผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการ

3. ทบทวนวรรณกรรมศึกษาแผนการดูแลรักษา

4. ศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ ประเมินภาวะสุขภาพ ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผล

5. สรุปรายงานผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วย Acute stroke หญิงไทย อายุ 72 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

การศึกษา : ประถมศึกษาปีที่ 6

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล : วันที่ 30 ธันวาคม 2567 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 11 มกราคม 2568 รวมเข้ารับการรักษา 16 วัน

วันเข้ารับการฟื้นฟูในชุมชน : วันที่ 20 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 16 มิถุนายน 2568 จำนวน 7 ครั้ง

อาการสำคัญ : ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาขวาอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วย : เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2567 ผู้ป่วยมีอาการ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาขวาอ่อนแรง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติผู้ป่วยให้ประวัติว่า ผู้ป่วยเดินเข้าห้องน้ำ ส่งเสียงร้องอืออา ญาติเข้าไปดูในห้องพบผู้ป่วยอาเจียนเป็นเศษอาหาร มีอุจจาระราด 1 ครั้ง ไม่ได้รักษาที่ใด ไม่มีประวัติการแพ้ยาและสารอื่นใดๆไม่สูบบุหรี่,ไม่ดื่มสุรา CT brain = hypodensity lesion at Rt. แพทย์วินิจฉัย Acute stroke พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ได้แก่ ภาวะ Hyponatremia ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ได้รับการรักษาถึงวันที่ 11 มกราคม 2568 รวมเข้ารับการรักษา 12 วัน ส่ง smart COC โปรแกรมส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเข้าไปประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือแนะนำญาติผู้ป่วยในส่วนที่ญาติต้องการคำแนะนำและความช่วยเหลือ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธการแพ้ยา การใช้สารเสพติด คนในครอบครัวไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

อาการแรกรับ : ผู้ป่วยรู้ตัว $E_4V_5M_6$ ตาขวาบอด ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก Lt facial palsy แขนขาขวาอ่อนแรง gr 2 แขน ขาซ้าย gr 5 ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะในลำคอ หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่ปวดท้อง On Ng no.16 Retained’scath No 16 On Nasogastric Tube

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC สูงกว่าค่าปกติ 12100 cell/uL RBC ปกติ 4.85 10^6/cumm HB ปกติ 12.7 g/dl HCT ปกติ 39 % MCHC ปกติ 32.5 g/dL RDW ปกติ 13.4 % Platelet ปกติ 194000 mmol/L Neutrophil

ปกติ 67 % Lymphocyte ปกติ 23 % Creatinine ปกติ 0.68 mg/dl eGFR ปกติ 90.80 ml/min Sodium ปกติ 130 mmol/L Potassium 3.8 mmol/L Chloride ปกติ 108 mmol/L CO2 22 mmol/L Glucose สูงกว่าค่าปกติ 130 % BUN ปกติ 8 mg/dl

CT brain : hypodensity lesion at Rt.

การวินิจฉัยแรกรับ : Acute stroke

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Acute stroke

สรุปอาการ อาการแสดงและแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

โปรแกรมส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเข้าไปประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือแนะนำญาติผู้ป่วยในส่วนที่ญาติต้องการคำแนะนำและความช่วยเหลือ เป็นผู้ป่วยประเภทรุนแรงระดับสูงซับซ้อนต้องช่วยเหลือเกือบทั้งหมด มีความยุ่งยากในการดูแลเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พูดไม่ชัด กลืนลำบาก รับประทานอาหารทางสายยาง สวนคาสายสวนปัสสาวะไว้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 20 มกราคม 2568 ผู้ป่วยนอนติดเตียง รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ พูดออกเสียงไม่ชัด สื่อสารด้วยการพยักหน้าตอบรับ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตาขวาบอด ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก Lt facial palsy ตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ADL เท่ากับ 0 คะแนน ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะในลำคอ หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่ปวดท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/89 มิลลิเมตรปรอท on NG Tube feeding BD (1:1) 250 ml 4 feed /day กลืนน้ำทางปากได้เล็กน้อย ญาติสีหน้าวิตกกังวล ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใสไม่มีตะกอน สอนวิธีการประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะลักษณะการหายใจ สังเกตภาวะ cyanosis ญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง เข้าใจแผนการรักษาและปฏิบัติ ได้ถูกต้อง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ยิ้มแย้มแจ่มใส นอนอยู่บนเตียง พูดไม่ชัด สื่อสารโดยการพยักหน้า ตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ตรวจร่างกายไม่มีแผลกดทับ ADL เท่ากับ 0 คะแนน ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะในลำคอ หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่ปวดท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/88 มิลลิเมตรปรอท แนะนำญาติสังเกตการปัสสาวะหลังถอดสายสวนปัสสาวะ การรับประทานยาและการให้อาหารทางสายยางตามเวลาและการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตา สดชื่น ถามตอบแสดงการรับรู้ พยักหน้า กำลังแขน ขาข้างซ้ายยังไม่ดีขึ้น ญาติบอกว่าเวลายกหรือจับแขนเหยียดออกแล้วร้องเจ็บตึงแขน ไม่ค่อยขยับตัว ตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ตรวจร่างกายไม่มีแผลกดทับ ADL เท่ากับ 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/95 มิลลิเมตรปรอท

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 18 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ลุกนั่งบนเตียงได้ ตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ตรวจร่างกายไม่มีแผลกดทับ ADL เท่ากับ 7 แนะนำการฝึกยืนกับ Walker สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

111/80 มิลลิเมตรปรอท แนะนำเรื่องอาหาร การจัดท่านั่งรับประทานอาหาร การบริหารการกลืน การรับประทานยาและการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 วันที่ 25 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ลุกนั่งบนเตียงได้ ตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ตรวจร่างกายไม่มีแผลกดทับ ADL เท่ากับ 8 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/78 มิลลิเมตรปรอท

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 วันที่ 15 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ลุกนั่งบนเตียงได้ตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ตรวจร่างกายไม่มีแผลกดทับ ADL เท่ากับ 9 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตรา การเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/77 มิลลิเมตรปรอท

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 7 วันที่ 16 มิถุนายน 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ลุกนั่งบนเตียงได้ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ตรวจร่างกายไม่มีแผลกดทับ ADL เท่ากับ 9 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

การประเมิน INHOMESSS ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

I : Immobility Impairment แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง Barthel Activities of Daily Living : ADL เท่ากับ 0-9 คะแนน

N : Nutrition รับประทานอาหารทางสายยางได้ตามปกติ ไม่มีอาการไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลดลงจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ลดลงเหลือ 45 กิโลกรัม เยี่ยมบ้านครั้งที่ 7

H : Housing สภาพที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว มีห้องแบ่งสัดส่วน อากาศถ่ายเทสะดวกสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ปลูกติดกับบ้านอื่นๆ บริเวณบ้านเป็นสวน มีรั้วบ้านล้อมรอบ

O : Other people ปัจจุบันอาศัยอยู่กับหลานสาว มีสมาชิกในครัวเรือน 5 คน น้องชาย น้องสาว เป็นผู้หารายได้หลัก ครอบครัว มีการช่วยเหลือกันตามโอกาส

S : Spiritual มีความเครียดเป็นบางครั้ง กลัวเป็นภาระให้ครอบครัว นอนหลับวันละ 6 - 8 ชั่วโมง โดยไม่ใช้ยานอนหลับ หากมีภาวะเครียดมากก็จะนอนไม่ค่อยหลับ อ่อนเพลีย

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ในการนำกรณีศึกษามาใช้ในครั้งนี้ เริ่มต้นจากการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมจากผู้ป่วยอย่างโปร่งใส โดยอธิบายความเสี่ยงและประโยชน์ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างอิสระ ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อ-นามสกุล จะถูกปกปิดเป็นความลับสูงสุด

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนเน้นประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและระบบการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริหารยาที่บ้าน รวมถึงการเผชิญปัญหา การปรับตัว หรือความเครียดทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งระยะการให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะ พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการฟื้นฟู

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล ญาติสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการฟื้นฟู

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาลอย่างคร่าวๆ และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพื่อลดความวิตกกังวล รวมถึงวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา อาการสงสัยว่าแพ้ยา

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยแก่ญาติ แจ้งญาติและผู้ป่วยล่วงหน้า เตรียมความพร้อม ในแต่ละครั้งร่วมกัน พูดคุยสร้างความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟู

3. ประเมินภาวะจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยกับการให้คำปรึกษา แนะนำให้กำลังใจ

4. ให้ญาติได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรง เพื่อตัดสินใจในการรักษาและการวางดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผลทางการพยาบาล ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง รับรู้เกี่ยวกับโรคและโปรแกรมการบำบัดต่าง ๆ และซักถามน้อยลง

2. การพยาบาลระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากร่างกายซีกขวาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Acute stroke นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตรวจร่างกายพบ Glasgow Coma Scale $E_4V_5M_6$ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index ในทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน

2. ประสานสนับสนุนยืมเตียง Fowler Bed ที่นอนลมไฟฟ้า และเครื่องดูดเสมหะ

3. สอนและสาธิตให้กับญาติผู้ดูแลในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเอง การดูแล Hygiene care ลดการสะสมของเชื้อโรค

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองมากที่สุดขณะอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการช่วยส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การลุกนั่งและเดิน การเข้าห้องน้ำ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรมการฟื้นฟูร่วมกับการนวดประคบกับแพทย์แผนไทย

6. ดูแลและสอนญาติผู้ดูแล ทำ passive exercise อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยออกกำลังกายแขนขาข้างที่อ่อนแรง ช่วยยกขึ้นลง กางออก หุบเข้าประมาณ 10 - 20 ครั้ง เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ แขนขา อ่อนแรงซีกขวา

7. แนะนำญาติดูแลจิตใจผู้ป่วย สอบถามถึงอาการป่วย อาการทางอารมณ์ และสร้างความเข้าใจต่อพฤติกรรมหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ให้อภัยและให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผลทางการพยาบาล ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 7 ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ลุกนั่งบนเตียงได้

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียง เนื่องจากตาขวาบอดและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Acute stroke นอนติดเตียง ตาขวาบอด ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้คุ้นเคยกับกับสิ่งแวดล้อมที่เตียง ปุ่มต่าง ๆ พร้อมสาธิตและทดลองใช้ให้ดู

2. วางของใช้ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้มือ หยิบใช้ได้สะดวก ปลอดภัย

3. ปรับระดับเตียงให้ต่ำล็อคเตียงไว้ไม่ให้เลื่อน ยกไม้กั้นเตียงขึ้นและตรวจสอบความเรียบร้อยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมกับผู้ป่วย

4. แนะนำญาติผู้ดูแลในการเฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่องขณะอยู่ในชุมชน คือ ผู้ป่วยซึมลง หมดสติ สับสน ให้โทรศัพท์ถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งบนเตียงได้

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ On Ng no.16 Retained’scath

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติหรือผู้ดูแลล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสสายสวนหรือถุงปัสสาวะ ทำความสะอาดบริเวณจุดซ่อนเร้นและสายสวนส่วนที่อยู่ติดกับร่างกายอย่างเบามือด้วยน้ำสบู่แล้วซับให้แห้งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

2. แนะนำญาติหรือผู้ดูแลแขวนถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเสมอ เพื่อป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับ ตรึงสายสวนให้แน่นหนาไม่ให้ดึงรั้ง และระวังสายพับหรืองอ

3. แนะนำญาติหรือผู้ดูแลสังเกตความผิดปกติ หมั่นดูสี ลักษณะ และปริมาณปัสสาวะ หากปัสสาวะมีเลือดปน ขุ่นผิดปกติ มีสีแดงคล้ำ มีตะกอน หรือผู้ป่วยมีไข้ ปวดหลัง ปวดบั้นเอว ควรรีบไปพบแพทย์

4. แนะนำญาติหรือผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2000 ซีซีต่อวัน

5. แนะนำญาติหรือผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ไปพบแพทย์ตามนัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Color Yellow, Sp.gr 1.020, Ketone Negative, WBC 20-30 clumping/HP, Appearance moderate turbid, Protein 1+, Blood 3+ RBC/uL, Epithelium cell 2-3 /HP, pH 5.0, Sugar Negative, RBC > 100/Hp, Bacteria numerous Not found

ปัญหาการพยาบาลที่ 4 การสื่อสารบกพร่องจากการพูดลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Acute stroke ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติให้ช่วยดูแลบริหารริมฝีปากและแก้ม (Lip exercise / Cheek exercise) โดยอ้าปากกว้างออกเสียง “อา” เม้มริมฝีปากแน่นแล้วคลายออก ทำปากจู๋ สลับกับฉีดยิ้มหรือออกเสียง “อู” สลับเสียง “อี” กักลมในปากให้แก้มป่อง และปล่อยลมออกช้าๆ

2. การบริหารลิ้น (Tongue Exercise) โดยปฏิบัติดังนี้

- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้ง 2 ข้างสลับกัน
- ให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้างสลับกัน ถ้าผู้ป่วยทำได้ให้ผู้บำบัดออกแรงต้านโดยเอานิ้วดันบริเวณแก้มของผู้ป่วยในทิศทางตรงข้าง
- ให้ผู้ป่วยเดาะลิ้นให้ผู้ป่วย “ลาลา” “คาคา” ซ้ำหลายๆ รอบและให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ให้ผู้ป่วยยกลิ้นแตะเหงือกแล้วให้เคลื่อนลิ้นจากด้านหน้าไปด้านหลังซ้ำ

3. การบริหารขากรรไกร (Jaw Exercise)

- อ้าปากกว้างค้างไว้ 5 นาที และออกเสียง “อา” แล้วหุบปากให้ฟันกระทบกัน
- ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที (ทำสลับขาซ้าย-ขวา)
- เคลื่อนไหวขากรรไกรในลักษณะการเคี้ยวข้าวหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง ทำซ้ำ 5 - 10 รอบ

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและแสดงถึงความต้องการได้ โดยการ

แสดงออกทางสีหน้า แววตา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และญาติสามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสาร

ปัญหาการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารเองไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย On Nasogastric Tube No 16

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะขาดสารอาหาร เช่น ผอมลง อ่อนเพลีย skin turgor

2. แนะนำญาติทำอาหารทางสายยางสูตรสำหรับผู้ป่วยทั่วไป (BD 1 : 1) กำหนดสัดส่วนของพลังงาน 1 กิโลแคลอรี่ต่อ 1 มิลลิลิตร สัดส่วนคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมันร้อยละ 50:20:30 ตามลำดับ ใช้สูตรอาหารปลาช่อน ถั่วเหลือง กล้วยน้ำว้า น้ำตาลทรายแดง ไข่ไก่ เกลือป่น ข้าวกล้อง ผักเชียงดา (สรรพคุณทางสมุนไพรของผักเชียงดาช่วยลดน้ำตาลใน ผู้ที่เป็นเบาหวานใช้รักษาอาการท้องผูก ทำให้ระบบการขับถ่ายดีขึ้นช่วยกำจัดสารพิษต่างๆ ที่ตกค้างอยู่ในร่างกายรวมถึงไขมันส่วนเกินที่สะสมอยู่ในลำไส้ โดยจะควบคุมปริมาณของไขมันในร่างกายให้มีความสมดุล บรรเทาอาการปวดข้อหรือปวดกระดูกจากโรคเก๊าท์) หรือปรับผักเป็นผักท้องถิ่นดูแลความสะอาดในช่องปากฟัน ก่อนการให้อาหารทางสายยาง

3. แนะนำญาติให้ผู้ป่วยรับประทานโปรตีนเพิ่ม โดยเพิ่มอาหารประเภทเนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อไก่ สลับกัน 1 ส่วน อย่างน้อย 1 มื้อใน 1 วัน รับประทานไข่ขาวเพิ่ม 1 ฟองต่อมื้อ

4. พยาบาลช่วยจัดหานมซึ่งเป็นอาหารเสริม 1 แก้วต่อวัน พยายามส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกัน หรือพร้อมกันกับสมาชิกในครอบครัว

5. ดูแลเปลี่ยนสายยางให้อาหารทางจมูกทุก 4 สัปดาห์

6. เน้นย้ำการดูแลสายยางให้อาหารทางจมูกให้สะอาด ไม่ให้หลุดเลื่อนหรือพับหัก งอ

7. สังเกตริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย ให้รีบปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้รับประทานอาหารทางสายยางได้ตามปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลดลงจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ลดลงเหลือ 45 กิโลกรัม

ปัญหาการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Acute stroke ADL = 0 คะแนน นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาขวาอ่อนแรง ขาขวาเกรด 4 แขนขวาเกรด 3 ขาขวางอเหยียดไม่ได้ ตาขวาบอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ Barthel Activities of Daily Living โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้

2. ประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน

3. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

4. ให้คำแนะนำญาติในการช่วยฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเอง การดูแล Hygiene care ลดการสะสมของเชื้อโรค

5. แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง เช่น ซึมลง หมดสติ สับสน เป็นต้น

6. แนะนำญาติช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย โดยกำหนดเวลาการเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงให้ญาติทุก 2 ชั่วโมง สอนการจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอย หรือจัดท่านั่งให้ผู้ป่วย นั่งศีรษะ ตรง 90 องศาใช้หมอน

หนุนด้านข้างไม่ให้ผู้ป่วยเอียง และไม่ควรนั่งเกิน 60 นาที

7. แนะนำญาติใช้ผ้ารองตัวผู้ป่วยกรณียกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันผิวหนังของผู้ป่วยเสียดสีกับที่นอน

8. จัดหาที่นอนลมเพื่อลดแรงกดช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้

9. แนะนำญาติให้สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของผู้ป่วย หากขับถ่ายให้ดูแลเช็ดทำความสะอาดผิวหนังและเปลี่ยนแผ่นรองซับทันทีหลังการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ รวมถึงการทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำและเลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารก ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยมีผลดีต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนัง

10. สอนผู้ป่วยทำ Passive exercise โดยให้ผู้ป่วยใช้มือซ้ายจับมือขวายกขึ้นลง ครั้งละ 20 ครั้ง เช้า-เย็น ใช้เท้าซ้ายยกเท้าขวาขึ้น ทำ 20 ครั้ง เช้า-เย็น ใช้มือซ้ายจับมือขวาหมุนข้อมือ ทำ 20 ครั้ง เช้า-เย็น

11. แนะนำญาติในการช่วยทำ Passive exercise โดยช่วยยกแขนที่อ่อนแรง ยกขึ้นลงและงอแขนเข้าออกทำท่าสลับกัน 20 ครั้ง ทำ เช้า-เย็น ทุกวัน ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลงและงอเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อช่วยกระตุ้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หรือให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรงบีบ ปั้นดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งที่ใส่น้ำเพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือ

12. ประสานงานกับสหวิชาชีพใน รพ.สต. เช่น แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หรือนักกายภาพบำบัด ช่วยทำกายภาพบำบัด ตามแผนการรักษา

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ไม่พบรอยแดง รอยถลอกบริเวณผิวหนัง ญาติและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ADL เท่ากับ 0 - 9 คะแนน

3. การพยาบาลระยะหลังเยี่ยมบ้าน

ปัญหาทางหารพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Acute stroke เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็น HT, DLD, CKD

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการไปตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

2. แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองที่ต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษา ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีอาการแขน ขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งแนะนำเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

3. วัดความดันโลหิตทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน

4.ประสานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ช่วยในการติดตามไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ ความดันโลหิต 111/80 - 152/95 มิลลิเมตรปรอท

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้ Acute stroke มีโรคประจำตัวเป็น HT, DLD, CKD มีอาการ ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาขวาอ่อนแรง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลแสวงหา เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2568 รวมเข้ารับการรักษา 12 วัน สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย ผู้ป่วยรู้ตัว $E_4V_5M_6$ ตาขวาบอด ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก Lt facial palsy แขนขาขวาอ่อนแรง gr 2 แขน ขาซ้าย gr 5 ส่ง smart COC โปรแกรมส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเข้าไปประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือแนะนำญาติผู้ป่วยในส่วนที่ญาติต้องการคำแนะนำและความช่วยเหลือ ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 7 ครั้ง การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

การพยาบาลระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน พบปัญหาญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาด

ความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการฟื้นฟู อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาลอย่างคร่าวๆ และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพื่อลดความวิตกกังวล รวมถึงวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา อาการสงสัยว่าแพ้ยาให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยแก่ญาติ แจ้งญาติและผู้ป่วยล่วงหน้า เตรียมความพร้อมในแต่ละครั้งร่วมกัน พูดคุยสร้างความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟู

การพยาบาลระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากร่างกายซีกขวาอ่อนแรง 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียง เนื่องจากตาขวาบอดและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 3) ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 4) การสื่อสารบกพร่องจากการพูดลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารเองไม่ได้ 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง ให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล

การพยาบาลระยะหลังเยี่ยมบ้าน จากการติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 7 ครั้งพบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา มีความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการไปตรวจตามแพทย์นัด ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง มีความรู้เข้าใจในการดูแลและปฏิบัติตนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel Index ดีขึ้นจาก 0 คะแนน เป็น 9 คะแนน สามารถรับประทานอาหารทางปากโดยญาติช่วยป้อนให้ พูดชัดขึ้น ใช้มือข้างซ้ายได้มากขึ้น หยิบของใช้ใกล้ ๆ ตัวได้ และใช้มือกวักเรียกญาติเมื่อต้องการความช่วยเหลือ พบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ แนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการไปตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองที่ต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษา ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีอาการแขน ขา อ่อนแรงเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งแนะนำเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคการประเมินและวินิจฉัยการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) 11 แบบแผน ของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน[7] มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายและการฟื้นตัวที่ช้ากว่าวัยอื่น โดยมีข้อจำกัดหลักๆ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การสูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อซีกใดซีกหนึ่ง แขนขาอ่อนแรง ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม เมื่อเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ป่วยจะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความอดทนของร่างกายอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการทำกายภาพบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากการกดทับ ข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการกลืน เนื่องจากกล้ามเนื้อใบหน้าและลำคออ่อนแรงทำให้เกิดอาการสำลักอาหารหรือน้ำได้ง่าย เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ปัญหาการพูดและการสื่อสารผู้ป่วยอาจนึกคำพูดไม่ออก พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำสั่งทำให้การสื่อสารติดขัด นำไปสู่ความเครียด ข้อจำกัดด้านการรับรู้และอารมณ์ ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาด้านความจำการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจแย่ลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงอย่างฉับพลัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดคุณค่าและเกิดภาวะ

ซึมเศร้าตามมาได้ ข้อจำกัดด้านการขับถ่ายและโภชนาการ เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแรง อาจทำให้กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เนื่องจากทานได้น้อยหรือกลืนลำบาก ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและน้ำหนักลดลง การติดตามดูแลและให้การพยาบาลในระยะฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วม จึงมีความสำคัญที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชนจึงเกิดผลลัพธ์การรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวเป็นอัตรากำลังสำคัญ ที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชนได้

2. การกำหนดแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการเกิดโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนรวมถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านของการป้องกันการเกิดโรค และประเมินอาการเบื้องต้นด้วยตนเองได้

3. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติให้สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้

4. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น วิดิโอการสอนการให้อาหารทางสายยาง การออกกำลังกาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2023). World Stroke Day. https://www.world-stroke.org/world- stroke-day-campaign/worldstroke-.day- 2023
2. กรมควบคุมโรค. (2566). รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566. https://shorturl.at/xzE39.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2560). Recurrent Ischemic stroke in Srinagarind Hospital. วารศาสตร์ ประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออก, 6 (3), 31-38.
4. วิไลรัตน์ วงษ์แก้ว. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 8 (16), 251 – 263.
5. โรงพยาบาลแสวงหา. (2568). สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2566 – 2568
6. วรณัน ประสารอธิคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care).
7. Gordon, M. (2014). Manual of nursing diagnosis (13th ed.). Jones & Bartlett Learning.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

The Development of Prevention Model for Scrub Typhus though Network partners Participation in Bueng Bon Sub District, Yang Chium noi Distric, Sisaket Province

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

อนุพง นามวงค์[1]
Anupong Namwong

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม – ตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบได้แก่ประชาชนในเขตอำเภอยางชุมน้อยจำนวน 50 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลัง และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ คือ “BUENGBON Model” ประกอบด้วย 1) B; Benchmarking การวัดระดับการทำงานขององค์กรเทียบกับคู่แข่งที่เก่งที่สุด เพื่อหาจุดที่ต้องพัฒนา 2) U; Unifying การรวมวิสัยทัศน์และทีมงานให้เดินไปในทิศทางเดียวกัน 3) E: Empowerment การให้อำนาจและความมั่นใจแก่พนักงานในการตัดสินใจ เพื่อความรวดเร็วและสร้างความภูมิใจ 4) N; Networking การสร้างความสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกเพื่อขยายโอกาส 5) G: Goal-Setting การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น)SMART Goals) เพื่อให้ทีมรู้ทิศทางที่ต้องมุ่งไป 6) B; Budgeting การวางแผนการเงินและจัดสรรทรัพยากรให้คุ้มค่ากับผลลัพธ์ที่คาดหวังมากที่สุด 7) O; Organization การวางโครงสร้างสายบังคับบัญชาและกระบวนการทำงานให้ลื่นไหล ไม่ทับซ้อน 8) N: Negotiation ทักษะการหาข้อตกลงที่เกิดประโยชน์ทั้งกับทีมผู้ให้บริการ และประชาชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ,การป้องกันโรคสครับไทฟัส

ABSTRACT

This research aimed to develop a participatory network-based model for scrub typhus prevention in Bueng Bon Subdistrict, Yang Chum Noi District, Sisaket Province. The study was conducted from January to October 2025. The sample consisted of two groups: 50 stakeholders involved in the implementation process and 50 community members in Yang Chum Noi District for model evaluation. The study employed an action research design based on the Kemmis and McTaggart framework. Data were analyzed through data collection, categorization, and content analysis. Participants in the evaluation group engaged in activities based on the developed model before and after implementation. The differences in mean scores were compared using paired t-test statistics.

The results revealed that the participatory network-based scrub typhus prevention model, named the “BUENGBON Model,” comprised eight components: (1) Benchmarking, (2) Unifying, (3) Empowerment, (4) Networking, (5) Goal-Setting, (6) Budgeting, (7) Organization, and (8) Negotiation.

Keywords: Model development, participatory network, scrub typhus prevention

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมบึง ต.บึงบอน
อ. ยางชุมน้อย จ. ศรีสะเกษ

บทนำ

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า โรคสครับไทฟัส หรือโรคไข้รากสาดใหญ่ เป็นโรคที่ต้องระวัง แม้พบได้ทุกฤดู แต่พบมากสุดในฤดูฝน จนถึงฤดูหนาว โดยโรคนี้ติดต่อมาสู่คน โดยมีไรอ่อน) Chiggers) เป็นพาหะ ไรอ่อนจะอาศัยอยู่ตามพุ่มไม้ ทุ่งหญ้าในป่าละเมาะ เมื่อสัตว์ฟันแทะผ่านเข้าไปในบริเวณนั้น จะถูกไรอ่อนเกาะและดูดเลือดหากสัตว์เหล่านั้นมีเชื้อโรคอยู่ ไรอ่อนจะติดเชื้อ และเมื่อกัดคน จะทำให้เชื้อแพร่สู่คนต่อไป ทั้งนี้ โรคนี้พบได้ทุกฤดูแต่จะพบมากในช่วงฤดูฝนจนถึงต้นฤดูหนาว และพบมากในพื้นที่เกษตรกรรม ซึ่งกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน หาของป่า และนักท่องเที่ยวเดินป่า สำหรับอาการแสดงหลังจากถูกกัดเชื้อจะมีเวลาฟักตัว 6-20 วัน เฉลี่ย 10 วัน อาการที่พบบ่อยคือ ไข้เฉียบพลันและหนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อและปวดเมื่อยตามตัว บางรายไอแห้ง ต่อมน้ำเหลืองโต กดเจ็บปวดท้อง มีผื่นแดงเริ่มจากลำตัว ผื่นขนาดเล็กค่อยๆนูนหรือใหญ่ขึ้น และอาจพบแผลบุ๋มสีดำคล้ายบุหรี่จี้ ไม่เจ็บปวด บริเวณที่ถูกไรอ่อนกัด ส่วนใหญ่พบตามซอกขาหนีบ รักแร้ ราวนม และข้อพับ อยู่นานราว 6-18 วัน บางรายอาจหายเองและบางราย ทั้งนี้ ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567- 21 ตุลาคม 2567 มีรายงานผู้เสียชีวิต 4 ราย คือ จ.นครราชสีมา 2 ราย จ.สุรินทร์และศรีสะเกษ จังหวัดละ 1 ราย ช่วงอายุระหว่าง 59-78 ปี มีประวัติเสี่ยง คือ ทำงานในสวน อาการสำคัญที่พบ คือ มีไข้สูง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ทั้ง 4 ราย ไม่พบผื่นหรือแผลบุ๋มสีดำคล้ายบุหรี่จี้ อีกทั้ง ยังพบรายงานการระบาดเป็นกลุ่ม 2 เหตุการณ์ คือ จังหวัดตาก 1 เหตุการณ์มีผู้ป่วย 11 ราย ปัจจัยเสี่ยงคืออยู่ในป่า ภูเขา และทำเกษตร พืชไร่ และจังหวัดสงขลา 1 เหตุการณ์ พบผู้ป่วย 4 ราย กิจกรรมที่ทำร่วมกันก่อนมีอาการป่วย คือ ทำสวน (ตัดไม้ยาง)นอกจากนี้ กองระบาดวิทยา รายงานข้อมูลอัตราป่วยโรคสครับไทฟัสต่อประชากรแสนคน จำแนกรายจังหวัด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม -29 ตุลาคม 2567 โดยแบ่งเป็น 10 อันดับ พบมากที่สุด คือ แม่ฮ่องสอน ตาก ระนอง น่าน เชียงราย เชียงใหม่ พังงา ร้อยเอ็ด ยโสธร และอุตรดิตถ์[1]

จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2567 สถานการณ์โรคสตรับไทฟัส มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 401 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 27.55 ต่อแสนประชากร อยู่ในลำดับที่ 12 ของประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย และผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 45 ขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน และประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงถึงร้อยละ 79.55 ใน 3 อำเภอ คือ เมืองศรีสะเกษ,ยางชุมน้อย และ ศรีรัตนะ จึงได้ประสานขอการสนับสนุนด้านวิชาการจากสำนักระบาดวิทยา และทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ร่วมกับทีม SRRT อำเภอเมืองศรีสะเกษ, ยางชุมน้อย, ศรีรัตนะ และทีมกีฏวิทยาจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี[2] ได้ดำเนินการสอบสวนการระบาดของโรคสครับไทฟัส โดยยืนยันการวินิจฉัย ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม สำรวจสัตว์รังโรคและไรอ่อนซึ่งเป็นพาหะนำโรค ตลอดจนประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และดำเนินมาตรการควบคุมโรคในพื้นที่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในชุมชน

ด้วยปัจจุบันโรคสครับไทฟัส ยังไม่มีวัคซีนป้องกันการป้องกันความเสี่ยงของการได้รับเชื้อจะดีที่สุด คือ เลี่ยงไม่ให้ถูกไรอ่อนกัด ดังนี้

1 (หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิด

โรคหรือพื้นที่ที่เป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน เช่น ป่าละเมาะ พื้นที่เกษตรใกล้ป่า ทุ่งหญ้า พุ่มไม้ชายป่า หรือบริเวณต้นไม้ใหญ่ที่แสงแดดส่องไม่ถึง เป็นต้น 2 (หากจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยง พยายามหลีกเลี่ยงการนั่งหรือนอนลงบนพื้นดินหรือหญ้า เพื่อไม่ให้ถูกไรอ่อนกัด ควรสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิดปกปิดแขนขา และใช้สารไล่แมลงทา หรือฉีดพ่นทั้งผิวหนังและเสื้อผ้า 3 (เมื่อออกจากพื้นที่เสี่ยง แนะนำให้อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายและสระผม สำรวจร่างกายตนเองว่า มีผื่น แผล หรือแมลงเกาะตามตัวหรือไม่ และควรนำเสื้อผ้าที่สวมใส่มาซักทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกเข้มข้นทันที “หากมีประวัติเสี่ยง ร่วมกับ มีอาการไข้หรืออาการที่เข้าได้กับโรคสครับไทฟัส ควรรีบไปพบแพทย์ทันที พร้อมแจ้งประวัติเสี่ยง อย่างไรก็ตาม โรคนี้รักษาให้หายได้ด้วยยาปฏิชีวนะ การได้รับวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้”[2]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคสครับไทฟัส ในพื้นที่ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาดำเนินการศึกษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาในระดับพื้นที่เป็นกลวิธีหลักเพื่อให้เกิดภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมผ่านทางคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลบึงบอน และประชาชนที่เคยป่วยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคสครับไทฟัส ในการจัดทำแผนร่วมกันและนำแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดพลังในการป้องกันโรคสครับไทฟัส อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันโรคสครับไทฟัส ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัด ศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัส โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) Kammis and McTaggart[3] แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการป้องกันโรคสครับไทฟัสในชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาและสร้างรูปแบบโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR)) จำนวน 1 วงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการป้องกันโรคโรคสครับไทฟัส ซึ่งขั้นตอนนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) ใช้การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ(Action) การจัดเวทีระดมสมอง การประชาคม การบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่ และการเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน

การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมิน สะท้อนผลการปฏิบัติการ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำประเด็นปัญหาโอการสพัฒนาที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และ

ระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

1.1 ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประกอบด้วย 2 ภาคส่วน ได้แก่ (1) คณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (2) ประชากรที่เคยป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส รวมจำนวน 50 คน

1.2 ผู้ได้รับผลการพัฒนา ประกอบด้วยประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ รวมจำนวน 50 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม – ตุลาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย มีด้วยกัน 1 ชุด ดังนี้ ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมจำนวน 24 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับคือ ระดับการมีส่วนร่วม มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถามการบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสอบถามเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การบันทึกภาคสนาม (Field Note) การตั้งคำถามเกิดขึ้นเพื่อแสวงหาคำตอบของปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคสครับไทฟัส คำตอบจะช่วยให้เกิดการสะท้อนความคิด ความรู้สึกของคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบคำถามจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยสามารถหาแนวทางการป้องกันโรคสครับไทฟัสได้และทำให้ได้ฝึกการเป็นผู้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในมุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย นับได้ว่าการตั้งคำถามเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการวิจัยที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2.2 อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การถ่ายภาพช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บภาพเป็นการช่วยเตือนความทรงจำและสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยเสริมให้เห็นภาพเชิงประจักษ์โดยถ้าเป็นภาพผู้สูงอายุที่ให้สอบถามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำภาพเบลอ (Sensor) เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหาย และ การบันทึกเสียง บันทึกเสียงช่วยในการ

เก็บข้อมูล เป็นการบันทึกข้อมูลจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลและตามกิจกรรมการวิจัย โดยทุกครั้งต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยในการบันทึกเสียง

2.3 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยการเฝ้าดูสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นเวลาเข้าไปในชุมชนและการทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งอาจเป็นกิจกรรมของชุมชน เพื่อสังเกตสิ่งแวดล้อม สังเกตพฤติกรรมของครอบครัวและชุมชนรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม พูดคุยแลกเปลี่ยน ซักถามและบันทึกข้อมูลร่วมด้วย

2.4 การสอบถามเจาะลึก(In - Depth Interview) เป็นแนวคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ต้องการความลึก ความชัดเจนและความสมบูรณ์ของปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคสครับไทฟัส โดยจะทำการสอบถามเจาะลึก ตามแนวคำถามในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจัดทำการสอบถามเจาะลึก ในทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้แทนคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2) ประชาชนที่เคยป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส

2.5 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) การสนทนากลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน วางแผนการดำเนินงาน ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเป็นการประเมินผลระหว่างที่นำแนวทางสู่การปฏิบัติ เพื่อหาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยชุมชน โดยมีประเด็นคำถามแรกคือ การประกอบอาชีพในพื้นที่ภาคเกษตรกรรม มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยสครับไทฟัส อย่างไร ปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาโรคสครับไทฟัสในปัจจุบันควรเป็นอย่างไร และคิดว่าเราจะทำอย่างไร จะต้องทำอะไรบ้าง ใครทำจึงจะแก้ปัญหานั้นได้ และจะทำอย่างไร

2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการใช้รูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบแบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

1.1. ขั้นเตรียมการ

1.1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 จัดทำหนังสือเรียนเชิญสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่เพื่อร่วมเป็นเกียรติในการจัดกิจกรรม

1.1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.4 เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นดำเนินการ

1.2.1 นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

1.2.2 ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามในกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ จำนวน 50 ฉบับ

1.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุดและนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม(Non–participation bservation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ร่วมดำเนินการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการป้องกันโรคสครับไทฟัส โดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบึงบอน อำเภอ ยางชุมน้อยโดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยการมีส่วนร่วมของชุมเลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ โดยผู้ศึกษาดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคสครับไทฟัส และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus–group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมรวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และเป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศ ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมสถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการการป้องกันโรคสครับไทฟัส เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

2.1.6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการประชาคม เป็นเวทีในการแสดงความคิดเห็น การป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหารูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item –Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้(Try-out) ที่ตำบลยางชุมใหญ่ อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านการมีส่วนร่วมการป้องกันโรคสครับไทฟัส โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cornbrash's Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

1. กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวนความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด(Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

4. วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง SPPH 2025-010 วันที่รับรอง 20 มกราคม 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 1 รอบ ได้รูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ คือ “BUENGBON Model” ประกอบด้วย



1) B; Benchmarking การวัดระดับการทำงานขององค์กรเทียบกับคู่แข่งที่เก่งที่สุดเพื่อหาจุดที่ต้องพัฒนา

2) U; Unifying การรวมวิสัยทัศน์และทีมงานให้เดินไปในทิศทางเดียวกัน

3) E: Empowerment การให้อำนาจและความมั่นใจแก่พนักงานในการตัดสินใจ เพื่อความรวดเร็วและสร้างความภูมิใจ

4) N; Networking การสร้างความสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกเพื่อขยายโอกาส

5) G: Goal-Setting การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ทีมรู้ทิศทางที่ต้องมุ่งไป

6) B; Budgeting การวางแผนการเงินและจัดสรรทรัพยากรให้คุ้มค่ากับผลลัพธ์ที่คาดหวังมากที่สุด

7) O; Organization การวางโครงสร้างสายบังคับบัญชาและกระบวนการทำงานให้ลื่นไหล ไม่ทับซ้อน

8) N: Negotiation ทักษะการหาข้อตกลงที่เกิดประโยชน์ทั้งกับทีมผู้ให้บริการและประชาชน ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตามภาพประกอบที่ 1

ภาพประกอบที่ 1 การดำเนินงานการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมการเสริมพลัง

2. ระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ประชาชนมีความพึงพอใจหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

(Action researc) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการป้องกันโรคสครับ ไทฟัสในชุมชน พบว่าสาเหตุที่ทำให้การป้องกัน โรคสครับไทฟัส ไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการที่เกิดจากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานเฉพาะส่วน ได้แก่ ทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และสัมพันธภาพสังคมด้านการป้องกันโรคสครับไทฟัส ประชาชนสนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการป้องกัน ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลผู้ที่มีอาการสงสัยป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสโดยการส่งต่อการให้คำปรึกษา ความรู้ในการป้องกันโรคสครับไทฟัสการตั้งกลุ่มไลน์ส่งข้อมูลข่าวสารความรู้ ความพึงพอใจต่อการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ด้านผู้นำชุมชน อสม.กิจกรรมที่ดำเนินการ คือ สำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการแบ่งเขตรับผิดชอบ ตั้งกลุ่มไลน์เขตรับผิดชอบให้ส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบในการดำเนินงานในการป้องกัน และดูแลต่อเนื่องด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันโรคสครับไทฟัส ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อยจังหวัด ศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ(Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการมีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินงานการป้องกันโรคสครับไทฟัส ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคสครับไทฟัส ผู้เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพประชาชนที่เคยป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงบอน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลบึงบอน [1,8,9,10,]

2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุม ลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคสครับไทฟัส ซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วยคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพประชาชนที่เคยตรวจพบโรคสครับไทฟัส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมบึง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลบึงบอน รวม 50 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยกิจกรรม การวิเคราะห์อดีต

จนถึงปัจจุบันเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้มองเห็นภาพความเป็นจริง มองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการป้องกันโรคสครับไทฟัส ในอดีตถึงปัจจุบัน คือ มีความรู้แต่ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สภาพพื้นที่ที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค ขาดการป้องกันส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดไม่ดีพอ ทำให้เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์นำพาหะคือหนู การใช้เวลาในพื้นที่เสี่ยงเป็นเวลานา เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคสครับไทฟัสได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน[1,7,8,9,11]

3) กำหนดแผนงานโครงการ หลังจากกำหนดอนาคตร่วมกัน ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคสครับไทฟัส ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไขและร่วมจัดทำแผนการป้องกันโรคสครับ ไทฟัสในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวม เพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกัน ได้แก่ โครงการตำบลบึงบอนร่วมใจป้องกันโรคสครับไทฟัส และโครงการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส[9,10,11]

4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล[8,9,10]

5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จาการทำกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินงานต่อเนื่องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงบอน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลบึงบอน ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน[3,9,10,11]

6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลบึงบอน อสม. ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดรูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ คือ “BUENGBON Model” ประกอบด้วย

1) B; Benchmarking การวัดระดับการทำงานขององค์กรเทียบกับคู่แข่งที่เก่งที่สุดเพื่อหาจุดที่ต้องพัฒนา

2) U; Unifyingการรวมวิสัยทัศน์และทีมงานให้เดินไปในทิศทางเดียวกัน

3) E: Empowerment การให้อำนาจและความมั่นใจแก่พนักงานในการตัดสินใจ เพื่อความรวดเร็วและสร้างความภูมิใจ

4) N; Networking การสร้างความสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกเพื่อขยายโอกาส

5) G: Goal-Setting การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น Smart Goals เพื่อให้ทีมรู้ทิศทางที่ต้องมุ่งไป

6) B; Budgeting การวางแผนการเงินและจัดสรรทรัพยากรให้คุ้มค่ากับผลลัพธ์ที่คาดหวังมากที่สุด

7) O; Organization การวางโครงสร้างสายบังคับบัญชาและกระบวนการทำงานให้ลื่นไหล ไม่ทับซ้อน

8) N: Negotiation ทักษะการหาข้อตกลงที่เกิดประโยชน์ทั้งกับทีมผู้ให้บริการ และประชาชน

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Perrone และคณะ[4] ที่ดำเนินโครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community engagement) เพื่อป้องกันโรคสครับไทฟัสในภาคเหนือของประเทศไทย โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนหลักในการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคสครับไทฟัสของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและยังคงอยู่ในระดับสูงเมื่อติดตามผลถึง 3-6 เดือน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่าการอาศัยเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การป้องกันโรคเกิดความยั่งยืน สอดคล้องกับผลการพัฒนา BUENGBON Model ในการศึกษาครั้งนี้ที่อาศัยภาคีเครือข่ายในพื้นที่เป็นแกนหลักเช่นกัน นอกจากนี้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ที่นำมาใช้ในขั้นตอนการวางแผนของการวิจัยครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thitawattananon[5] ที่พบว่าเทคนิค AIC ช่วยเพิ่มระดับการมีส่วนร่วม ความรู้ และความพึงพอใจของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการเลือกใช้เทคนิคดังกล่าวในกระบวนการวางแผนของงานวิจัยนี้ และเมื่อเปรียบเทียบกับการควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงชนิดอื่น การศึกษาของ Suwanbamrung และคณะ[6] ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (community participatory action research) ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงเรียนมัธยมศึกษาภาคใต้ของประเทศไทย ก็พบว่าการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนจนถึงการประเมินผล ช่วยเพิ่มความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันโรคของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกันกับกระบวนการ PAOR ที่ใช้ในการพัฒนา BUENGBON Model ในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2553)[7] ศึกษาโครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นด้วยการศึกษาสถานการณ์ชุมชนและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค การอบรมแกนนำ ชุมชน และผู้ติดเชื้อ ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยแกนนำชุมชน ผู้ติดเชื้อ ส่งผลทำให้เกิดกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคประกอบด้วยการให้ความรู้ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการประกวดสื่อพื้นบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556)[8] ศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู โดยการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ส่งเสริมความร่วมมือของทุกภาคส่วน กำหนดมาตรการทางสังคมหรือสัญญาประชาคมเพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง ควบคู่กับการให้ความรู้และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ชุมชนสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของนิสร ผานคำ (2557)[9] โดยศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลดู่น้อย อำเภอจตุรจักรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

ของประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรคได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของเกสรแถวโนนงิ้ว และคณะ(2558)[10]ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบในการป้องกันควบคุมหนอนพยาธิในพื้นที่เสี่ยง หมู่บ้านที่มีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูง 3 แห่งจาก 3 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูผู้นำในหมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบล ดำเนินการ 2 วงรอบ โดยการกระตุ้นให้ปฏิบัติการ โดยกระบวนการเรียนรู้จากการสะท้อนคิดด้วยตนเอง และ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาอันนำไปสู่มติร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้ ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงาน จึงให้การสนับสนุนการดำเนินการในพื้นที่ เกิดการ สร้างเสริมพลังอำนาจและ มีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและพฤติกรรมชุมชน ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แกนนำชุมชนและผู้ติดเชื้อสครับไทฟัส กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อสครับไทฟัสโดยแกนนำชุมชนแบบเคาะประตู บ้านและเชิญชวนประชาชนเข้าร่วมกลุ่มไลน์เขตรับผิดชอบอสม. กิจกรรมจัดอบรมแกนนำนักเรียนในโรงเรียน กิจกรรมค้นหาบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แกนนำชุมชนเป็นตัวอย่างรักษ์สุขภาพ ครูอบรมความรู้โรคสครับไทฟัสแก่นักเรียน

สอดคล้องกับการศึกษาของ สาริณี สีทะโน[11] โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยกระบวนการวิจัยชิงปฏิบัติการโดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทำให้เกิดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการประกอบด้วยการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายประชาสัมพันธ์และการแจกแผ่นพับ การเดินรณรงค์และกิจกรรมเดือนป้องกันโรคตามปฏิทินประจำปี

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อยจังศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคสครับไทฟัสโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล สถานศึกษา และ อสม. ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดำเนินตามกิจกรรม มีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพรียงปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น

3) คนในชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วม ในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน คอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผล สนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันโรคสครับไทฟัส

5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบการป้องกันโรคสครับไทฟัสเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบ BUENGBON Model ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 8 ด้าน ได้แก่ Benchmarking, Unifying, Empowerment, Networking, Goal Setting, Budgeting, Organization และ Negotiationโดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินงานป้องกันโรคสครับไทฟัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบ BUENGBON Model เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่บูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้ง 8 องค์ประกอบอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างความร่วมมือ การพัฒนาศักยภาพ การจัดการทรัพยากร การบริหารจัดการ และการสรุปบทเรียนร่วมกัน ส่งผลให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันโรคสครับไทฟัสดีขึ้น พร้อมทั้งเกิดกลไกการดำเนินงานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำ BUENGBON Model ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนและดำเนินงานป้องกันโรคสครับไทฟัสในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง โดยควรปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้รูปแบบ เช่น การเปลี่ยนแปลงอัตราป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส ความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

2.ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของ BUENGBON Model กับรูปแบบการป้องกันโรคอื่น หรือศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1 กองระบาดวิทยา. ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1636620241101034044

2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคสครับไทฟัส จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2564–2567 [อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานควบคุมโรค; 2567 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.165.115/r506/

3 Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1990.

4. Perrone C, Kanthawang N, Cheah PY, Intralawan D, Lee SJ, Nedsuwan S, et al. Community engagement around scrub typhus in northern Thailand: a pilot project. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2024;118(10):666-73.

5. Thitawattananon C. Improving the community participation in health promotion planning through Appreciation-Influence-Control process: a case study in Tambol Nongphailom, Muang, Nakhon Ratchasima. Maharat Nakhon Ratchasima Hosp J. 2010;34(2):99-104.

6. Suwanbamrung C, Mehraj SK, Kercho MW, Stanikzai MH, Ageru TA, Jaroenpool J, et al. Evaluation of high school-based dengue solution model in Southern Thailand: a community participatory action research. BMC Public Health. 2024;24:3315.

7 รุจิรา ดวงสงค์. โครงการพัฒนาเครือข่ายหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

8. นันทพร ศรีนอก รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.

9. นิสร ผานคำ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชน ตำบลดู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.

10 .เกสร แถวโนนงิ้ว, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(6):1127-37.

11. สาริณี สีทะโน. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยางนาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.