EHM JOURNAL



Journal

of Education - Health and Environmental Management

Vol.11 No.5 September - October 2026



วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569







ISSN : 3088-358X (Print)
ISSN : 3088-392X (Online)

EHM JOURNAL
วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 1
ปุญชรัสมิ์ ภูมิช่วง

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 13
ลำปาง กำหอม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบ ดริปและซิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 20
เพียงขวัญ สาชะรุง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเชียงยืน 33
นพดารา แสนวัง

การพัฒนารูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx ต่อกระบวนการ Med Reconcile ในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 42
อรุณี ศิวบวรวัฒนา ,พนมสินธุ์ ศรีชาดา ,นิศารัตน์ สุระมาศ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : กรณีศึกษา 53
ศศิธร เท่าธุรี

การพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยวัณโรค โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 65
ธนิฏฐา จันนา

การพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง โดยใช้แนวคิด LEAN 76
ธณิชา ป้องชารี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 85
เข็มมาลา ไชยสงคราม ,ปวีณา กางโสภา

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 94
วราลักษณ์ มูลทรา ,อนงค์ จันทศิลป์ ,วิมลมาศ ระวิหังโส

การพัฒนาระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติแบบครบวงจรโดยใช้ Critical Lab Dashboard โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 105
เฉลิมชัย บุญกอง ,สุรสิทธิ์ คุ้มสุวรรณ ,ยุทธกร อิโน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ 115
อุษณีษ์ วีระพงษ์วัฒนกุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 128
อุดม เกียรติมานะโรจน์

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 134
จินตนา แดงจันทึก

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาวะฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ 144
ปาณิศา ถาคำติ๊บ ,มุจลินท์ แปงศิริ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัด :กรณีศึกษา 157
วิลาวัณย์ อภัยพงค์

ผลการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น 166
เบญจวรรณ รัตนวรรณ

วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 176
นัยนา ปาระมี

ประสิทธิผลของการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย 184
จรัญญา อุทาทิพย์ ,วิมลิน ใจเอื้อ ,พิมลดา ลัดดางาม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน 190
นฤมล จำปาบุญ ,กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร

ผลของการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 200
ศุภนิดา ทองดวง ยุวดี อุทาภักดี ,ปฐมาวดี สุทธิศีรีสุข ,สุนิษา แสนลาด ,ลัดดา ประทุมสา ,อุไลวัลย์ พุทโธ

การพัฒนาและประเมินผลแนวทางการนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านบูรณาการกายวิภาคศาสตร์ ในการรักษาโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง คลินิกทวารวดีแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 208
สุริยา ขันทชาติ

พัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 216
จิวาลักษณ์ เดชสังข์

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน 231
ประวินา ปะตา ,สุธัญญา โสภา ,ศิริลักษณ์ วรรณปะโพธิ์ ,อนุชา ไทยวงษ์ ,วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 245
กุลธิดา เจือประเสริฐ

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 254
รุจน์จิรา รอยศรี ,รัตติกานต์ รักษาภักดี

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม 262
ยุทธนา เพ็ชรนาค

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 276
มธุรดา วิสัย

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ต่อความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี 284
พงศ์ภาวี โชคภิญโญวรพงศ์

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตาหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี 290
กรรณิกา เดชชมภู ,ธนสร เธียรธไนศวรรย์

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ 305
อณุภา โพธิ์เงิน

การประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model 318
ธานี ศรีสองเมือง

EHM JOURNAL
วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม 325
ลุนณี เทียงดาห์ ,ฐิตาภรณ์ ภูตเขต

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 333
ศุภธิดา วรรณประภา

การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบไร้รอยต่อ ตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ ผ่านเครือข่ายดิจิทัลชุมชน เพื่อยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล 341
รัติกาล พลอามาตย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน 353
สุภมาส ปาระมีแจ้

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 366
ขัตติยา ปุญญเนตร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 377
นงลักษณ์ แสงสว่าง

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง: กรณีศึกษา 390
เพิ่มพร คงสมมาตย์

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาด ปราศจากเชื้อในพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี..... 402
ชาลิดา ดวงสุธา ,จิรนันท์ แซ่ เอี่ยว

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด 415
ชุติกาญจน์ บุบผาชาติ ,รุ่งทิวา ด่านดาหาร ,เจียระไน ใจวัน ,ณฐมน ภัทรเกริกชัย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ : มิติด้านการเงิน ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 423
ยุวฤดี ถำวาปี ,ศุภาวุธ คุณวันดี,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเพื่อเหนี่ยวนำโรคสงบด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 432
จิราวดี น้อยวัฒนกุล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม : กรณีศึกษา 441
จรัสศรี แก้วมณี

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย 452
พิชญ์สิณี ศรีเตชะ

การพัฒนารูปแบบการบริการทางไกลโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 459
พงศ์เพชร พลลา ,สุจิตรา เสนา ,วาทินี ทะไกรเนตร

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 464
พยอม คำเสนา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม 472
สุวิมล พานพิมพ์ ,กาญจนา จันทนุย ,ธนิยาณัฐ แก้วม่วง ,ศิรประภา สุวรรณพัฒน์ ,,ภัทรวีร์ มิสาโท

วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม 486
เพราพนิต สอนสิทธิ์ ,ธนิยาณัฐ แก้วม่วง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุม 497
สุพรรษา คุณแก้ว

กระบวนการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะและราคากลางของคณะกรรมการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางในการจัดซื้อตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 507
สุทธิกานต์ ศุภวาสน์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง 518
สุรชัย สินธวาชีวะ

การศึกษาผลของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ ต่อความเจ็บปวด ดัชนีการสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดบริเวณข้อไหล่ของโรงพยาบาลหนองคาย 527
วลิดา พุฒนอก ,นิภาภรณ์ ชาญสมร

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 536
อทิกร จราฤทธิ์

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ 546
รจเรข งานไว

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 561
วัฒนพงษ์ อุทรส

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก คลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย 568
สายใจ สุวรรณศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 576
ธัญลักษณ์ สว่างบุญ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น 583
จุลจิรา ทองเจียว

บทบรรณาธิการ

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

สำหรับวารสารการศึกษา – สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านการศึกษา สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม เดือนกันยายน – ตุลาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน ระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF การส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมีย การเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม การเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด การพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาวะฉุกเฉิน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด การบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านบูรณาการกายวิภาคศาสตร์ การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร การเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ารดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี การประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อไป

PART 1

EHM JOURNAL



Journal

of Education - Health and Environmental Management

Vol.11 No.5 September - October 2026



วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569







ISSN : 3088-358X (Print)
ISSN : 3088-392X (Online)

EHM JOURNAL
วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 1
ปุญชรัสมิ์ ภูมิช่วง

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 13
ลำปาง กำหอม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบ ดริปและซิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 20
เพียงขวัญ สาชะรุง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเชียงยืน 33
นพดารา แสนวัง

การพัฒนารูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx ต่อกระบวนการ Med Reconcile ในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 42
อรุณี ศิวบวรวัฒนา ,พนมสินธุ์ ศรีชาดา ,นิศารัตน์ สุระมาศ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : กรณีศึกษา 53
ศศิธร เท่าธุรี

การพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยวัณโรค โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 65
ธนิฏฐา จันนา

การพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง โดยใช้แนวคิด LEAN 76
ธณิชา ป้องชารี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 85
เข็มมาลา ไชยสงคราม ,ปวีณา กางโสภา

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 94
วราลักษณ์ มูลทรา ,อนงค์ จันทศิลป์ ,วิมลมาศ ระวิหังโส

การพัฒนาระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติแบบครบวงจรโดยใช้ Critical Lab Dashboard โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 105
เฉลิมชัย บุญกอง ,สุรสิทธิ์ คุ้มสุวรรณ ,ยุทธกร อิโน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ 115
อุษณีษ์ วีระพงษ์วัฒนกุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 128
อุดม เกียรติมานะโรจน์

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 134
จินตนา แดงจันทึก

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาวะฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ 144
ปาณิศา ถาคำติ๊บ ,มุจลินท์ แปงศิริ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัด :กรณีศึกษา 157
วิลาวัณย์ อภัยพงค์

ผลการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น 166
เบญจวรรณ รัตนวรรณ

วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 176
นัยนา ปาระมี

ประสิทธิผลของการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย 184
จรัญญา อุทาทิพย์ ,วิมลิน ใจเอื้อ ,พิมลดา ลัดดางาม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน 190
นฤมล จำปาบุญ ,กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร

ผลของการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 200
ศุภนิดา ทองดวง ยุวดี อุทาภักดี ,ปฐมาวดี สุทธิศีรีสุข ,สุนิษา แสนลาด ,ลัดดา ประทุมสา ,อุไลวัลย์ พุทโธ

การพัฒนาและประเมินผลแนวทางการนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านบูรณาการกายวิภาคศาสตร์ ในการรักษาโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง คลินิกทวารวดีแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 208
สุริยา ขันทชาติ

พัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 216
จิวาลักษณ์ เดชสังข์

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน 231
ประวินา ปะตา ,สุธัญญา โสภา ,ศิริลักษณ์ วรรณปะโพธิ์ ,อนุชา ไทยวงษ์ ,วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 245
กุลธิดา เจือประเสริฐ

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 254
รุจน์จิรา รอยศรี ,รัตติกานต์ รักษาภักดี

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม 262
ยุทธนา เพ็ชรนาค

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 276
มธุรดา วิสัย

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ต่อความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี 284
พงศ์ภาวี โชคภิญโญวรพงศ์

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี 290
กรรณิกา เดชชมภู ,ธนสร เธียรธไนศวรรย์

บทบรรณาธิการ

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

สำหรับวารสารการศึกษา – สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านการศึกษา สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม เดือนกันยายน – ตุลาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน ระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF การส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมีย การเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม การเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด การพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาวะฉุกเฉิน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด การบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านบูรณาการกายวิภาคศาสตร์ การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร การเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ารดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี การประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อไป

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of care for pregnant in preventing amphetamine use. Huai Mek Hospital, Kalasin Province.

(Received: October 14,2026 ; Revised: October 22,2026 ; Accepted: October 28,2026)

ปุญชรัสมิ์ ภูมิช่วง[1]
Puncharas Poomchung[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ และศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 115 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t – test และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และ พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ใช้สาร แอมเฟตามิน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.73

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน)

Abstract

This study on the care models for pregnant women in preventing amphetamine use at Huai Mek Hospital, Kalasin Province, aimed to investigate the current situation of pregnant women's care and the care models for preventing amphetamine use at Huai Mek Hospital, Kalasin Province. It was an action research study conducted from October 2024 to September 2025, a total of 12 months. The sample consisted of 115 pregnant women at Huai Mek Hospital, Kalasin Province. Data was collected using questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and dependent t-test.

The study results showed that pregnant women's awareness of the effects of amphetamine use after the intervention was at the highest level, both overall and in each aspect. A comparison of pregnant women's awareness of the effects of amphetamine use before and after the intervention revealed statistically significant differences at the .05 level, both overall and in each aspect. After the intervention, pregnant women's awareness of the effects of amphetamine use was better than before the intervention. It was also found that 2 pregnant women, or 1.73%, used amphetamines.

Keywords: Pregnant women, Drug use (amphetamines)

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาสำคัญของชีวิตที่หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และค้นหาความ

[1] โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะแรก การฝากครรภ์จึงมิได้มีความหมายเพียงการตรวจครรภ์ตามนัดเท่านั้น แต่เป็นระบบบริการที่ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยง การวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การรักษา การส่งต่อ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์ที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมุ่งให้หญิงตั้งครรภ์มี “ประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ดี” ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ได้รับการป้องกันหรือรักษาภาวะเสี่ยง มีการคลอดที่ปลอดภัย และมีความพร้อมในการเป็นมารดา[1]

การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน เนื่องจากเกี่ยวข้องทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพจิต ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการ ผู้ใช้สารเสพติดบางรายอาจไม่เปิดเผยข้อมูล เนื่องจากกลัวการถูกตำหนิ การตีตรา ผลกระทบทางกฎหมาย หรือการถูกแยกจากบุตร ส่งผลให้การคัดกรองจากการซักประวัติเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ในทางปฏิบัติ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดอาจมาฝากครรภ์ล่าช้า ขาดนัด หรือมารับบริการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว ดังนั้น ระบบบริการจึงควรพัฒนาการคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน เป็นส่วนตัว ไม่ตีตรา และเชื่อมโยงกับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จากรายงาน World Drug Report ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ใช้แอมเฟตามีนทั่วโลกประมาณ 36 ล้านคน และผู้หญิงคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 45 ของผู้ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน ซึ่งสะท้อนว่าผู้หญิงเป็นประชากรกลุ่มสำคัญในสถานการณ์การใช้สารกระตุ้น แม้ข้อมูลดังกล่าวจะไม่ใช่จำนวนหญิงตั้งครรภ์โดยตรง แต่แสดงให้เห็นว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์จำนวนมากอาจมีโอกาสสัมผัสหรือใช้สารดังกล่าวก่อนหรือระหว่างการตั้งครรภ์[2] นอกจากนี้ยังพบช่องว่างในการเข้าถึงการรักษาของผู้หญิงที่ใช้สารเสพติด โดยผู้หญิงที่มีความผิดปกติจากการใช้สารจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบบำบัด เนื่องจากภาระการดูแลบุตร ความกลัวการตีตรา ความรุนแรงในครอบครัว อุปสรรคด้านการเดินทาง และความกังวลเกี่ยวกับการถูกพรากจากบุตร[3]

แอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนเมทแอมเฟตามีนเป็นอนุพันธ์ที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอย่างรุนแรง สารกลุ่มนี้อาจทำให้ผู้ใช้รู้สึกตื่นตัว มีพลังงานมากขึ้น นอนหลับน้อยลง เบื่ออาหาร และมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในระยะสั้น แต่เมื่อใช้ต่อเนื่องอาจเกิดการพึ่งพาสาร ความอยากใช้ การควบคุมการใช้ไม่ได้ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด หวาดระแวง อาการทางจิต และปัญหาด้านสังคม การใช้สารในหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นปัญหาที่ต้องดูแลทั้งในมิติทางสูติกรรมและมิติการใช้สารเสพติด ในด้านมารดา แอมเฟตามีนมีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดตัว อุณหภูมิร่างกายสูง และอาจเกิดอาการชักหรือความผิดปกติทางจิตได้ ในหญิงตั้งครรภ์ ผลดังกล่าวอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด เลือดออก และการคลอดก่อนกำหนด ในด้านทารก เมทแอมเฟตามีนสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้ การหดตัวของหลอดเลือดและการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดอาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการได้รับออกซิเจนของทารก งานวิจัยดังกล่าวพบว่า ทารกของหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเมทแอมเฟตามีนมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,779.1 กรัม ขณะที่กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,049.5 กรัม และมีทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 27.2 เทียบกับร้อยละ 10.7 ในกลุ่มควบคุม[4] ผลกระทบที่อาจพบได้ ได้แก่ การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ การปรับตัวหลังคลอดไม่ดี และความจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด นอกจากผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายแล้ว หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้แอมเฟตามีนมักมีปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีความเครียด มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีผู้ใช้สาร หรือมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผลกระทบต่อมารดาและทารกรุนแรงขึ้น และทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้

ยาก งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีอัตราการสูบบุหรี่และดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อยกว่า[4]

การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนควรเป็นการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ครอบคลุมการป้องกัน การค้นหาและช่วยเหลือระยะเริ่มต้น การบำบัดรักษา การป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ และการติดตามหลังคลอด โดยคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เนื่องจากผู้ใช้สารบางรายอาจไม่เปิดเผยข้อมูลหรือมีผลตรวจเป็นลบในวันที่ตรวจ องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ โดยส่งเสริมให้เริ่มฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ประเมินประวัติการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว สุขภาพจิต การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เมื่อพบความเสี่ยงควรจัดแผนติดตามเฉพาะราย ทั้งนี้ แนวทางขององค์การอนามัยโลกกำหนดให้การฝากครรภ์เป็นโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพ คัดกรอง วินิจฉัย ป้องกันโรค และดูแลความเสี่ยงของมารดาและทารก (World Health Organization[1] การคัดกรองควรใช้การสัมภาษณ์อย่างเป็นส่วนตัวและไม่ตีตรา ครอบคลุมชนิด ปริมาณ ความถี่ วันที่ใช้ครั้งล่าสุด การใช้สารร่วม และความพร้อมในการหยุดใช้ หากมีข้อบ่งชี้ควรตรวจปัสสาวะหาแอมเฟตามีน โดยแปลผลร่วมกับข้อมูลทางคลินิกและประวัติ รวมทั้งประเมินความดันโลหิต สุขภาพจิต อาการถอนสาร ความรุนแรงในครอบครัว และความปลอดภัยของทารก หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับคำปรึกษาและการเสริมแรงจูงใจเกี่ยวกับผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อมารดาและทารก โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย รับฟังโดยไม่ตัดสิน และร่วมกำหนดเป้าหมายที่ปฏิบัติได้ เช่น หลีกเลี่ยงบุคคลหรือสถานที่เสี่ยง ขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไว้วางใจ และมาตามนัด หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สาร มีผลตรวจเป็นบวก หรือมีปัญหาซับซ้อน ควรได้รับการดูแลร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพจิต คลินิกยาเสพติด และนักสังคมสงเคราะห์ โดยให้การดูแลด้านสารเสพติดควบคู่กับการฝากครรภ์ มีการส่งต่อและติดตามผลกลับมายังโรงพยาบาลต้นทาง นอกจากนี้ ควรติดตามการมาตามนัด การใช้สารซ้ำ สุขภาพกายและจิตใจ ภาวะแทรกซ้อน และความพร้อมของครอบครัว หากขาดนัดควรประสานทางโทรศัพท์หรือหน่วยบริการชุมชนโดยรักษาความลับ หลังคลอดควรติดตามการกลับไปใช้สาร สุขภาพจิต การเลี้ยงดูทารก การคุมกำเนิด และการเข้าสู่ระบบบำบัดฟื้นฟู เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของมารดาและทารกในระยะยาว[5]

การคัดกรองเป็นขั้นตอนสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้รับบริการจำนวนหนึ่งอาจไม่เปิดเผยข้อมูลด้วยตนเอง หากไม่มีระบบคัดกรองที่ชัดเจน บุคลากรอาจพบปัญหาเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เลือดออก ความดันโลหิตสูง หรือมีอาการทางจิตเวช การดูแลในลักษณะดังกล่าวเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และอาจพลาดโอกาสในการป้องกันตั้งแต่ระยะแรก การไม่คัดกรองก่อนให้บริการยังส่งผลให้สถานพยาบาลไม่สามารถจำแนกหญิงตั้งครรภ์ตามระดับความเสี่ยงได้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงอาจได้รับการดูแลเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ทั้งที่ควรได้รับการติดตามที่ถี่ขึ้น การประเมินสุขภาพจิต การประเมินความปลอดภัยของครอบครัว การส่งต่อคลินิกยาเสพติด หรือการวางแผนการคลอดร่วมกับสูติแพทย์และกุมารแพทย์ นอกจากนี้ เมื่อไม่มีระบบบันทึกและส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารอาจไม่ถูกส่งต่อระหว่างห้องฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน และหน่วยบริการชุมชน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนหรือการขาดตอนของการดูแล แนวทางของ WHO ระบุว่า ระบบบริการควรสามารถค้นหาการใช้สารเสพติดและความผิดปกติจากการใช้สารในหญิงตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ระยะแรก รวมทั้งควรจัดการดูแลและส่งต่อให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง[5] การค้นหาไม่จำเป็นต้องหมายถึงการตรวจปัสสาวะในทุกกรณีเพียงอย่างเดียว แต่ควรประกอบด้วยการซักประวัติที่เป็นส่วนตัว แบบคัด

กรองที่เหมาะสม การประเมินปัจจัยเสี่ยง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีข้อบ่งชี้หรือเป็นไปตามแนวทางของหน่วยบริการ การตรวจปัสสาวะควรได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมตามระบบ และแปลผลร่วมกับข้อมูลทางคลินิก ไม่ควรใช้ผลตรวจเพียงอย่างเดียวในการตัดสินคุณค่าหรือความเหมาะสมในการเป็นมารดา

ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้หมายถึงการรู้เพียงว่าแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติด แต่หมายถึงการเข้าใจผลกระทบของสารต่อสุขภาพของตนเองและทารก การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง การเห็นความจำเป็นของการฝากครรภ์ การรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือ และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถหยุดใช้สารหรือป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิ์ สุขี พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนควรประกอบด้วยการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การดูแลรายบุคคล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตระหนักถึงปัญหาและเข้าสู่กระบวนการดูแลได้อย่างเหมาะสม[6]

สำหรับโรงพยาบาลห้วยเม็ก จากการทบทวนสถานการณ์พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบยังไม่มีแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการจึงได้รับการดูแลตามอาการเฉพาะหน้าเป็นหลัก ขาดการประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐาน และยังไม่มีระบบติดตามหลังจำหน่ายที่ชัดเจน ปัญหานี้อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหลุดออกจากระบบบริการ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีการฝากครรภ์ ขาดนัด ติดต่อยาก หรือย้ายถิ่นที่อยู่ การแก้ไขปัญหาควรเริ่มจากการกำหนด CPG หรือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจน โดยระบุจุดคัดกรอง ผู้รับผิดชอบ วิธีประเมิน เกณฑ์จัดระดับความเสี่ยง แนวทางส่งต่อ การบันทึกข้อมูล และระบบติดตามผล ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรเรื่องการสื่อสารที่ไม่ตีตรา การให้คำปรึกษา การประเมินภาวะฉุกเฉิน และการรักษาความลับ รวมทั้งจัดให้มีผู้ประสานงานรายกรณีเพื่อเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกยาเสพติด ทีมสุขภาพจิต ครอบครัว และชุมชน การดำเนินงานดังกล่าวจะช่วยเปลี่ยนระบบจากการดูแลเมื่อเกิดปัญหาแล้ว ไปสู่ระบบเชิงรุกที่ค้นหาและป้องกันความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามีน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลที่ประกอบด้วยการคัดกรอง การประเมินระดับความเสี่ยง การให้ความรู้และเสริมสร้างความตระหนัก การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนศึกษาผลของรูปแบบต่อการเข้าถึงบริการ การมาตามนัด การเข้าสู่กระบวนการดูแล และความปลอดภัยของมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ประโยชน์ของงานวิจัย

1. ทราบถึงสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. มีรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัย

เชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์หรือรับบริการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงเวลาที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวน 115 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ตามช่วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ทางการแพทย์

2) มารับบริการฝากครรภ์ หรือมารับบริการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงเวลาที่ศึกษา

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยและเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยได้

4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

5) ยินยอมให้เก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนด เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความเสี่ยง หรือแบบบันทึกการคัดกรอง

6) ยินยอมให้ติดตามผลการดูแลตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก

1) มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรงในวันที่รับเข้าการศึกษา จนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ช็อก ชัก หมดสติ หายใจลำบากรุนแรง หรือมีเลือดออกมาก

2) มีภาวะทางจิตเวชรุนแรงหรือความผิดปกติด้านการรู้คิดที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาได้

3) ไม่สามารถสื่อสารหรืออ่านภาษาไทยได้ และไม่มีผู้ช่วยแปลที่ผ่านการรับรองตามความเหมาะสม

4) ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลหรือไม่ยินยอมให้ติดตามผลการดูแล

5) ถอนตัวจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการ โดยสามารถถอนตัวได้ทุกระยะโดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรักษา

6) ย้ายไปรับบริการที่อื่นและไม่สามารถติดตามข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดได้

7) มีข้อมูลไม่ครบถ้วนในสาระสำคัญจนไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้ เช่น ขาดข้อมูลพื้นฐาน ผลคัดกรอง หรือข้อมูลผลลัพธ์หลัก

8) มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือมีเหตุจำเป็นทางการแพทย์ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยต่อได้ ทั้งนี้ การพิจารณาต้องไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมเสียสิทธิในการรับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 กำหนดกิจกรรมรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 สรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้เมทแอมเฟตามีน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความตระหนักกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความตระหนักกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความตระหนักกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความตระหนักกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความตระหนักกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความตระหนักมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความตระหนักมาก
2.61 – 3.40	มีความตระหนักปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความตระหนักน้อย
1.00 - 1.80	มีความตระหนักน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .861

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการ

1. ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์คุณภาพ การคัดกรองการใช้สารเสพติด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน การสร้างความตระหนัก และการดูแลต่อเนื่อง

2. จัดทำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินความตระหนัก แบบบันทึกการคัดกรอง แบบส่งต่อ และแบบติดตามผล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงเครื่องมือ

3. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการและข้อจำกัดของระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน รายงานบริการ และความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

2. กำหนดเป้าหมาย องค์ประกอบ และกิจกรรมของรูปแบบ ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ การคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการติดตาม

3. จัดทำแนวทางปฏิบัติ แบบคัดกรอง แบบบันทึก แบบส่งต่อ และระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง

4. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแผน และเตรียมทีมก่อนนำรูปแบบไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

1. รับหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบ ให้บริการฝากครรภ์ และคัดกรองการใช้สารเสพติดตามแนวทางที่กำหนด

2. ประเมินระดับความเสี่ยง ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ให้คำปรึกษา และจัดทำแผนดูแลรายบุคคล

3. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือมีผลตรวจเป็นบวกไปยังทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการที่เหมาะสม

4. ติดตามการมาตามนัด การเข้ารับบริการผลการส่งต่อ การใช้สารซ้ำ และประสานครอบครัวหรือหน่วยบริการชุมชนตามความเหมาะสม

ระยะที่ 3. การสังเกตและเก็บข้อมูล (Observation)

1. บันทึกข้อมูลการคัดกรอง ระดับความเสี่ยง การได้รับการดูแล การส่งต่อ และการติดตาม

2. ประเมินความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

3. ติดตามผลลัพธ์ด้านการมาตามนัด การใช้สารซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน และความปลอดภัยของมารดาและทารก

4. รวบรวมปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากหญิงตั้งครรภ์ บุคลากร และผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 4. การสะท้อนผล (Reflection)

1. วิเคราะห์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนด

2. ทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของรูปแบบ

3. ประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนผลและเสนอแนวทางปรับปรุงแบบคัดกรอง แนวทางส่งต่อ และระบบติดตาม

4. ปรับปรุงและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์พร้อมสรุปข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 การทบทวนความเสี่ยง จากการทบทวนความเสี่ยง จาก Case study เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2563 เวลา 15.30 น. หญิงไทย อายุ 28 ปี G2P2A0L1 Last 2 ปี GA 27+2 wks by U/S, No ANC มาด้วยท้องปั้น มีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก U/D: HT loss F/U 2 ปี (153/84) สูบบุหรี่ 5-6 มวนมา 3 ปี และปฏิเสธการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ แพทย์ทำการส่งต่อไปรักษาที่ รพ. กาฬสินธุ์ Imp: Pre-ecalmpsia with Preterm labor with smoking รับการรักษาจนD/C 5 มิย 63 มาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด GA 29 +3wks Admit inhibit เที่ยงคืนขอกลับบ้าน ร้องให้ปฏิเสธการรักษาทุกอย่าง จึงให้เซ็นต์ปฏิเสธการรักษา

7 มิย 63 มารดากลับมาอีกครั้ง ท้องปั้นถี่ pv speculum 6 cm ส่งตรวจพบ Urine Methamphetamine = Positive Refer รพ. กาฬสินธุ์ เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่า คลอดทารก LBW ทารกถูกส่งต่อไปรักษาต่อที่ รพ. ขอนแก่น มารดารักษาที่ รพ. กาฬสินธุ์ หลัง D/C ติดต่อได้ยาก จนกระทั่งทารกอาการแย่ลง และเสียชีวิตในเวลาต่อมา ส่วนมารดาและสามีย้ายไปอยู่ที่อื่น 2) ปัญหา

และช่องว่างของระบบการดูแล จากการทบทวนกรณีศึกษา พบว่า โรงพยาบาลห้วยเม็กยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการได้รับการดูแลตามอาการเป็นหลัก และอาจไม่ได้รับการคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก รวมทั้งยังขาดระบบการประเมินความเสี่ยง การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย กรณีศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของระบบบริการและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบ ดังนั้น คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กอำเภอห้วยเม็ก ร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอห้วยเม็ก จึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้สามารถค้นหา ประเมิน ดูแล ส่งต่อ และติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

1.2 ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้เมทแอมเฟตามิน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการดำเนินงาน หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 2.88, S.D. = 0.11) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (เฉลี่ย = 2.91, S.D. = 0.34) รองลงมาคือ ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด (เฉลี่ย = 2.90, S.D. = 0.34) ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ (เฉลี่ย = 2.89, S.D. = 0.29) ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ (เฉลี่ย = 2.88, S.D. = 0.25) และด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (เฉลี่ย = 2.83, S.D. = 0.25)

2. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย แนวทางการฝากตั้งครรภ์คุณภาพ แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ แนวทางในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้เมทแอมเฟตามิน หลังการดำเนินงาน หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักต่อผลกระทบจากการใช้เมทแอมเฟตามีนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.59, S.D. = 0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (เฉลี่ย = 4.61, S.D. = 0.29) รองลงมาคือ ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด (เฉลี่ย = 4.60, S.D. = 0.33) ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ (เฉลี่ย = 4.59, S.D. = 0.31) ด้านอารมณ์ และผลกระทบต่อการตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (เฉลี่ย = 4.58, S.D. = 0.37 และ 0.36 ตามลำดับ) โดยทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

3.3 ผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีนจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.73 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายได้รับการประเมินตามระดับความเสี่ยง ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดกระบวนการดูแล โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง คิดเป็นผลสำเร็จของการดูแลร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า จาก Case study เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2563 เวลา 15.30 น. หญิงไทย อายุ 28 ปี G2P2A0L1 Last 2 ปี GA 27+2 wks by U/S, No ANC มาด้วยท้องปั้น มีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก U/D: HT loss F/U 2 ปี (153/84) สูบบุหรี่ 5-6 มวนมา 3 ปี และปฏิเสธการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ แพทย์ทำการส่งต่อไปรักษาที่ รพ. กาฬสินธุ์ Imp: Pre-ecalmpsia with Preterm labor with smoking รับการรักษาจนD/C ในวันที่ 5 มิย 63 มาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด GA 29 +3wks Admit inhibit เที่ยงคืนขอกลับบ้าน ร้องให้ปฏิเสธการรักษาทุกอย่าง จึงให้เซ็นต์ปฏิเสธการรักษา และในวันที่ 7 มิย 63 มารดากลับมาอีกครั้ง ท้องปั้นถี่ pv speculum 6 cm ส่งตรวจพบ Urine Methamphetamine = Positive Refer รพ.กาฬสินธุ์ เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่าคลอดทารก LBW ทารกถูกส่งต่อไปรักษาต่อที่ รพ. ขอนแก่น มารดารักษาที่ รพ. กาฬสินธุ์ หลัง D/C ติดต่อได้ยาก จนกระทั่งทารกอาการแย่ลง และเสียชีวิตในเวลาต่อมา ส่วนมารดาและสามีย้ายไปอยู่ที่อื่น ปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแล จากการทบทวนกรณีศึกษา พบว่า โรงพยาบาลห้วยเม็กยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการได้รับการดูแลตามอาการเป็นหลัก และอาจไม่ได้รับการคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก รวมทั้งยังขาดระบบการประเมินความเสี่ยง การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย กรณีศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของระบบบริการและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบ ดังนั้น คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กอำเภอห้วยเม็ก ร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอห้วยเม็ก จึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้สามารถค้นหา ประเมิน ดูแล ส่งต่อและติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องและความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุขใจ บูรณะบัญญัติ และคณะ[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการและต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภที่ใช สารเมทแอมเฟตามีนโดยการมีสวนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการและต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภที่ใชสารเมทแอมเฟตามีนโดยการมีสวนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่าระบบบริการเดิมพบปญหาสำคัญ 3 ประการได้แก การคัดกรองไม่ครอบคลุมการขาดระบบสงต่อและบันทึกข้อมูลที่ต่อเนื่อง และการตีตราทางสังคม และการศึกษาของปิยมาศ วงค์ไชยชาญ[9] การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน ในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม พบว่า ระยะคลอดมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความบกพร่องในการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้จัดทำ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย แนวทางการฝากตั้งครรภ์คุณภาพ แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ แนวทางในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวทางการป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้แอมเฟตามีน ขององค์การอนามัยโลก[5] แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด[10] ส่งผลให้ ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้

แอมเฟตามีน หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีนจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.73 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายได้รับการประเมินตามระดับความเสี่ยง ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดกระบวนการดูแล โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง คิดเป็นผลสำเร็จของการดูแลร้อยละ 100 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุขใจ บูรณะบัญญัติ และคณะ[8] การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการและต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภที่ใช สารเมทแอมเฟตามีนโดยการมีสวนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแกปญหามี 6 องคประกอบหลัก ได้แก (1) ระบบการคัดกรองเชิงรุกแบบบูรณาการ (2) การฝากครรภ (3) การส่งต่อสู่คลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด (4) การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (5) ระบบดูแลระยะคลอดและหลังคลอดแบบต่อเนื่อง และ (6) การวางแผนจำหน่ายและติดตามในชุมชนผ่านโปรแกรม COCr9 หลังจากนำระบบใหม่มาใช จากการประเมินผล พบวา ความเสี่ยงภาวะซึมเศราลดลงจากร้อยละ 56.5 เหลือร้อยละ 16.1 (χ^2 = 18.58, p< 0.001) ความเครียดลดลงจากร้อยละ 54.8 เหลือร้อยละ 29.0 (χ^2 = 11.27, p < 0.001) และพฤติกรรมก้าวร้าวระดับกึ่งเร่งดวนเหลือ 0 ราย ผลการคลอดพบ อัตราคลอดครบกำหนด ร้อยละ 69.36 และทารกน้ำหนักแรกเกิดปกติ ร้อยละ 70.96 กลุมตัวอย่างได้รับการลงทะเบียน COCr9 และสงต่อคลินิกสุขภาพจิต ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ หอมเพชร พิศมัย กองทรัพย์ น้องนุช แสนบรรดิษฐ์[11] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด (เฉลี่ย = 19.43, S.D. = 1.11) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 17.17, S.D. = 1.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง (เฉลี่ย = 3.76, S.D. = 0.94) และกลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 3.51, S.D. = 1.04) อยู่ในระดับมาก 3) กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 1 ราย 4) กลุ่มทดลองมีการกลับมาเสพซ้ำภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด 1 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมาเสพซ้ำภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด 7 ครั้ง ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์อนันต์ จันดารัตน์[12] การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ผลการวิจัย หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะชนิด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, กัญชา, ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน, ใบกระท่อม และสารผสมน้ำต้มใบกระท่อม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับและยาหลอนประสาทอยู่ในระดับต่ำ ผลการประเมินความเครียด (ST-5) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.85 (SD=4.04) อยู่ในระดับสงสัยว่ามีปัญหาความเครียด หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 2.10 (SD=2.04) ลดลงอยู่ในระดับไม่มีความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ ก่อนร่วมกิจกรรมคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.00 (SD=2.15) หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.90 (SD=.44) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ก่อน-หลังร่วมกิจกรรมตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะจากร้อยละ 100 ลดลงเหลือ ร้อยละ 15

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ใช้สาร เมทแอมเฟตามิน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.73 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ประกอบด้วย แนวทางการฝากตั้งครรภ์คุณภาพ แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ แนวทางในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (เมทแอมเฟตามิน) โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระยะยาวเพื่อศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความซับซ้อนและรุนแรง

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912
2. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023*. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html
3. United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024: Key findings and conclusions*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR24_Key_findings_and_conclusions.pdf
4. Homsup, P., Phaloprakarn, C., Tangjitgamol, S., & Manusirivithaya, S. (2021). Maternal and neonatal complications of methamphetamine use during pregnancy. *Journal of Pregnancy, 2021*, Article 8814168. https://doi.org/10.1155/2021/8814168

5. World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. https://iris.who.int/items/9c54d3d8-c004-46ab-8fdf-2c4665167c60
6. ศุภสิทธิ์ สุขี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปีที่6ฉบับที่4ตุลาคม-ธันวาคม2567
7. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
8. สุขใจ บูรณะบัญญัติ ริสา โรจนพร วัศพล ทองสมบูรณ ธรรมนูญ ลิ้มมหาคุณ ผดุงศิษฎ ชำนาญบริรักษ.(2569). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการและตอเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภที่ใช สารเมทแอมเฟตามีนโดยการมีสวนรวมของเครือขายบริการสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม. Region 11 Medical Journal, 40(2), 132–147. retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/283837
9. ปิยมาศ วงค์ไชยชาญ.(2567). การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน ในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. J. Addict. Res. Acad. Sci. [อินเทอร์เน็ต]. 26 กุมภาพันธ์ 2026 [อ้างถึง 20 กันยายน 2026];2(2):80-96. available at: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JARAS/article/view/7522
10. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2562). *แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด*. หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. https://cas.or.th/upload/files/1739018293-1739018293.pdf
11. พรทิพย์ หอมเพชร พิศมัย กองทรัพย์ น้องนุช แสนบรรดิษฐ์.(2566). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566
12. พงศ์อนันต์ จันดารัตน์. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม . วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(2), 357–363. สืบค้น จาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/285275

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Home Visit Model for Psychiatric and Substance-Use Patients with Violent Behaviors to Prevent Relapse through Network Partner Participation, Selaphum District, Roi Et Province.

(Received: September 20,2026 ; Revised: October 15,2026 ; Accepted: October 18,2026)

ลำปาง กำหอม[1]
Lampang Kamhom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และประเมินผลของรูปแบบต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การกลับเป็นซ้ำ การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 29 ราย และภาคีเครือข่าย 7 ภาคส่วน จำนวน 20 คน ดำเนินการตามวงจร PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน แบบบันทึกการกลับเป็นซ้ำ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ร่วมกับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed-rank test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยได้รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ (SMI-V Integrated Home Visit Model) ประกอบด้วยโครงสร้างการประสานงานสามระดับ กระบวนการดูแล 9 ขั้นตอน ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงจากค่าเฉลี่ย 2.55 เหลือ 0.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนการติดตามในชุมชน 10 ด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีการกลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือนเพียงร้อยละ 3.45 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.50$) และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวและภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($\bar{x} = 4.49$ และ 4.60 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน; ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง; การกลับเป็นซ้ำ; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to examine the situation, develop a home visit model for psychiatric and substance-use patients with violent behaviors to prevent relapse through network partner participation in Selaphum District, Roi Et Province, and evaluate the model's effects on violent behavior, relapse, community functional recovery, participation, and satisfaction. The samples were 29 psychiatric and substance-use patients with violent behaviors and 20 network partners from seven sectors. The study followed the PAOR cycle of planning, action, observation, and reflection. Data were collected using the Overt Aggression Scale (OAS), a community chronic-psychiatric follow-up form, a relapse record, participation and satisfaction questionnaires, focus group discussions, and in-depth interviews, and analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and content analysis.

The study produced the SMI-V Integrated Home Visit Model, comprising a three-level coordination structure, a nine-step risk-based care process using color-group stratification, and a case manager as the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

coordinating core. After implementation, patients' mean OAS scores decreased significantly from 2.55 to 0.10 ($p < .001$), community 10-domain follow-up scores decreased significantly ($p < .001$), and only 3.45% relapsed within six months. Overall network partner participation was at a high level (mean = 4.50), and satisfaction among patients/families and network partners was high to highest (means = 4.49 and 4.60, respectively).

Keywords: home visit; psychiatric and substance-use patients with violent behaviors; relapse; network partner participation; participatory action research

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดเป็นภาระโรคสำคัญระดับโลกและของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมและยึดชุมชนเป็นฐาน[1] สำหรับประเทศไทย การแพร่ระบาดของสารกลุ่มแอมเฟตามีนสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence: SMI-V) ให้เป็นนโยบายสำคัญ[2] พร้อมจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการเฝ้าระวัง ติดตาม และดูแลต่อเนื่องในชุมชน[3] การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้มิได้เกิดจากการขาดยาเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลจากปัจจัยหลายระดับที่เชื่อมโยงกัน ทั้งการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การกลับไปใช้สารเสพติด การขาดการตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย ภาระและความเครียดของผู้ดูแล ตลอดจนการตีตราทางสังคม[3] การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางการดูแลผู้ใช้ยาและผู้ติดยาในชุมชนจึงมีความสำคัญ[4]

การเยี่ยมบ้านเป็นกลไกสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน[5] ช่วยให้ทีมสุขภาพประเมินอาการ ติดตามการรักษา และเสริมพลังครอบครัวได้ถึงบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย สอดคล้องกับหลักการจัดการรายกรณี[6] และการดูแลเชิงรุกในชุมชน[7] ตามแนวทางบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง[8] อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เนื่องจากลำพังบุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถครอบคลุมทั้งมิติการรักษา ความปลอดภัย และการเฝ้าระวังในชุมชน อีกทั้งความเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลอย่างมาก[9] การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จ

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวนมาก และมีสถิติการก่อความรุนแรงซ้ำสูงเป็นลำดับต้นของจังหวัด แม้จะมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนอยู่เดิม[10] แต่ระบบการเยี่ยมบ้านยังขาดความต่อเนื่องและมาตรฐานร่วม ความถี่ของการเยี่ยมยังไม่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยง ข้อมูลผู้ป่วยกระจัดกระจายหลายหน่วยงาน บทบาทของภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนก่อนเกิดเหตุ และการประเมินความปลอดภัยของทีมเยี่ยมยังไม่เป็นระบบ ช่องว่างเหล่านี้สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ใช้ระดับความเสี่ยงเป็นฐานและอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบดังกล่าวด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[11] เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่องสี่ระยะ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยสองกลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 รหัส F15–F19 และ/หรือ F20–F29 มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วม คัดเลือกแบบเจาะจงได้ 30 ราย มีผู้ถอนตัวระหว่างการวิจัย 1 ราย คงเหลือ 29 ราย และ 2) ภาคีเครือข่าย 7 ภาคส่วน จำนวน 20 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเสลภูมิ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วยภาคีเครือข่ายในการสนทนากลุ่ม 20 คน และผู้ป่วยหรือครอบครัวและผู้แทนภาคีเครือข่ายในการสัมภาษณ์เชิงลึก 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (10 ด้าน และ 5 ด้าน) แบบบันทึกการกลับเป็นซ้ำ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา(Content Validity) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ที่คำนวณได้ในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง ๐.๖๐ – ๑.๐๐ ค่าความเที่ยง (Reliability) เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 10 คน แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0. 82 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และสำหรับภาคีเครือข่าย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.76 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการตามวงจร PAOR โดยระยะวางแผนใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และร่วมออกแบบรูปแบบ ระยะปฏิบัติและสังเกตดำเนินการเยี่ยมบ้านตามรูปแบบพร้อมบันทึกผล และระยะสะท้อนผลใช้การประชุมทบทวนรายกรณี วัดผลพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ติดตามการฟื้นฟูในชุมชน และติดตามการกลับเป็นซ้ำในระยะ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1202568 ณ วันที่ 26 ธันวาคม 2568ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงและให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วม สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่พึงได้รับ และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.55) อายุเฉลี่ย 38.66 ปี (S.D. = 8.64) อยู่ในช่วงอายุ 30–49 ปีมากที่สุด (รวมร้อยละ 75.86) เกือบครึ่งหนึ่งมีสถานภาพหย่าร้าง (ร้อยละ 48.28) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.17) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.83) ด้านการวินิจฉัยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (F15–F19) ร้อยละ 68.97 ผู้ป่วยทุกรายใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีน โดยเกือบครึ่งใช้ร่วมกับสุรา (ร้อยละ 44.83) แรกรับอยู่ในกลุ่มสีแดง (OAS = 3) มากที่สุด (ร้อยละ 55.17) มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 65.52) และผู้ป่วยทุกรายอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ดูแล (ร้อยละ 100.00) ส่วนภาคีเครือข่าย 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.00) ครอบคลุมภาคสาธารณสุข ภาคความมั่นคง ภาคปกครอง และภาคประชาชน โดยพยาบาลวิชาชีพมีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 35.00)

2. สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า การกลับเป็นซ้ำและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเกิดจากปัจจัยหลายระดับที่เชื่อมโยงกัน ระบบการเยี่ยมบ้านเดิมขาดความต่อเนื่องและมาตรฐานร่วม ความถี่ของการเยี่ยมไม่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยง ข้อมูลกระจัดกระจาย บทบาทภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนก่อนเกิดเหตุ และความปลอดภัยของทีมเยี่ยมเป็นข้อจำกัดสำคัญ ขณะที่ครอบครัวและชุมชนเป็นทั้งทรัพยากรและจุดเปราะบางของการดูแล อย่างไรก็ตามอำเภอเสลภูมิมีเครือข่ายที่มีศักยภาพและมีความต้องการตรงกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงรุกที่ใช้ระดับความเสี่ยงเป็นฐาน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งเจ็ดภาคส่วน ได้พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ (SMI-V Integrated Home Visit Model) ซึ่งเป็นระบบการดูแลเชิงรุกที่ใช้ระดับความเสี่ยงเป็นฐานและมีผู้จัดการรายกรณีเป็นแกนกลาง ประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) โครงสร้างการประสานงานภาคีเครือข่ายสามระดับ (ระดับโรงพยาบาล ระดับอำเภอ และระดับตำบล/ชุมชน) 2) กระบวนการดูแลเก้าขั้นตอนที่ดำเนินเป็นวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ การค้นหาและขึ้นทะเบียน การประเมิน การจำแนกระดับความเสี่ยง การวางแผนดูแล การเยี่ยมบ้าน การติดตามและเฝ้าระวัง การตอบสนองภาวะวิกฤต การทบทวนรายกรณี และการฟื้นฟูและคืนสู่ชุมชน และ 3) ผลลัพธ์ของรูปแบบ โดยใช้การจำแนกกลุ่มสีตามคะแนน OAS (เขียว เหลือง ส้ม แดง) เพื่อกำหนดความถี่และองค์ประกอบของทีมเยี่ยมร่วมกับการสื่อสารรายกรณีผ่านกลุ่มไลน์ของทีมสหวิชาชีพและการรายงานผลต่อผู้บริหารระดับอำเภอเป็นรายเดือน

3. ผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูในชุมชน

ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงจาก $\bar{x}$ = 2.55 (Mdn = 3.0) เหลือ $\bar{x}$ = 0.10 (Mdn = 0.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.768$, $p < .001$) โดยลดลงสู่ระดับไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 28 ราย (ร้อยละ 96.55) (ตารางที่ 1) เช่นเดียวกัน คะแนนการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้านลดลงจากเดือนที่ 1 ($\bar{x}$ = 13.45) เหลือเดือนที่ 6 ($\bar{x}$ = 11.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.912$, $p < .001$) และคะแนน 5 ด้านรายเดือนลดลงต่อเนื่อง (จาก 7.62 เหลือ 6.03) สะท้อนการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่ดีขึ้น (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ภายในระยะติดตาม 6 เดือน มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ

เพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.45) โดยไม่มีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงในชุมชน

4. การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ

ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.50, S.D. = 0.10) โดยด้านการร่วมตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.59) ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยกลุ่มภาคีเครือข่ายสูงสุด ($\bar{X}$= 4.60, S.D. = 0.17) และกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว ($\bar{X}$= 4.49, S.D. = 0.14)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 3.45 ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่ารูปแบบอาศัยการดูแลเชิงรุกถึงบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้สามารถประเมินความเสี่ยง ติดตามการรับประทานยา และเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของการกำเริบได้อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย SMI-V[3] ผลการวิจัยสอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมที่พบว่าอุบัติการณ์ความรุนแรงลดลงร้อยละ 83.34[12] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)[13] และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลอำนาจเจริญ[14,15] ซึ่งยืนยันว่าการดูแลเชิงรุกอย่างเป็นระบบร่วมกับเครือข่ายสามารถลดพฤติกรรมรุนแรงได้ กลไกสำคัญยังสอดคล้องกับหลักการจัดการรายกรณี[6] และการดูแลเชิงรุกในชุมชน[7] การที่ผลลัพธ์อยู่ในระดับสูงอาจอธิบายเพิ่มเติมได้จากการที่ผู้ป่วยทุกรายอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ดูแล (ร้อยละ 100.00) และส่วนใหญ่มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 65.52) ซึ่งเอื้อต่อการเฝ้าระวังใกล้ชิด นอกจากการลดพฤติกรรมรุนแรงแล้ว คะแนนการติดตามในชุมชน 10 ด้านและ 5 ด้านที่ลดลงอย่างต่อเนื่องยังสะท้อนว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดำเนินชีวิตในชุมชนดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการรับประทานยา อาการทางจิต และการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ[10] และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ[19] ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน[18] ที่ชี้ว่าการดูแลต่อเนื่องถึงบ้านและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญของการคงสภาพการหายป่วย

ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่อยู่ในระดับมาก โดยด้านการร่วมตัดสินใจสูงสุด ($\bar{X}$=4.59) อธิบายได้ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเป็นหุ้นส่วนตั้งแต่ต้นกระบวนการ[11] สอดคล้องกับการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน[17] และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในจังหวัดร้อยเอ็ด[16] ที่ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่เป็นปัจจัยกำหนดความต่อเนื่องของการดูแลและการลดการกลับเป็นซ้ำ ขณะที่การเยี่ยมบ้านที่ใช้ชุมชนเป็นฐานยังสอดคล้องกับแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม[20] และหลักการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน[5]

ความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่มที่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดสะท้อนการยอมรับรูปแบบ โดยองค์ประกอบที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพก่อนปฏิบัติงาน ($\bar{X}$= 4.80) และระบบการสื่อสารรายกรณีผ่านกลุ่มไลน์ ($\bar{X}$= 4.75) อย่างไรก็ตาม ข้อที่

มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดของกลุ่มภาคีคือความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมในภาพรวม ($\bar{X}$= 4.40) และความเป็นไปได้ในการดำเนินรูปแบบอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ($\bar{X}$=4.50) ชี้ให้เห็นว่าความยั่งยืนของรูปแบบภายหลังสิ้นสุดการวิจัยและภาระงานของภาคีเครือข่ายเป็นประเด็นที่ควรได้รับการสนับสนุนเชิงระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบไปใช้เป็นแนวปฏิบัติประจำในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยเฉพาะการจำแนกกลุ่มสีเพื่อกำหนดความถี่การเยี่ยม การใช้แบบติดตามในชุมชนเพื่อประเมินการฟื้นฟู และการสื่อสารรายกรณีผ่านกลุ่มไลน์ของทีมสหวิชาชีพ

2. ควรบรรจุรูปแบบในแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พร้อมสนับสนุนทรัพยากรและกำหนดให้การรายงานผลต่อผู้บริหารเป็นวาระประจำเดือน เพื่อธำรงความต่อเนื่องและความยั่งยืน

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือติดตามผลระยะยาวมากกว่า 6 เดือน ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการจำแนกความเสี่ยงและการสื่อสารรายกรณี

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ตลอดจนผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจและความร่วมมือ จนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/356119
2. กรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
3. กรมสุขภาพจิต.(2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) [อินเทอร์เน็ต]. กรมสุขภาพจิต; 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202303011999699913.pdf
4. United Nations Office on Drugs and Crime.(2014). Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence. Vienna: UNODC; 2014.
5. สำนักการพยาบาล.(2556). การเยี่ยมบ้านและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
6. Intagliata J.(1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophr Bull. 1982;8(4):655-74.

7. Stein LI, Test MA.(1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980;37(4):392-7.
8. World Health Organization.(2021). Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/341648
9. Gubman GD, Tessler RC.(1987). The impact of mental illness on families: concepts and priorities. J Fam Issues. 1987;8(2):226-45.
10. กิตติศักดิ์ สงวนแพง.(2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ในตำบลนาแซง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย 2567;1(1).
11. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Melbourne: Deakin University Press; 1988.
12. ญภา ภัคฐิติพันธ์, สิรินทร เลิศคูพินิจ.(2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(6):80-90.
13. ศรุตา ช่อไสว.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2568:231-45.
14. นวรัตน์ ธรรมรัตน์โศภณ.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2568;5(2):1-14.
15. ภัครินทร์ ชิดดี, สุจริต ทุมจันทร์, เพชรศรี สารรัตน์, อัชรา พิลาทอง, พิสมัย ทิพย์วารี, ดาราพร สิงห์ทอง.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3):489-96.
16. อัศราวุธ ใจหาญ, วิภาดา ปาลศรี.(2569). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2569;11(1):237-49.
17. กนกศรี จาดเงิน, ศิพัฒน์กร เชื่อภักดี.(2563). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563;5(2):78-85.
18. พรนิภา ไมตรีแพน, รัฐบัณฑิต ไมตรีแพน.(2567). การพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันตุ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567;8(17):152-64.
19. สายสุดา โภชนากรณ์.(2563). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2563;1(1):88-101.
20. ภิรญา พินิจกลาง, กาญจนา จันทะนุย, พิศสมัย ไลออน, ปรมาภรณ์ ดานา.(2563). การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563;5(3):111-18.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบ ดริป และชิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for stroke Somdet hospital, Kalasin province : 2 case study.

(Received: October 14,2026 ; Revised: October 22,2026 ; Accepted: October 28,2026)

เพียงขวัญ สาชะรุง[1]
Piangkhwan Sacharung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดรูปแบบดริปและชิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างกรณีศึกษารายที่ 1 (ชาย อายุ 62 ปี) และรายที่ 2 (ชาย อายุ 58 ปี) เนื่องจากทั้งสองรายรักษาผ่านระบบ Stroke Fast Track เดียวกัน แต่มีปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรง และผลลัพธ์ต่างกันชัดเจน จึงเหมาะแก่การหาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การพยาบาล วิธีการศึกษาใช้รูปแบบกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติ การประเมินตามกระบวนการพยาบาล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา วิเคราะห์เทียบตามเกณฑ์ AHA/ASA และคะแนน NIHSS ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองรายเป็นชายวัยทำงาน ได้รับ Alteplase ภายในเกณฑ์เวลามาตรฐานเช่นกัน แต่มีจุดต่าง 3 ประเด็น คือ (1) ปัจจัยเสี่ยง รายที่ 1 ไม่มีโรคร่วม ส่วนรายที่ 2 มีน้ำหนักเกิน ความดันสูงและเกาต์ที่คุมไม่ได้ สูบบุหรี่ดื่มสุรา (2) ความรุนแรงของโรค รายที่ 1 NIHSS แรกรับ 13 คะแนน ไม่พบรอยโรคใน CT ส่วนรายที่ 2 NIHSS สูงถึง 20 คะแนน พบรอยโรคขนาดใหญ่ที่ Rt. MCA ร่วมกับไตบกพร่อง และ (3) ผลลัพธ์การรักษา รายที่ 1 NIHSS ลดเหลือ 6 คะแนน ฟื้นตัวดี ส่วนรายที่ 2 ยังอัมพาตซีกซ้ายรุนแรงและสูญเสียการสื่อสาร ต้องส่งต่อรักษาขั้นสูง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA), ดริปและชิป, การศึกษากรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ

Abstract

This research aimed to compare the nursing care provided to two patients with acute ischemic stroke—treated via the "drip-and-ship" protocol at the Emergency Department of Somdet Hospital, Kalasin Province—specifically Case 1 (a 62-year-old male) and Case 2 (a 58-year-old male). Although both patients were treated under the same "Stroke Fast Track" system, they presented distinct differences in risk factors, disease severity, and outcomes, making them suitable subjects for identifying factors influencing nursing outcomes. A comparative case study design was employed, utilizing data from medical records, patient histories, nursing process assessments, and laboratory and radiological findings; analysis was conducted based on AHA/ASA guidelines and NIHSS scores. The study revealed that both patients were males of working age who received Alteplase within standard timeframes; however, three key differences were observed: (1) Risk factors: Case 1 had no underlying conditions, whereas Case 2 presented with overweight status, hypertension, uncontrolled gout, and a history of smoking and alcohol consumption. (2) Disease severity: Case 1 had an initial NIHSS score of 13 with no visible lesions on the CT scan, while Case 2 had an NIHSS score of 20, a large lesion in the right middle cerebral artery (MCA) territory, and concurrent renal impairment. (3) Treatment outcomes: Case 1's NIHSS score dropped to 6, indicating good recovery, whereas Case 2 suffered from severe left-sided paralysis and loss of communication ability, necessitating a transfer for advanced care.

Keywords: Acute ischemic stroke, thrombolytic agent (rt-PA), drip-and-ship, comparative case study

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่นำมาสู่การตายและความพิการของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

[1] พยาบาลวิชาชีพระดับ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จ

เฉียบพลันตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2019 ทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 70 เพื่อลดอัตราการตาย ความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิต ระยะเวลาในการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวด ตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart and Stroke Association: AHA/ASA) ที่แนะนำ ยา rt-PA เป็นยาตัวเลือก (Drug of Choice) ที่สามารถเพิ่มผลลัพธ์การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สถิติการได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันพบเพียงร้อยละ 5 ต่อปีทั่วโลก สอดคล้องกับอัตราการได้รับยา rt-PA ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทยในปี 2565 พบว่าแม้จะมีโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ทั่วประเทศ187แห่ง แต่มีสถิติการได้รับยา rt-PA เพียงร้อยละ 5.1เท่านั้น[1] Drip and Ship model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันหนึ่งใน Hub and spoke การตรวจประเมิน ส่งตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ตรวจทางรังสีวิทยา และให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาลลูกข่ายแล้วจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระยะเวลา Door to needle time ให้สั้นลง พบรายงานผลลัพธ์ทางคลินิกว่า modified Rankin Scale (mRS 0-2) อัตราภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด และอัตราการตายไม่แตกต่างกัน[2]

ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์มีสถิติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2567-2569 เป็น 258, 217, และ 234 รายตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 50 ของทุกปีเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแบบ Drip and Ship model ปี 2567-2569 เป็น 11.28, 6.17, และ 13.02 รายตามลำดับ โดยรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสมเด็จ และอำเภอใกล้เคียงคือ อำเภอสามชัย คำม่วง และนามน[3] อย่างไรก็ตามห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่สามารถให้บริการ Drip and Ship model มีสถิติน้อยมากและยังไม่เคยมีการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบการดูแลและหาผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริปและชิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย โดยมีกรอบการศึกษาในประเด็น ประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนในการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาวางแผนให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีทางการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยการส่งต่อสู่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริปและชิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริปและชิป ณ ห้องฉุกเฉิน จำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริปและชิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการพิจารณาให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริปและชิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย ขั้นตอนหลักการดำเนินการแสดงแผนผังการทำงานหรือแผนประกอบการอธิบาย

ผู้ศึกษามีขั้นตอนการดำเนินงานในการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริปและชิปณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการพิจารณาให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำรูปแบบดริปและชิป ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา

4. ศึกษาค้นคว้าจากหลักการและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับ

แนวทางการตรวจวินิจฉัยแผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

8. เรียบเรียงและเขียนผลงาน

9. จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 2. เสี่ยงต่อการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากเนื้อสมองขาดเลือด	1. การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 2. เสี่ยงต่อการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากเนื้อสมองขาดเลือด

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากฤทธิ์ของยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) 4. การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากมีอาการพูดไม่ชัด (Dysarthria) 5. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกขวา 6.ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค 7.วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 8. เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1** การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน **ข้อมูลสนับสนุน** S: ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว และพูดไม่ชัด เริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 13.00 น. O:-มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ เวลา 16.00 น. (อยู่ในระยะเวลาทอง < 4.5 ชั่วโมง) -ประเมินคะแนนความรุนแรงทางระบบประสาทแรกรับ NIHSS = 13 คะแนน -ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (CT Brain): พบภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Cerebral infarction) และ No ICH or infarction - PE : motor Rt gr.II upper + lower , Lt gr IV upper + lower E3V3M6 - ทำตามสั่งได้ พูดตอบได้บางประโยค + ปากเบี้ยว **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองกลับมีการกำซาบเลือดได้ **เกณฑ์การประเมินผล** -ระดับความรู้สึกตัวคงเดิมหรือดีขึ้น GCS ไม่ลดลง -คะแนน NIHSS ลดลงหรือไม่มีอาการทางระบบประสาทแย่ลงเฉียบพลัน -สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (โดยเฉพาะความดันโลหิต) **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประกาศช่องทางด่วน (Activated Stroke FAST Track) โทรแจ้งและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ทีมพยาบาล แพทย์ ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อเตรียมพร้อมให้การดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว 2. เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาได้แก่ Blood for CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, INR, DTX และติดตามผลรายงานแพทย์ 3.เปิดเส้นเลือดดำข้างที่ไม่อ่อนแรงเพื่อเตรียมสำหรับให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 4.ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) 5.ส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) 6.ตรวจ EKG 12 lead และรายงานแพทย์ 7.จัดท่านอนศีรษะสูง 15–30 องศาในแนวตรง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดกลับสู่สมองและลดความดันในกะโหลกศีรษะ	3. มีภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากการกลืนลำบากและมีภาวะน้ำลายฟูมปาก 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกในสมอง 5.เสี่ยงการทำงานของไตบกพร่องเพิ่มขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของร่างกายและผลกระทบจากภาวะวิกฤต 6. การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากมีความผิดปกติด้านการพูดและความเข้าใจภาษา (Aphasia) 7.ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค 8.วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 9. เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1** การกำซาบออกซิเจนเนื้อเยื่อสมองลดลงจาก Rt. MCA Infraction **ข้อมูลสนับสนุน** S:ผลเมืองดีแจ้งประวัติว่าขณะซื้อของ ผู้ป่วยมีอาการวูบ ไม่พูด และขยับตัวไม่ได้ทันที (ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที) O : ประเมินแรกรับพบผู้ป่วยไม่พูด ขยับตัวไม่ได้ คะแนนความรุนแรงทางระบบประสาท NIHSS =20 คะแนน, E4V1M6, รูม่านตา 3 มม. RTLBE, ตาและศีรษะเบนขวา, แขนซ้ายอ่อนแรงระดับ 0, ขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 2, ปากเบี้ยวซ้าย และมีภาวะ Aphasia, สัญญาณชีพ BP 175/101 mmHg, PR 72 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที, SpO2 99%, ผล CT Brain ยืนยันภาวะ Right Middle Cerebral Artery (Rt. MCA) Infarction **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและกำซาบออกซิเจนสู่เนื้อสมอง ป้องกันเนื้อสมองตายเพิ่มขึ้น และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ระดับความรู้สึกตัวคงที่หรือดีขึ้น คะแนน NIHSS ไม่เพิ่มขึ้น 2.สัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดเพื่อรักษา Cerebral Perfusion Pressure 3.ไม่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดรุนแรงเพิ่มเติม **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประกาศช่องทางด่วน (Activated Stroke FAST Track) โทรแจ้งและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ทีมพยาบาล แพทย์ ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อเตรียมพร้อมให้การดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว 2. เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาได้แก่ Blood for CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, INR, DTX และติดตามผลรายงานแพทย์ 3.เปิดเส้นเลือดดำข้างที่ไม่อ่อนแรงเพื่อเตรียมสำหรับให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 4.ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) 5.ส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT brain)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8.ติดตามและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดเพื่อรักษา cerebral perfusion pressure 9.รายงานแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับข้อดี และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ก่อนเซ็นใบยินยอม ทำการรักษา และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมทำการรักษา 10.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือสัญญาณชีพและอาการทางระบบ ประสาทมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 11.ติดต่อประสานให้แพทย์เพื่อปรึกษาอายุรแพทย์ประสาทวิทยา 12.ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาโดยคำนวณปริมาณยาที่จะให้จากน้ำหนักตัวผู้ป่วย ผสมยาในสารละลายชุดที่ให้มา และไม่ให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำร่วมกับยาชนิดอื่นเข้าทาง IV line เดียวกัน **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** -E4V5M6 -หลัง rt-PA NISHH 6 -ขยับแขนขาได้ ยังมีdysarthria -Vital Sign : Temperature = 36.7 C. Pulse = 57 /Min. Respiratory Rate = 18 /Min. BP = 144/85 Height ,O2sat = 99 % **2. เสี่ยงต่อการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากเนื้อสมองขาดเลือด** **ข้อมูลสนับสนุน** S: ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว และพูดไม่ชัด เริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 13.00 น. O :มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ เวลา 16.00 น. (อยู่ในระยะเวลาทอง < 4.5 ชั่วโมง) -ประเมินคะแนนความรุนแรงทางระบบประสาทแรกรับ NIHSS = 13 คะแนน -ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (CT Brain): พบภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Cerebral infarction) และ No ICH or infarction - PE : motor Rt gr.II upper + lower , Lt gr IV upper + lower E3V3M6 - ทำตามสั่งได้ พูดตอบได้บางประโยค + ปากเบี้ยว **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง **เกณฑ์การประเมินผล**: 1.ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง หรือรูม่านตาขยายผิดปกติ 2.สัญญาณชีพปกติ ไม่มี Cushing's triad (ความดันโลหิต 3ชีพจรช้าและลึก การหายใจผิดปกติ) **กิจกรรมการพยาบาล**	6.ตรวจ EKG 12 lead และรายงานแพทย์ 7.จัดท่านอนศีรษะสูง 15–30 องศาในแนวตรง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดกลับสู่สมองและลดความดันในกะโหลกศีรษะ 8.ติดตามและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดเพื่อรักษา cerebral perfusion pressure 9.รายงานแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับข้อดี และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ก่อนเซ็นใบยินยอม ทำการรักษา และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมทำการรักษา 10.รายงานแพทย์ทันทีเมื่อได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือสัญญาณชีพและอาการทางระบบ ประสาทมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 11.ติดต่อประสานให้แพทย์เพื่อปรึกษาอายุรแพทย์ประสาทวิทยา 12.ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาโดยคำนวณปริมาณยาที่จะให้จากน้ำหนักตัวผู้ป่วย ผสมยาในสารละลายชุดที่ให้มา และไม่ให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำร่วมกับยาชนิดอื่นเข้าทาง IV line เดียวกัน **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดครบถ้วนตามแผนการรักษา ระดับความรู้สึกตัวคงที่ ไม่มีอาการขาดเลือดรุนแรงเพิ่มขึ้น และเตรียมพร้อมสำหรับการส่งต่ออย่างปลอดภัย -Vital Sign : Temperature = 36.7 C. Pulse = 78 /Min. Respiratory Rate = 18 /Min. BP = 160/85 Height ,O2sat = 99 % , E3 V3 M6 **2. เสี่ยงต่อการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากเนื้อสมองขาดเลือด** **ข้อมูลสนับสนุน** S:ผลเมืองดีแจ้งประวัติว่าขณะซื้อของ ผู้ป่วยมีอาการวูบ ไม่พูด และขยับตัวไม่ได้ทันที (ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที) O : ประเมินแรกรับพบผู้ป่วยไม่พูด ขยับตัวไม่ได้ คะแนนความรุนแรงทางระบบประสาท NIHSS =20 คะแนน, E4V1M6, รูม่านตา 3 มม. RTLBE, ตาและศีรษะเบนขวา, แขนซ้ายอ่อนแรงระดับ 0, ขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 2, ปากเบี้ยวซ้าย และมีภาวะ Aphasia, สัญญาณชีพ BP 175/101 mmHg, PR 72 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที, SpO2 99%, ผล CT Brain ยืนยันภาวะ Right Middle Cerebral Artery (Rt. MCA) **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการกดทับของเนื้อสมอง **เกณฑ์การประเมินผล:** **1**.ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง หรือรูม่านตาขยายผิดปกติ 2.สัญญาณชีพปกติ ไม่มี Cushing's triad (ความดันโลหิต 3ชีพจรช้าและลึก การหายใจผิดปกติ) **กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศาโดยที่ศีรษะไม่หันหรือคอไม่พับงอ และสะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา เพื่อลดการขัดขวางการไหลกลับและการเลือดไปเลี้ยงสมอง

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศาโดยที่ศีรษะไม่หันหรือคอไม่พับงอ และสะโพกไม่พับงอเกิน 90 องศา เพื่อลดการขัดขวางการไหลกลับและการเลือดไปเลี้ยงสมอง 2.ติดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในช่วง 75-180 mg% เพื่อลดการเมตาบอลิซึมของสมองหากพบว่าผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ 3.ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น เพื่อลดการเมตาบอลิซึมของสมอง 4.ป้องกันการเกิดดันเพิ่มสูงขึ้นในช่องอกและท้อง เช่นเบ่งถ่าย ไอจามกลั้นหายใจ โดยการสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ 5.ดูแลติดตามและสังเกตอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว หายใจผิดปกติ Pule pressure กว้าง (SBP-DBP มากกว่า 60 mmHg.) SBP สูงขึ้นกว่าเดิม 20% ชักเกร็งกระตุก เป็นต้น 6.ดูแลวัดสัญญาณชีพและ GCS ทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมง และทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมง 7.รายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการผิดปกติ **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** -E4V5M6 -หลัง rt-PA NISHH 6 -ขยับแขนขาได้ ยังมีdysarthria -Vital Sign : BW = 54.9 Kgs. Temperature = 36.7 C. Pulse = 57 /Min. Respiratory Rate = 18 /Min. BP = 144/85 Height ,O2sat = 99 % +ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงหรืออาเจียนพุ่ง **3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากฤทธิ์ของยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)** **ข้อมูลสนับสนุน** S: - O: rt-PA 50 mg/50ml 50 mg. Usage iv1a(ฉีด 1 amp iv) x 1 Vial (50 ml.) - 10 %IV bolus >1นาที= 4.94mg. - 90% Continuous infusion 60 นาที= 44.47 มิลลิกรัม -PT11.8 , INR1.50 **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากการได้รับยา **เกณฑ์การประเมินผล** 1.สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ 2.GCS ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน 3.ไม่พบอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองเช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว หายใจผิดปกติ Pule pressure กว้าง (SBP-DBP มากกว่า 60 mmHg.) SBP สูงขึ้นกว่าเดิม 20% ชักเกร็งกระตุก เป็นต้น	2.ติดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในช่วง 75-180 mg% เพื่อลดการเมตาบอลิซึมของสมองหากพบว่าผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ 3.ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น เพื่อลดการเมตาบอลิซึมของสมอง 4.ป้องกันการเกิดดันเพิ่มสูงขึ้นในช่องอกและท้อง เช่นเบ่งถ่าย ไอจามกลั้นหายใจ โดยการสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ 5.ดูแลติดตามและสังเกตอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว หายใจผิดปกติ Pule pressure กว้าง (SBP-DBP มากกว่า 60 mmHg.) SBP สูงขึ้นกว่าเดิม 20% ชักเกร็งกระตุก เป็นต้น 6.ดูแลวัดสัญญาณชีพและ GCS ทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมง และทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมง 7.รายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการผิดปกติ **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** **-**ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับความรู้สึกตัวคงที่ และได้รับการจัดการจัดท่าทางอย่างถูกต้องตลอดเวลา -Vital Sign : Temperature = 36.7 C. Pulse = 78 /Min. Respiratory Rate = 18 /Min. BP = 160/85 Height ,O2sat = 99 % , E3 V3 M6 **3.เสี่ยงต่อภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ทำให้เกิดการกลืนลำบากและมีภาวะน้ำลายฟูมปาก** **ข้อมูลสนับสนุน** **S:-** **O:**ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันบริเวณหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางด้านขวา (Rt. MCA infarction) มีคะแนนความรุนแรง NIHSS score สูงถึง 20 คะแนน การตรวจร่างกายพบ: มีอาการถามไม่พูด อ่อนแรงซีกซ้าย มีภาวะน้ำลายฟูมปาก และมีภาวะการกลืนลำบากร่วมด้วย -สัญญาณชีพแรกรับ:T36.7C, RR 18–20 ครั้ง/นาที, P 65-72 ครั้ง/นาที, BP 175/101 mmHg (แรกรับ) และ 166/99 mmHg (หลังให้ยา rt-PA), ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Spo2) 99% -ข้อมูลจากญาติ/ผู้พบเห็นระบุว่า ผู้ป่วยมีอาการวูบเฉียบพลันขณะซื้อของ ขยับตัวไม่ได้ และมีน้ำลายฟูมปากก่อนนำส่งโรงพยาบาล **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** 1.เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารหรือสิ่งคัดหลั่งเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง 2.เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ และดูแลให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยโล่ง สะอาด ปราศจากการอุดกั้น **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจสม่ำเสมอ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (16–24 ครั้ง/นาที) ไม่มีอาการหายใจลำบาก หรือใช้กล้ามเนื้อหายใจช่วย 2.ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Spo2) อยู่ในระดับร้อยละ 95 ขึ้นไป

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4.ไม่พบจุดจ้ำเลือดหรือเลือดออกตามระบบต่างๆในร่างกาย 5.ไม่พบเลือดออกในสมอง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินข้อห้ามและข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA ร่วมกับแพทย์ 2.ประสานทีมเภสัชเพื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการให้ rt-PA คำนวณยาตามแผนการรักษา ตรวจสอบความถูกต้องของขนาดยาร่วมกับแพทย์ และเภสัชกร และให้ยาตามแผนการรักษา โดยร้อยละ 10 (จากที่คำนวณได้) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า 1 นาที ส่วนที่เหลือร้อยละ 90 หยดเข้าทางหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 3.เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเช่น เลือดออกในระหว่าง หรือหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยา เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยเจาะเลือด สีของอาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น ควรงดกิจกรรมดังต่อไปนี้ขณะให้ยา (1) การให้ยา antiplatelet/anticoagulant (เช่น heparin, warfarin, aspirin, ticlopidine, clopidogrel, dipyridamole, glostazol, trifusal เป็นต้น) (2) การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) รวมทั้งการแทงหลอดเลือดแดงใหญ่ (central venous access) หรือแทงหลอดเลือดแดงภายใน 24 ชั่วโมง (3) การใส่ Foley's catheter ในช่วงเวลาที่ให้ยาหรือภายหลังการให้ยาหมด 30 นาที 4.อธิบายความจำเป็นและจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงงดทำกิจกรรม 5.อธิบายญาติเยี่ยมแต่จำเป็นและลดการบีบนวดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา 6.ไม่เกิดอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองเช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว หายใจผิดปกติ Pule pressure กว้าง (SBP-DBP มากกว่า 60 mmHg.) SBP สูงขึ้นกว่าเดิม 20% ชักเกร็งกระตุก เป็นต้น **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** -E4V5M6 -หลัง rt-PA NISHH 6 -ขยับแขนขาได้ ยังมีdysarthria -Vital Sign : BW = 54.9 Kgs. Temperature = 36.7 C. Pulse = 57 /Min. Respiratory Rate = 18 /Min. BP = 144/85 Height ,O2sat = 99 % -ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงหรืออาเจียนพุ่ง -ไม่มีจุดจ้ำเลือดหรือเลือดออกตามระบบต่างๆในร่างกาย -CT brain NC : no evidence of intracranial hemorrhage. (รพ.แม่ข่าย) **4. การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากมีอาการพูดไม่ชัด (Dysarthria)** **ข้อมูลสนับสนุน**	3.ไม่มีอาการสำลัก เสียงเสมหะหรือเสียงน้ำลายครืด คราดในลำคอลดลง ไม่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) **กิจกรรมการพยาบาล** 1.จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30–45 องศา (หรือจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำหากผู้ป่วยซึมมาก)ส่งเสริมการขยายตัวของปอด ลดแรงกดดันในกะโหลกศีรษะ และป้องกันไม่ให้น้ำลายหรือสิ่งคัดหลั่งในช่องปากไหลย้อนกลับไปอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน รวมถึงลดความเสี่ยงต่อการสำลักสิ่งคัดหลั่งลงสู่ปอด 2.ประเมินและติดตามลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ และค่า SpO2 อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถประเมินความผิดปกติหรือภาวะพร่องออกซิเจนได้อย่างรวดเร็ว 3.ดูแลดูดเสมหะและสิ่งคัดหลั่ง (Suction) บริเวณช่องปากและลำคออย่างนุ่มนวลและระมัดระวังเมื่อมีสิ่งคัดหลั่งหรือน้ำลายฟูมปากสะสม เพื่อเคลียร์ทางเดินหายใจให้โล่ง 4.งดการให้ 0/P (อาหาร น้ำ และยาทางปาก) ในระยะแรกประเมินการกลืนอย่างละเอียด (Swallowing evaluation) เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากร่วมกับระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา พร้อมทั้งประเมินความจำเป็นในการใช้เครื่องมือเปิด ทางเดินหายใจ (เช่น Oral airway) หากมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นส่วนบนเพื่อรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย และป้องกันภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนอนุพันธ์ซ้ำ (Secondary brain injury) **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** -ทางเดินหายใจของผู้ป่วยโล่ง ไม่มีภาวะสำลักหรือน้ำลายอุดกั้นทางเดินหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ ค่า SpO2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 99) -Vital Sign : Temperature = 36.7 C. Pulse = 78 /Min. Respiratory Rate = 18 /Min. BP = 160/85 Height ,O2sat = 99 % , E3 V3 M6 **4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากฤทธิ์ของยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง** **ข้อมูลสนับสนุน** S: - O:ผู้ป่วยได้รับยา Alteplase (rt-PA) 50 mg (แบ่งให้ Bolus 6.5 mg และ Infusion 58.3 mg ทางหลอดเลือดดำ), สัญญาณชีพแรกรับมีภาวะความดันโลหิตสูง (175/101 mmHg) ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง (Symptomatic Intracerebral Hemorrhage) - PT 12.7 sec, INR 1. **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และค้นหาภาวะเลือดออกผิดปกติจากฤทธิ์ยาละลายลิ่มเลือดและความดันโลหิตสูงได้อย่างรวดเร็ว **เกณฑ์การประเมินผล** 1.สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ 2.GCS ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
S: ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว และพูดไม่ชัด เริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 13.00 น. O : ทำตามสั่งได้ พูดตอบได้บางประโยค + ปากเบี้ยว **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล:** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการพื้นฐานได้ และลดความวิตกกังวลจากการสื่อสารไม่ได้ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Communication Ability) ผู้2.ป่วยมีความพึงพอใจและลดความคับข้องใจในการสื่อสาร **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความชัดเจนของการออกเสียง (Speech Clarity): สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของการพูดในแต่ละวันว่าดีขึ้นหรือแย่ลง 2.ประเมินระดับความเหนื่อยล้าขณะสื่อสาร: เนื่องจากการฝืนพูดในภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายและเลิกพูดไปเอง 3.ประเมินความพร้อมของอวัยวะที่ใช้พูด: เช่น ความแข็งแรงของลิ้น การปิดของริมฝีปาก และการเคลื่อนไหวของขากรรไกร 4.ประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ (ภาวะซึมเศร้า/การแยกตัว) 5.ให้เวลาผู้ป่วยอย่างเพียงพอในการสื่อสาร โดยไม่ขัดจังหวะหรือพยายามพูดแทน 6.ฝึกบริหารกล้ามเนื้อปากและลิ้น (Oro-motor exercises) เช่น การเม้มปาก, เดาะลิ้น, หรือเป่าลม **7.**สบตาผู้ป่วยขณะสื่อสาร และยืนยันในสิ่งที่เข้าใจ (Feedback) เช่น “คุณหมายถึงปวดขาใช่ไหมคะ?” **การประเมินผล:** ผู้ป่วยสามารถสื่อสารบอกความต้องการเบื้องต้นได้ผ่านการพยักหน้าหรือพูดตอบเป็นบางประโยค ญาติเข้าใจและร่วมมือในการสื่อสารได้ดี 5**. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกขวา** **ข้อมูลสนับสนุน** S: ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว และพูดไม่ชัด เริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 13.00 น. O (Objective Data): -มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จ เวลา 16.00 น. (อยู่ในระยะเวลาทอง < 4.5 ชั่วโมง) -ประเมินคะแนนความรุนแรงทางระบบประสาทแรกรับ NIHSS = 13 คะแนน -ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (CT Brain): พบภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Cerebral infarction) และ No ICH or infarction - PE : motor Rt gr.II upper + lower , Lt gr IV upper + lower E3V3M6 - ทำตามสั่งได้ พูดตอบได้บางประโยค + ปากเบี้ยว **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล**: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน และส่งเสริมการฟื้นตัวของกำลังกล้ามเนื้อ	3.ไม่พบอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองเช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว หายใจผิดปกติ Pule pressure กว้าง (SBP-DBP มากกว่า 60 mmHg.) SBP สูงขึ้นกว่าเดิม 20% ชักเกร็งกระตุก เป็นต้น 4.ไม่พบจุดจ้ำเลือดหรือเลือดออกตามระบบต่างๆในร่างกาย 5.ไม่พบเลือดออกในสมอง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินข้อห้ามและข้อบ่งชี้ในการให้ยา rt-PA ร่วมกับแพทย์ 2.ประสานทีมเภสัชเพื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการให้ rt-PA คำนวณยาตามแผนการรักษา ตรวจสอบความถูกต้องของขนาดยาร่วมกับแพทย์ และเภสัชกร และให้ยาตามแผนการรักษา โดยร้อยละ 10 (จากที่คำนวณได้) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า 1 นาที ส่วนที่เหลือร้อยละ 90 หยดเข้าทางหลอดเลือดดำไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 3.เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเช่น เลือดออกในระหว่าง หรือหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยา เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยเจาะเลือด สีของอาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น ควรงดกิจกรรมดังต่อไปนี้ขณะให้ยา (1) การให้ยา antiplatelet/anticoagulant (เช่น heparin, warfarin, aspirin, ticlopidine, clopidogrel, dipyridamole, glostazol, trifusal เป็นต้น) (2) การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) รวมทั้งการแทงหลอดเลือดแดงใหญ่ (central venous access) หรือแทงหลอดเลือดแดงภายใน 24 ชั่วโมง (3) การใส่ Foley’s catheter ในช่วงเวลาที่ให้ยาหรือภายหลังการให้ยาหมด 30 นาที 4.อธิบายความจำเป็นและจัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงงดทำกิจกรรม 5.อธิบายญาติเยี่ยมแต่จำเป็นและลดการบีบนวดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา 6.ไม่เกิดอาการแสดงของภาวะเลือดออกในสมองเช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว หายใจผิดปกติ Pule pressure กว้าง (SBP-DBP มากกว่า 60 mmHg.) SBP สูงขึ้นกว่าเดิม 20% ชักเกร็งกระตุก เป็นต้น **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** -ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับความรู้สึกตัวคงที่ และได้รับการจัดการจัดท่าทางอย่างถูกต้องตลอดเวลา -Vital Sign : Temperature = 36.7 C. Pulse = 78 /Min. Respiratory Rate = 18 /Min. BP = 160/85 Height ,O2sat = 99 % , E3 V3 M6 หรืออาเจียนพุ่ง -ไม่มีจุดจ้ำเลือดหรือเลือดออกตามระบบต่างๆในร่างกาย

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เกณฑ์การประเมินผล: 1.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน (เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง หลอดเลือดดำอุดตัน) 2.กำลังกล้ามเนื้อซีกขวาดีขึ้นตามลำดับ (Motor power ดีขึ้นจากหลังให้ยา) **กิจกรรมการพยาบาล:** 1.พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2.สอนญาติและผู้ดูแลให้ ทำกายภาพบำบัดเคลื่อนไหวข้อต่อ (Passive/Active ROM Exercise) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและการจัดท่าที่ถูกต้อง 3.กระตุ้นและฝึกให้ผู้ป่วยใช้แขน/ขาข้างที่ดี ช่วยเหลือข้างที่อ่อนแรง 4.ฝึกการทรงตัวในท่านั่ง (Sitting balance) และค่อยๆ ปรับสู่การยืน/เดิน ตามลำดับ 5.ดูแลให้ได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนอย่างเพียงพอ (ตามความเหมาะสมของโรค) **การประเมินผล**: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการนอนนาน สามารถขยับแขนขาซีกขวาได้ดีขึ้นหลังได้รับการรักษา ญาติมีความเข้าใจในการดูแล **6.ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค** **ข้อมูลสนับสนุน** S: - ผู้ป่วยบอกว่า ตนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตนในขั้นตอนการรักษาขั้นต่อไปเพราะตนว่าตนเป็นคนแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน O: - **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่โรงพยาบาลขณะเจ็บป่วย **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคของผู้ป่วย พยาธิสภาพโดยสังเขป การรักษาที่ให้และผลการรักษาที่จะเกิดขึ้น แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป ตลอดจนการปฏิบัติตนที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง **7.วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย** **ข้อมูลสนับสนุน** S: ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว และพูดไม่ชัด เริ่มมีอาการตั้งแต่เวลา 13.00 น. - ผู้ป่วยบอกว่าตนกังวลว่าจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆได้เหมือนเดิมหรือไม่	-ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ครบถ้วนและปลอดภัย ความดันโลหิตได้รับการควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติในร่างกาย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ยา **5: เสี่ยงการทำงานของไตบกพร่องเพิ่มขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของร่างกายและผลกระทบจากภาวะวิกฤต** **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยมีอาการวูบ ไม่พูด และขยับตัวไม่ได้ ญาติให้ประวัติว่ามีประวัติโรคเกาต์ (Gout) และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง O : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับพบค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) = 31 mg/dl (ค่าปกติ 7-21 mg/dl) และค่า Creatinine = 1.71 mg/dl (ค่าปกติ < 1.3 mg/dl) ซึ่งสูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงภาวะการทำงานของไตที่บกพร่องอยู่เดิม (Renal impairment) และผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 80 cc/hr **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :** เพื่อป้องกันไม่ให้การทำงานของไตเสื่อมลงมากขึ้น และรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ **เกณฑ์การประเมินผล (Evaluation Criteria):** -ค่าการทำงานของไต (BUN, Creatinine) ไม่สูงขึ้นจากเดิม หรือมีแนวโน้มลดลงสู่ระดับปกติ -สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะสารน้ำเกิน (Fluid overload) เช่น บวม หายใจเหนื่อยหอบ และปัสสาวะออกเหมาะสม (≥ 0.5 มล./กก./ชม.) **กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions):** 1.ควบคุมและดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (0.9% NSS 80 cc/hr) อย่างเคร่งครัดผ่านเครื่อง Infusion Pump เพื่อป้องกันภาวะสารน้ำเกินซึ่งจะเป็นภาระต่อไต 2.ติดตามบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย (Fluid balance) ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินสมดุลของน้ำในร่างกาย 3.เฝ้าระวังและสังเกตอาการของภาวะไตวายเฉียบพลัน เช่น ปัสสาวะออกน้อยลง (Oliguria) หรือกระสับกระส่าย 4.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, Creatinine และ Electrolytes อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางไต สารน้ำในร่างกายสมดุล ไม่มีอาการของภาวะน้ำเกิน และเตรียมพร้อมสำหรับการส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่องได้อย่างปลอดภัย **6: การสื่อสารและเคลื่อนไหวบกพร่องรุนแรง (Aphasia/Hemiplegia) เนื่องจากมีรอยโรคบริเวณหลอดเลือดสมองส่วนกลางซีกขวา (Rt. MCA Infraction)** **ข้อมูลสนับสนุน (Data):** S:ผลเมืองดีแจ้งประวัติว่าขณะซื้อของ ผู้ป่วยมีอาการวูบ ไม่พูด และขยับตัวไม่ได้ทันที (ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
O: ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล **เกณฑ์การประเมินผล** **1**. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส 2. ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาพยาบาล **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง 2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็น 3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคและแนวทางการรักษาโดยสังเขปตามบทบาทวิชาชีพ 4. ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร,ยา,การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ 5. เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 6. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 7. แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าตนคลายกังวลขึ้นกว่าตอนที่ยังไม่ได้รับข้อมูล 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาอย่างดี **8. เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง** **ข้อมูลสนับสนุน** S: - O: - ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับ เกณฑ์การประเมินผล 1. สัญญาณชีพ T =36 – 37 องศาเซลเซียส P= 60-90 ครั้ง/นาที BP= ≤ 185 / 110 mmHg 2. ระดับความรู้สึกตัว (GCS = 15) 3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเดินทาง เช่นไม่มีเลือดออก **กิจกรรมการพยาบาล** **1**.ติดต่อประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายว่ามีผู้ป่วยกำลังจะเดินทางไปเพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางเตรียมตัวรับผู้ป่วย (ประสานทั้งห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย) และติดต่อขอหมายเลขโทรศัพท์ประสานระหว่างทางหากมีอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 2. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยชีวิต และอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างการเดินทางให้ครบถ้วน 3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ปลดยาละลายลิ่มเลือดออกจาก infusion pump จนกว่าจะให้ยาครบตามเวลาในแผนการรักษา	O : ประเมินแรกรับพบผู้ป่วยไม่พูด ขยับตัวไม่ได้ คะแนนความรุนแรงทางระบบประสาท NIHSS =20 คะแนน, E4V1M6, รูม่านตา 3 มม. RTLBE, ตาและศีรษะเบนขวา, แขนซ้ายอ่อนแรงระดับ 0, ขาซ้ายอ่อนแรงระดับ 2, ปากเบี้ยวซ้าย และมีภาวะ Aphasia, สัญญาณชีพ BP 175/101 mmHg, PR 72 ครั้ง/นาที, RR 18 ครั้ง/นาที, SpO2 99%, ผล CT Brain ยืนยันภาวะ Right Middle Cerebral Artery (Rt. MCA **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน (เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง) และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการพื้นฐานได้ รวมถึงลดความคับข้องใจในการสื่อสาร **เกณฑ์การประเมินผล :** 1.ปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง เช่น ไม่มีแผลกดทับ ข้อต่อไม่ติดแข็ง 2.ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้วิธีการสื่อสารทางเลือกเพื่อบอกความต้องการพื้นฐานได้เข้าใจ 3.ได้รับการจัดท่าทางและดูแลความปลอดภัยอย่างเหมาะสมตลอดระยะเวลาที่อยู่ห้องฉุกเฉินและระหว่างนำส่ง **กิจกรรมการพยาบาล :** 1.จัดท่าทางผู้ป่วยและพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2.ทำการบริหารข้อต่อทุกส่วนของร่างกาย (Passive Range of Motion: Passive ROM) เพื่อป้องกันภาวะข้อติดแข็งและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด 3.จัดเตรียมอุปกรณ์หรือสื่อทางเลือก (เช่น กระดานข้อความ รูปภาพ หรือการใช้ภาษากายพยักหน้า/ส่ายหัว) เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และญาติ 4.ดูแลป้องกันอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม โดยยกไม้กั้นเตียงขึ้นให้เรียบร้อยตลอดเวลา **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล :** ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดแผลกดทับหรือภาวะข้อติดแข็ง ญาติสามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยผ่านสื่อทางเลือกได้ และได้รับการเคลื่อนย้ายส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย **7.ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค** **ข้อมูลสนับสนุน:** S:ผู้ป่วยบอกว่า ตนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตนในขั้นตอนการรักษาขั้นต่อไปเพราะตนว่าตนเป็นคนแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน O: - **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่โรงพยาบาลขณะเจ็บป่วย **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง **กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ติดอุปกรณ์ติดตามอาการ ได้แก่ monitor EKG, monitor O2sat, เครื่องวัดความดันโลหิต และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** 1. สัญญาณชีพ T=37.3 C˚ P= 80-88 ครั้ง/นาที BP= 110 / 70 – 120/74 mmHg 2. ระดับความรู้สึกตัว (GCS = 15) 3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเดินทาง เช่นไม่มีอาการภาวะเลือดออกในสมอง	1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามและประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคของผู้ป่วย พยาธิสภาพโดยสังเขป การรักษาที่ให้และผลการรักษาที่จะเกิดขึ้น แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป ตลอดจนการปฏิบัติตนที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง **8.วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย** **ข้อมูลสนับสนุน** S :ญาติแสดงสีหน้าเคร่งเครียดและมีความกังวลอย่างเห็นได้ชัดต่ออาการป่วยกะทันหันของผู้ป่วย O : ผู้ป่วยมีอาการวูบ ไม่พูด ขยับตัวไม่ได้ทันที (NIHSS = 13 คะแนน) ต้องได้รับการบริหารยาละลายลิ่มเลือด และมีแผนส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นสถานการณ์วิกฤตที่สร้างความกดดันทางจิตใจต่อครอบครัว **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส 2. ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาพยาบาล **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง 2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็น 3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคและแนวทางการรักษาโดยสังเขปตามบทบาทวิชาชีพ 4. ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร,ยา,การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ 5. เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 6. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 7. แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าตนคลายกังวลขึ้นกว่าตอนที่ยังไม่ได้รับข้อมูล 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาอย่างดี **9. เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง** **ข้อมูลสนับสนุน** S : - O : ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และมีภาวะความดันโลหิตสูงแรกรับร่วมกับไตบกพร่อง (Creatinine 1.71 mg/dl) มีความจำเป็นต้องส่งต่อ (Refer) ไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งต้องใช้เวลาในการเดินทางและมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างทาง **กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1.ติดต่อประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายว่ามีผู้ป่วยกำลังจะเดินทางไปเพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางเตรียมตัวรับผู้ป่วย (ประสานทั้งห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย) และติดต่อขอหมายเลขโทรศัพท์ประสานระหว่างทางหากมีอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 2. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการช่วยชีวิต และอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างการเดินทางให้ครบถ้วน 3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ปลดยาละลายลิ่มเลือดออกจาก infusion pump จนกว่าจะให้ยาครบตามเวลาในแผนการรักษา 4. ติดอุปกรณ์ติดตามอาการ ได้แก่ monitor EKG, monitor O2sat, เครื่องวัดความดันโลหิต และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง **การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างปลอดภัย สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวคงที่ตลอดการเดินทาง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้นระหว่างนำส่ง

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ สามารถนำมาอภิปรายเชิงวิเคราะห์ตามหลักวิชาการและบทบาทการพยาบาลขั้นสูงได้ 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ [4,5,6]

ประเด็นที่ 1: ความสำคัญของความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ (Time-Critical Management) การที่ผู้ป่วยรายนี้รอดพ้นจากภาวะทุพพลภาพรุนแรงและมีอาการดีขึ้นหลังให้ยา (NIHSS ลดลงจาก 13 เหลือ 6) เป็นเครื่องยืนยันว่า "เวลาคือสมอง" (Time is Brain) การที่เครือข่ายบริการสุขภาพ (รพ.สามชัยและ รพ.สมเด็จ) สามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสากล (AHA/ASA) ที่ระบุว่าการให้ยา rt-PA โดยเร็วที่สุดจะช่วยกู้คืนเนื้อสมองส่วนที่ยังไม่ตาย (Penumbra) ให้กลับมาทำงานได้

ประเด็นที่ 2: บทบาทการพยาบาลขั้นสูงในการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการให้ยา rt-PA การให้ยาละลายลิ่มเลือดมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกในสมอง พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่บริหารยาตามแผนการรักษาผ่านเครื่อง Infusion Pump เท่านั้น แต่ต้องมีสมรรถนะสูงในการเฝ้าระวัง ควบคุมความดันโลหิต และประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างเข้มข้นทุก 15 นาทีในช่วงแรก เพื่อให้สามารถค้นหาภาวะแทรกซ้อนและรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

ประเด็นที่ 3: การจัดการปัญหาระยะยาวและการฟื้นฟูสมรรถภาพแม้ผู้ป่วยจะพ้นจากภาวะวิกฤตและขยับแขนขาได้ดีขึ้น แต่ยังมีอาการพูดไม่ชัด (Dysarthria) และมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การพยาบาลจึงต้องมอง องค์รวม (Holistic Care) ทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน (เช่น แผลกดทับ ข้อติด) การฝึกการสื่อสาร และการเตรียมความพร้อมให้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ดีที่สุด

ประเด็นที่ 4: ประสิทธิภาพของระบบเครือข่าย เคสดังกล่าวสะท้อนความเข้มแข็งของโรงพยาบาลสมเด็จในฐานะแม่ข่าย (Node) ที่สามารถรับไม้ต่อ ประเมินซ้ำ ทำ CT Scan และตัดสินใจให้การรักษาเร่งด่วนร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Neuro Med) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนส่งต่อเพื่อรับการรักษาขั้นสูงต่อไป ซึ่งเป็นโมเดลต้นแบบที่สะท้อนคุณภาพการบริหารจัดการของห้องฉุกเฉินอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบป้องกันและคัดกรองในชุมชน:

1.1 ควรเพิ่มกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงโรงพยาบาลได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

1.2 ควรจัดทำโครงการคัดกรองโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

2. การติดตามและประเมินผลเครือข่าย (Network Monitoring): ควรกำหนดให้มีระบบติดตามกำกับการดูแลผู้ป่วย Stroke ระยะยาว มีการสะท้อนกลับข้อมูล (Feedback) และการประชุมทบทวนเคสร่วมกัน (M&M Review) อย่างสม่ำเสมอระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จ โรงพยาบาลลูกข่าย และ รพ.สต. ทุกแห่งในเขตรับผิดชอบ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง: สนับสนุนให้บุคลากรในห้องฉุกเฉินและเครือข่ายได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับความซับซ้อนของโรคและยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้ยั่งยืน

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). World Stroke Day 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 1]. Available from: [https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022](https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022?utm_source=gemini)
2. World Stroke Organization.(2021). Global stroke guidelines and quality of care. Int J Stroke. 2021;16(3):245-258
3. ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2569). สถิติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2567-2569 โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์.
4. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.(2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2562.
5. ไพรวัลย์ พรมที, กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ.(2564). รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564;39(1):128-137.
6. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, นรงฤทธิ์ เกษมทรัพย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2561). การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเชียงยืน
THE DEVELOPMENT OF A MODEL OF CARE FOR PATIENTS WITH SEPSIS CHIANGYUEN HOSPITAL.

(Received: October 14,2026 ; Revised: October 22,2026 ; Accepted: October 28,2026)

นพดารา แสนวัง[1]
Nopdara Sanwang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดำเนินการ 4 ระยะ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยได้รูปแบบ “Chiangyuen Sepsis Model” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรองและประเมินความรุนแรงอย่างรวดเร็ว การรักษาอย่างทันท่วงที การเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง และระบบสัญญาณเตือนและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่า การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการได้รับ สารน้ำ 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ขณะที่การส่งต่อล่าช้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วย, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was a quasi-experimental research design employing a pre-test and post-test approach. Its objectives were to examine the current situation, develop a care model, and evaluate the effectiveness of the model for patients with sepsis. The study was conducted in four phases, with data collected via questionnaires and analyzed using descriptive statistics, content analysis, and the Chi-square test.

The findings resulted in the development of the “Chiangyuen Sepsis Model” comprising four components: (1) rapid screening and severity assessment, (2) timely treatment, (3) continuous monitoring and follow-up, and (4) an effective warning and communication system. Following implementation of the model, the proportions of patients receiving blood cultures before antibiotic administration, the first dose of intravenous antibiotics within one hour, and intravenous fluid resuscitation at 30 mL/kg within one hour significantly increased ($p < .05$). Delayed referrals significantly decreased ($p < .05$). In addition, registered nurses reported a high level of satisfaction with the model.

Keywords: Patient Care, Sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการติดเชื้อไม่ได้ส่งผลเฉพาะบริเวณที่เกิดการติดเชื้อ แต่สามารถกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต การทำงานของเนื้อเยื่อ และการทำงานของอวัยวะสำคัญหลายระบบ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที[1] อาจทำให้เกิดอวัยวะล้มเหลวและเสียชีวิตได้ ดังนั้นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงนับเป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความสำคัญ ต่อระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก[2] ในประเทศไทยพบผู้ป่วยติด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงยืน

เชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อน ให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ โดยอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2562–2564 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีจำนวน 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสถานการณ์ดังกล่าว อัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเป้าหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยกำหนดให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดควรต่ำกว่าร้อยละ 28[3]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึง การติดเชื้อจากจุลชีพ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อที่อวัยวะหรือบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย และส่งผลให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือสารพิษจากเชื้อโรค หากการตอบสนองมีความรุนแรง อาจทำให้เกิด การอักเสบทั่วร่างกาย นำไปสู่ความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะ ภาวะช็อก และอาจเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว[4] สามารถจำแนกตามความรุนแรงได้ดังนี้ 1) Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนอง ต่อการอักเสบ โดยมีความผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย >38°C หรือ <36°C, อัตราการเต้นของหัวใจ >90 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ >20 ครั้งต่อนาที หรือ $PaCO_2$ <32 mmHg และจำนวนเม็ดเลือดขาว >12,000 หรือ <4,000 เซลล์/มม.^{3} หรือมี immature form >10% 2) Sepsis หมายถึง ภาวะที่สงสัยหรือพบการติดเชื้อร่วมกับการตอบสนองของร่างกายตามเกณฑ์ SIRS 3) Severe sepsis หมายถึง ภาวะ sepsis ที่มีความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะอย่างน้อย 1 ระบบ4) Septic shock หมายถึง ภาวะ sepsis ที่มีความดันโลหิตต่ำ โดยมี systolic blood pressure <90 mmHg หรือลดลงมากกว่า 40 mmHg จากค่าพื้นฐาน แม้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอแล้วและไม่พบสาเหตุอื่น[5]

จากสถิติโรงพยาบาลเชียงยืน ในปี 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 78, 118 และ 161 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2, 2 และ 6 ราย ตามลำดับ[6] จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในโรงพยาบาลเชียงยืน พบปัญหาหลายด้าน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก และการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาช่วยในการแจ้งเตือน รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการ Fast Track ให้มีความกระชับ รวดเร็ว และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2565 ถึง เดือนธันวาคม 2566 ดังขั้นตอนต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (เดือนธันวาคม 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2566)

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นรายบุคคล เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลจากมุมมองผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (เดือนมีนาคม 2566 ถึง เดือนกรกฎาคม 2566)

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำข้อมูลและประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาและองค์ประกอบของรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไปตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้งาน และความถูกต้องของระบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน 1 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดให้สมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไปศึกษานำร่องในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิดเห็น ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม มาปรับปรุง ก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริงในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (เดือนสิงหาคม 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2566) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองร่วมกับมีกลุ่มเปรียบเทียบ โดยดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนธันวาคม 2566)

ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประชากรในการศึกษาได้แก่ เวชระเบียนระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 161 ฉบับ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ [7] ประชากรมีจำนวนหลักร้อยควรใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15–30 จึงคัดเลือกเวชระเบียน 50 ฉบับ

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ [8] กล่าวว่าข้อมูลจะอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 6-10 คน ไม่เกิดประเด็นหรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นรายบุคคล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ [8] กล่าวว่าข้อมูลจะอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 6-10 คน ไม่

เกิดประเด็นหรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นจำนวนเพียงพอต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้ข้อมูล ในการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับศึกษานำร่อง อ้างอิงแนวคิดของ [9] ที่เสนอว่า Pilot study มักใช้ประมาณ 10–40 คน ต่อกลุ่ม จึงได้ผู้ป่วยผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 20 คน ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงยืน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 20 คน ผู้ให้ข้อมูลในการถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบ ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คำถามการสนทนากลุ่มสำหรับสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นรายบุคคล เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด "Chiangyuen Sepsis Model" ประกอบด้วย 1) การคัดกรองและประเมินความรุนแรงอย่างรวดเร็ว 2) การรักษาอย่างทันท่วงที 3) การเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง 4) ระบบสัญญาณเตือนและ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาจากแบบฟอร์ม Sepnet ของ Service plan สาขาอายุรกรรม (Sepsis) เขตสุขภาพที่ 7

2.2 แบบบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัด การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้งานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัย นำเครื่องมือไปตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

2. คำถามสำหรับการสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

3. คำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรายบุคคล ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

4. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า มีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 เมื่อคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ พบว่า มีค่า S-CVI เท่ากับ 1.00

5. แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

6. แบบบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัด ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

7. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้งานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า มีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 เมื่อคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สถิติ chi square

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลเชียงยืน เลขที่ใบรับรอง CY6/2565 ลงวันที่ 8 ธันวาคม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

สรุปประเด็นปัญหาที่พบจากการศึกษา

1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การประเมินผู้ป่วยระยะแรกมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอาการและสัญญาณเตือนที่สัมพันธ์กับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยและการเฝ้าระวังอาการยังขาดความต่อเนื่อง พบความ ไม่ครบถ้วนของข้อมูลการประเมินอาการและสัญญาณชีพในบางช่วงเวลา รวมทั้งการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

3. กระบวนการตรวจและให้การรักษายังมีความล่าช้า การเจาะเลือดเพาะเชื้อ และการให้ยาปฏิชีวนะ ต้องผ่านหลายขั้นตอนและอาศัยการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาเกิน 1 ชั่วโมง

4. การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตอบสนองต่อการรักษายังไม่เป็นระบบ พบว่าการติดตามผลตรวจที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการติดเชื้อและการทำงานของอวัยวะสำคัญยังมีความแตกต่างกัน

5. ปัญหาการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ ยังมีความคลาดเคลื่อน เข้าใจไม่ตรงกัน และขาดความความสม่ำเสมอ ในการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด "Chiangyuen Sepsis Model" ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การคัดกรองและประเมินความรุนแรงอย่างรวดเร็ว การใช้ระบบการคัดกรองและติดตามแนวโน้มอาการ การประเมินความผิดปกติของอวัยวะ การตรวจระดับแลคเตตในเลือด การประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) การรักษาอย่างทันท่วงที การเก็บสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อการให้ยาต้านจุลชีพ การให้สารน้ำ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การควบคุมและจัดการอวัยวะที่มีการติดเชื้อ 3) การเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง การติดตามสัญญาณชีพ การประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ การติดตามปริมาณปัสสาวะ การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะน้ำเกิน การประเมินผลการรักษาซ้ำ 4) ระบบสัญญาณเตือนและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การกำหนดเกณฑ์สัญญาณเตือน การกำหนดระดับการตอบสนอง การสื่อสารแบบ SBAR ระบบการแจ้งเตือนภาวะติดเชื้อ การประชุมทีมข้างเตียง การส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61 - 80 ปี ก่อนพัฒนารูปแบบฯ 14 ราย (ร้อยละ 46.7) และหลังพัฒนารูปแบบฯ 18 ราย (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ก่อนพัฒนารูปแบบฯ 18 ราย (ร้อยละ 60) และหลังพัฒนารูปแบบฯ 21 ราย (ร้อยละ 70) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ก่อนพัฒนารูปแบบฯ 17 ราย (ร้อยละ 56.7) หลังพัฒนารูปแบบฯ 16 ราย (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน ก่อนพัฒนารูปแบบฯ 21 ราย (ร้อยละ 70) และหลังพัฒนารูปแบบฯ 22 ราย (ร้อยละ 73.3) มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ก่อนพัฒนารูปแบบฯ 12 ราย (ร้อยละ 40) และหลังพัฒนารูปแบบฯ 10 ราย (ร้อยละ 33.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีโรคประจำตัวอยู่แล้วทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.637)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (n=60)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ (n=30)		หลังใช้รูปแบบ (n=30)		x^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความถูกต้องในการคัดกรอง	24	80.00	28	93.33	2.31	.129
การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ	16	53.33	29	96.67	15.02	<.001
การได้รับยาปฏิชีวนะเข้มข้นตัวแรกทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง	18	60.00	29	96.67	11.88	<.001
การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml/kg สิ้นสุดภายใน 1 ชั่วโมงแรก	15	50.00	29	96.67	16.71	<.001
ระยะเวลาการส่งต่อล่าช้า	8	26.67	2	6.67	4.32	.038
การเสียชีวิต	3	10.00	1	3.33	1.07	.301

จากตารางที่ 1 พบว่า การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะเข้มข้นตัวแรกทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml/kg สิ้นสุดภายใน 1 ชั่วโมงแรก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (x^2 = 15.02, x^2 = 11.88, x^2 = 16.71)ระยะเวลาการส่งต่อล่าช้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (x^2 = 4.32)

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า คะแนนเฉลี่ยและระดับของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และประสิทธิผลของการใช้ทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (Mean = 2.83) รองลงมาคือเนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย, ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้, มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย, ช่วยให้มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย, มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย, ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปแนวทางเดียวกัน (Mean = 2.72) คะแนนต่ำสุดคือ ความพึงพอใจในภาพรวม (Mean = 2.67)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเชียงยืน สามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยและการเฝ้าระวังอาการยังขาดความต่อเนื่อง กระบวนการตรวจและให้การรักษายังมีความล่าช้า การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตอบสนองต่อการรักษายังไม่เป็นระบบ ปัญหาการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ ยังมีความคลาดเคลื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ[10] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม พบปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้เครื่องมือ Sepsis fast track ในการประเมินและคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติ การประเมินความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของ พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนและบริบทของแต่ละหน่วยงาน ขาดการสื่อสารข้อมูลสำคัญ การวินิจฉัยโรคขึ้นอยู่กับ แพทย์เจ้าของไข้ ทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ขาดการนิเทศ กำกับติดตาม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความรุนแรงอย่างรวดเร็ว 2) การรักษาอย่างทันท่วงที 3) การเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง และ 4) ระบบสัญญาณเตือนและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ[11] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง การนิเทศทางการพยาบาล กำหนดให้มีกิจกรรมทบทวนการดูแลและนิเทศ ทางคลินิกข้างเตียง โดยใช้ SBAR

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะเข้มข้นตัวแรกทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml/kg สิ้นสุดภายใน 1 ชั่วโมงแรก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (x^2 = 15.02, x^2 = 11.88, x^2 = 16.71) ระยะเวลาการ ส่งต่อล่าช้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (x^2 = 4.32) สอดคล้องกับการศึกษาของ [12] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช

พิษณุโลก ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาแนวทาง พบว่า ผู้ป่วยได้เจาะเลือด เพาะเชื้อใน 1 ชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทดแทน load IV fluid ชนิด NSS 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด “Chiangyuen Sepsis Model” ไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน โดยครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองและประเมินความรุนแรงอย่างรวดเร็ว การให้การรักษาอย่างทันท่วงที การเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการใช้ระบบสัญญาณเตือนและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

1.2 ควรกำหนดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกจุดบริการ โดยเฉพาะห้องฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วย เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรก และเข้าสู่ระบบ Sepsis Fast Track

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลานอนโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของระบบสัญญาณเตือนหรือระบบแจ้งเตือนอิเล็กทรอนิกส์ โดยเปรียบเทียบระยะเวลาในการค้นพบผู้ป่วย ระยะเวลาในการได้รับการรักษา และผลลัพธ์ทางคลินิก

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงยืน ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตลอดจนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและรูปแบบการดูแล พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูล และสะท้อนความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al.(1992). Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest. 1992;101(6):1644-55.
2. World Health Organization.(2024). WHO calls for global action on sepsis—cause of 1 in 5 deaths worldwide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2024 Jun 1]. Available from:

https://www.who.int/news/item/08-09-2020-who-calls-for-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide

3. กระทรวงสาธารณสุข.(2564). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448
4. Makic MBF, Bridges E.(2018). Managing sepsis and septic shock: current guidelines and definitions. Am J Nurs. 2018;118(2):34-9.
5. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย SEVERE SEPSIS และ SEPTIC SHOCK (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/miniconf/5.pdf
6. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลเชียงยืน.(2565). สถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2563-2565. มหาสารคาม: โรงพยาบาลเชียงยืน; 2565.
7. ประกาย จิโรจน์กุล.(2560). การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. อารีย์วรรณ อ่วมตานี.(2559). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
9. Hertzog MA.(2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. Res Nurs Health. 2008;31(2):180-91.
10. อังคณา เกียรติมานะโรจน์.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;5(9):27-43.
11. รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จรูญศรี มีหนองหว้า, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566;29(3):56-74.
12. พรรณี ชูศรี, อิสราภรณ์ ปัญญา, ปิยะเนตร ปานเกิด.(2565). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(2):12-27.

การพัฒนารูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx ต่อกระบวนการ Med Reconcile ในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a HosRx Program-Based Dispensing Model for the Medication Reconciliation Process among Outpatients with Chronic Diseases at Phayakkhaphumphisai Hospital, MahaSarakham Province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 22,2026 ; Accepted: October 28,2026)

อรุณี ศิวบวรวัฒนา[1] พนมสินธุ์ ศรีชาดา[2] นิศารัตน์ สุระมาศ[3]
Arunee Siwabowornwattana[1] Phanomsin Srichada[2] Nisarat Suramas[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx และประเมินผลลัพธ์ต่อความครอบคลุมของกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation: MedRec) ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นจ่ายยา ระยะเวลาการให้บริการ มูลค่ายาที่ลดลง และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 2 วงรอบ ตามวงจร PAOR ระหว่าง 1 มีนาคม 2566 - 30 เมษายน 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง 6,400 ราย (ก่อนพัฒนา 3,350 ราย หลังพัฒนา 3,050 ราย) และทีมสหวิชาชีพ ผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม และเภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรมผู้ใช้งานระบบ เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรม HosRx แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและการทำ MedRec และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ความครอบคลุมของการทำ MedRec เพิ่มจากร้อยละ 89.9 เป็นร้อยละ 100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .005) อุบัติการณ์จ่ายยาผิดชนิดลดจาก 2 ครั้งเหลือ 0 ครั้ง และจ่ายยาไม่ครบรายการลดจาก 3 ครั้งเหลือ 0 ครั้ง ระยะเวลารอคอยรับยาลดจาก 22 เป็น 19 นาที ระยะเวลาจ่ายยาลดจาก 90 เป็น 50 วินาทีต่อราย ลดมูลค่ายาซ้ำซ้อน/ไม่จำเป็นได้ 97,685 บาท และผู้ใช้งานพึงพอใจระดับดีมากร้อยละ 95

คำสำคัญ: การประสานรายการยา, ความคลาดเคลื่อนทางยา, โปรแกรม HosRx, ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study aimed to develop a dispensing model using the HosRx program and to evaluate its effects on medication reconciliation (MedRec) coverage, dispensing errors, service time, drug cost reduction, and user satisfaction. An action research design comprising two PAOR cycles was conducted from 1 March 2023 to 30 April 2024. Participants comprised 6,400 chronic-disease outpatients (3,350 pre-implementation; 3,050 post-implementation) and the multidisciplinary user team. Instruments included the HosRx program, a participatory observation form, a focus-group record form, a medication error and MedRec record form, and a user satisfaction questionnaire. Content validity was verified by three experts. Data were analysed using descriptive statistics, the chi-square test, and content analysis.

Results: MedRec coverage increased significantly from 89.9% to 100% (p = .005). Wrong-drug dispensing incidents decreased from 2 to 0, and omitted-item incidents from 3 to 0. Mean outpatient waiting time decreased from 22 to 19 minutes, and mean dispensing time from 90 to 50 seconds per patient. Duplicate or unnecessary medication costs were reduced by 97,685 baht, and 95% of users reported "very good" satisfaction.

Keywords: medication reconciliation, medication error, HosRx program, chronic-disease outpatients, action research

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ความปลอดภัยด้านยา (Medication safety) ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยระดับสากล ที่องค์กรรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั่วโลกกำหนดให้เป็นข้อบังคับ โดยกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation: MedRec) เป็นกระบวนการที่เป็นระบบในการรวบรวมรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่จริงทั้งหมด เปรียบเทียบกับคำสั่งใช้ยาปัจจุบัน ระบุความคลาดเคลื่อนหรือความไม่สอดคล้อง (Discrepancy) และสื่อสารกลับไปยังผู้สั่งใช้ยาเพื่อแก้ไข โดยมีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การทวนสอบ (Verification) การตรวจสอบเปรียบเทียบ (Clarification) และการประสานแก้ไข พร้อมทั้งมีการสื่อสารส่งต่อข้อมูล (Reconciliation and transmission)[1] องค์กร The Joint Commission ได้บรรจุการประสานรายการยาไว้ใน National Patient Safety Goals (NPSG.03.06.01) อย่างต่อเนื่อง[2] เช่นเดียวกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่กำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีระบบประสานรายการยา ที่ครอบคลุมทุกจุดเปลี่ยนผ่านการดูแล[3]

หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยพบว่ากระบวนการ MedRec สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นแรกรับสูงถึงร้อยละ 12.0 โดยส่วนใหญ่เป็นการไม่ได้รับยาเดิมที่ควรได้รับ (omission error)[4] สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ศิริคัณทวานนท์ และนันทยา ประคองสาย ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งพบว่าการพัฒนากระบวนการ MedRec ร่วมกับการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยทวนสอบรายการยาโดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้อัตราการทวนสอบความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเพิ่มจากร้อยละ 36.9 เป็นร้อยละ 54.5 และความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจากร้อยละ 20.7 เหลือร้อยละ 7.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5] เช่นเดียวกับการศึกษาของสมาพร สันถวะสกุล และคณะ ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพัฒนากระบวนการประสานรายการยาในงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งยืนยันว่าองค์ประกอบสำคัญของ MedRec ที่มีประสิทธิผลประกอบด้วยการทวนสอบ การตรวจสอบการเปรียบเทียบ และการสื่อสารส่งต่อข้อมูลโดยทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมลดลง และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก[6]

ในระยะหลังมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาเสริมกระบวนการดังกล่าวอย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาของโรงพยาบาลละหานทรายที่ใช้ระบบ IPD Paperless KPHIS ซึ่งเพิ่มความครอบคลุมของการทำ MedRec อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] และการพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยนอกด้วยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลบางจาก ซึ่งลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญ[8]ในระดับสากล การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์สนับสนุน MedRec พบว่าเครื่องมือที่ช่วยแสดงและเปรียบเทียบรายการยาหลายแหล่งในมุมมองเดียว เป็นคุณลักษณะที่พบบ่อยที่สุด และสัมพันธ์กับการลดลงของความไม่สอดคล้องของรายการยา[9,10] ขณะที่การทดลองแบบสุ่มระดับกลุ่ม (Cluster randomized trial) ของ Tamblyn และคณะ ยืนยันว่าระบบ MedRec อิเล็กทรอนิกส์สามารถลดความไม่สอดคล้องของรายการยาได้ แม้ผลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาจะยังต้องการหลักฐานเพิ่มเติม[11]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังจำนวนมาก ข้อมูลเวชสถิติตั้งแต่ปี 2562-2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และมีรายการยาเฉลี่ย 8-9 รายการต่อราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเนื่องจากมีการจ่ายยาหลายชนิด[12] ภายหลังการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบ CPOE ผ่าน

โปรแกรม HOSxP พบว่า แม้ระบบจะลดความคลาดเคลื่อนจากการอ่านลายมือได้ แต่กลับสร้างปัญหาใหม่คือ การกระจัดกระจายของข้อมูล (Information fragmentation) เนื่องจากข้อมูลสำคัญ ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการแพ้ยา และประวัติการรับยาครั้งล่าสุด ถูกจัดเก็บอยู่คนละหน้าจอ เภสัชกรต้องเปิดสลับหน้าจอหลายครั้งเพื่อทำ MedRec ให้สมบูรณ์ ทำให้ใช้เวลานาน ล่าช้า และเกิดอุบัติการณ์จ่ายยาผิดชนิดและจ่ายยาไม่ครบรายการ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (pre-dispensing error) ที่พบในโรงพยาบาลชุมชน อื่น ๆ เช่นกัน[13,14]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยในฐานะเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก จึงพัฒนาโปรแกรม HosRx ซึ่งเชื่อมโยงฐานข้อมูลจาก HOSxP มาแสดงผลแบบบูรณาการในหน้าจอเดียว พร้อมระบบแจ้งเตือนเชิงรุก เพื่อสนับสนุนการทำ MedRec ณ จุดจ่ายยาในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการออกแบบ ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง อันเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับการพัฒนาระบบงานในบริบทโรงพยาบาลชุมชน[6,12]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx ที่สนับสนุนกระบวนการ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความครอบคลุมของกระบวนการประสานรายการยา
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยา (Dispensing Error)
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อระยะเวลารอคอยและระยะเวลาจ่ายยา
4. เพื่อประเมินมูลค่ายาที่ลดลงจากการปรับปรุงรายการยาซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็น
5. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งานโปรแกรม HosRx

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[15] เปรียบเทียบผลลัพธ์แบบก่อน-หลังการพัฒนา (pre-post comparison) ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีระยะเวลาดำเนินการวิจัยรวม 14 เดือน ระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 (มีนาคม - พฤษภาคม 2566) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และเก็บข้อมูลก่อนพัฒนา ศึกษาบริบท ปัญหา และเก็บข้อมูลฐาน (baseline data)

ระยะที่ 2 มีการดำเนินงาน 2 วงรอบ

วงรอบที่ 1 (มิถุนายน - ตุลาคม 2566) ออกแบบและพัฒนาโปรแกรม HosRx รุ่นต้นแบบ ทดลองใช้ สังเกต และสะท้อนผล

วงรอบที่ 2 (พฤศจิกายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567) ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ และขยายผลใช้งานเต็มรูปแบบในคลินิกโรคเรื้อรังทุกคลินิก

ระยะที่ 3 (มีนาคม - เมษายน 2567) ระยะประเมินผลและสรุปผล เก็บข้อมูลหลังพัฒนา วิเคราะห์เปรียบเทียบ และถอดบทเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
2. ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับระบบยา ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากใบสั่งยาผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 6,400 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มก่อนใช้โปรแกรม HosRx จำนวน 3,350 ราย และกลุ่มหลังใช้โปรแกรม HosRx จำนวน 3,050 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง โรคหอบหืดหรือปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ที่รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนหน้า

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งแรกโดยไม่มีประวัติการใช้ยาเดิมในระบบ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นระหว่างการเก็บข้อมูล และใบสั่งยาที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ คัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการสั่งใช้ยาและจ่ายยาในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม การทดลองใช้ระบบ และการประเมินความพึงพอใจ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย แพทย์ 5 คน เภสัชกร 7 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 4 คน รวมทั้งสิ้น 21 คน

2. กลุ่มผู้ใช้โปรแกรม ประกอบด้วย เภสัชกร 8 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 5 คน รวมทั้งสิ้น 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม HosRx ซึ่งเป็นโปรแกรม ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ให้ทำงานเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของโปรแกรม HOSxP โดยการดึงข้อมูลแบบเวลาจริง (real-time query) และนำมาแสดงข้อมูลในหน้าจอเดียว (single-screen integrated display) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

(1) ส่วนแสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค และสัญญาณชีพครั้งล่าสุด

(2) ส่วนแสดงประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ พร้อมสัญลักษณ์เตือนสีแดงเมื่อคำสั่งใช้ยาปัจจุบันตรงกับรายการที่ผู้ป่วยเคยแพ้

(3) ส่วนเปรียบเทียบรายการยาครั้งล่าสุดกับคำสั่งใช้ยาปัจจุบันแบบคู่ขนาน (side-by-side comparison) ซึ่งเป็นหัวใจของการทำ MedRec โดยระบบจะทำเครื่องหมายอัตโนมัติในรายการที่มีการเพิ่มยาใหม่ หยุดยา หรือเปลี่ยนแปลงขนาดและวิธีใช้ยา

(4) ระบบแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD alert) โดยดึงค่า eGFR ล่าสุดจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมาแสดง พร้อมแจ้งเตือนรายการยาที่ต้องปรับขนาดตามการทำงานของไต

(5) ระบบแจ้งเตือนการปรับเปลี่ยนวิธีใช้ยาเพื่อให้เภสัชกรสื่อสารย้ำกับผู้ป่วยเฉพาะรายการที่เปลี่ยนแปลง ลดความสับสนในการใช้ยาที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ฉบับ ได้แก่

(1) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้บันทึกขั้นตอนการปฏิบัติงานจริง ปัญหาอุปสรรค และระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการจ่ายยา

(2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้บันทึกความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และผลการสะท้อนคิดของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละวงรอบ

(3) แบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและการทำ Medication Reconciliation ใช้บันทึกจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ MedRec ประเภทและจำนวนคำสั่งเปลี่ยนแปลงการใช้ยา อุบัติการณ์จ่ายยาผิดชนิด จ่ายยาไม่ครบรายการ และมูลค่ายาที่ลดลง

(4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ครอบคลุมด้านความง่ายในการใช้งาน ความครบถ้วนของข้อมูล ความรวดเร็วของระบบ

ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน และความมั่นใจในความปลอดภัยด้านยา พร้อมคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ มีเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้ คะแนน 4.51–5.00 หมายถึง ดีมาก คะแนน 3.51–4.50 หมายถึง ดี คะแนน 2.51–3.50 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 1.51–2.50 หมายถึง น้อย คะแนน 1.00–1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำร่างโปรแกรม HosRx และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทุกฉบับเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน เภสัชกรชำนาญการพิเศษโรงพยาบาล วาปีปทุม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษประจำคลินิกโรคเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ในประเด็นความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริง จากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

สำหรับโปรแกรม HosRx ได้ดำเนินการทดสอบความถูกต้องของข้อมูล (data accuracy testing) โดยสุ่มตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อมูลที่แสดงบนหน้าจอโปรแกรมกับข้อมูลต้นทางในฐานข้อมูล HOSxP และทดสอบการใช้งานจริง (usability test) กับผู้ใช้งานกลุ่มเล็กก่อนขยายผล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล วิธีเก็บข้อมูล และผู้เก็บข้อมูล เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ คณะผู้วิจัยทบทวนรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาย้อนหลัง ทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลเวชสถิติ สังเกตกระบวนการจ่ายยาจริงในคลินิกโรคเรื้อรัง และจัดสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์รากของปัญหา (root cause analysis) พร้อมเก็บข้อมูลฐานในกลุ่มผู้ป่วย 3,350 ราย

ระยะที่ 2 พัฒนาและนำไปใช้ ดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 *ขั้นวางแผน (Plan)* ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดคุณลักษณะที่จำเป็นของโปรแกรม โดยยึดหลักการลดจำนวนหน้าจอที่ต้องเปิดและลดขั้นตอนการสืบค้นซ้ำซ้อน *ขั้นปฏิบัติ (Act)* พัฒนาโปรแกรม HosRx รุ่นต้นแบบที่ดึงข้อมูลสัญญาณชีพ ประวัติแพ้ยา และประวัติการรับยาครั้งล่าสุดมาแสดงรวมในหน้าจอเดียว แล้วนำไปใช้จริงในคลินิกโรคเรื้อรังนำร่อง *ขั้นสังเกต (Observe)* สังเกตการปฏิบัติงาน จับเวลาแต่ละขั้นตอน และบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น *ขั้นสะท้อนผล (Reflect)* จัดสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผล พบข้อจำกัดสำคัญคือ ยังไม่มีสัญลักษณ์แจ้งเตือนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีใช้ยา และยังไม่มีระบบเฝ้าระวังรายการยาที่ต้องปรับขนาดตามผลค่าทางห้องปฏิบัติการ

วงรอบที่ 2 *ขั้นวางแผน* นำข้อจำกัดจากวงรอบที่ 1 มากำหนดแนวทางปรับปรุง *ขั้นปฏิบัติ* เพิ่มระบบแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพร้อมค่า eGFR ระบบแจ้งเตือนการปรับเปลี่ยนวิธีใช้ยาด้วยสัญลักษณ์ “ป” จากนั้นขยายผลใช้งานเต็มรูปแบบทุกคลินิกโรคเรื้อรัง พร้อมอบรมผู้ใช้งานและจัดทำคู่มือการใช้งาน *ขั้นสังเกต* เก็บข้อมูลผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วย 3,050 ราย *ขั้นสะท้อนผล* สรุปบทเรียน ประเมินความพึงพอใจ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อความยั่งยืนของระบบ

ระยะที่ 3 ประเมินผล วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการพัฒนา สังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนคำสั่งเปลี่ยนแปลงการใช้ยา ระยะเวลาการให้บริการ

มูลค่ายาที่ลดลง และระดับความพึงพอใจ และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) คือ สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบสัดส่วนความครอบคลุมของการทำ Medication Reconciliation ระหว่างระยะก่อนและหลังการใช้โปรแกรม HosRx กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยถอดความข้อมูล จัดกลุ่มรหัส (coding) สร้างประเด็นหลัก (themes) และตรวจสอบความถูกต้อง ร่วมกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) ก่อนนำเสนอเชื่อมโยงกับผลเชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 21/2566 รับรองเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. รูปแบบของโปรแกรม HosRx ที่พัฒนาขึ้น

จากผลการวิจัยได้รูปแบบการจ่ายยาโดยใช้ HosRx ควบคู่กับ HOSxP ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

(1) รับใบนำทางจากผู้ป่วย

(2) ตรวจสอบก่อนจ่ายยา โดยเภสัชกรเปิด HosRx เพื่อดูยาที่ได้รับวันนี้ ยาเดิมที่เคยได้ล่าสุด จำนวนวันนับจากรับยาครั้งล่าสุด ยาที่อาจลืมสั่ง ยาที่เพิ่มใหม่ สัญลักษณ์ “ป” และผลแจ้งเตือนจาก Drug monitor

(3) จ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำ โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรมเน้นย้ำ และทวนสอบวิธีใช้ยากับผู้ป่วย รายละเอียดของฟังก์ชันของโปรแกรมสรุปได้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ฟังก์ชันหลักของโปรแกรม HosRx

ฟังก์ชัน	รายละเอียด
ยาที่ได้รับวันนี้และยาเดิมที่เคยได้ล่าสุด	แสดงรายการยาปัจจุบันเทียบกับยาครั้งล่าสุด พร้อมวิธีใช้
จำนวนวันนับจากรับยาครั้งล่าสุด	แสดงว่ายาแต่ละรายการรับมาแล้วกี่วัน เฉพาะครั้งที่จำนวนไม่เป็น 0)
ยาที่อาจลืมสั่งวันนี้	แสดงยาที่เคยได้ล่าสุดแต่ไม่ปรากฏในคำสั่งวันนี้
สัญลักษณ์ “ป”	แจ้งยาที่ปรับวิธีใช้ เพื่อให้เน้นย้ำและทวนสอบกับผู้ป่วย
Drug monitoring in CKD	แสดงยาที่ต้องระวังตามค่า eGFR/CrCl เช่น metformin (eGFR < 30 หลีกเลี่ยง, 30-44 ไม่เกิน 1,000 มก./วัน, 45-59 ใช้ด้วยความระมัดระวัง)
ADR และ Lab alert	แสดงยาที่เคยเกิด ADR และแจ้งเตือนค่า eGFR ล่าสุด ที่ต้อง ปรับยาตามการทำงานของไต
ข้อมูลผู้ป่วยในหน้าจอเดียว	สัญญาณชีพ อาการสำคัญ/ประวัติ/ผลตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ ยาที่เพิ่มใหม่ และอีกกี่วันถึงวันนัด

2. ความครอบคลุมของการทำ Medication Reconciliation

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความครอบคลุมของการทำ Medication Reconciliation ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม HosRx

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้ HosRx (n = 3,350)	หลังใช้ HosRx (n = 3,050)	*p-value*
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ MedRec (ราย)	3,012	3,050	-
ร้อยละความครอบคลุมของการทำ MedRec	89.9	100.0	.005
ร้อยละผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทำ MedRec	10.1	0.0	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx มาใช้ ความครอบคลุมของการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.9 เป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .005)

นอกจากนี้ ในกระบวนการประสานเปรียบเทียบรายการยา พบการเปลี่ยนแปลงรายการยาเฉลี่ยต่อวัน ได้แก่ คำสั่งเปลี่ยนวิธีใช้ยา 125 ครั้ง คำสั่งเพิ่มยาใหม่ 46 ครั้ง คำสั่งหยุดยา 20 ครั้ง และปรับขนาดยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง 68 ราย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนคำสั่งเปลี่ยนแปลงการใช้ยาที่เกิดจากกระบวนการ Medication Reconciliation (เฉลี่ยต่อวัน)

รายการ	จำนวน
คำสั่งเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ยา	125 ครั้ง/วัน
คำสั่งเพิ่มรายการยาใหม่	46 ครั้ง/วัน
คำสั่งหยุดยา	20 ครั้ง/วัน
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปรับขนาดยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง	68 ราย

3. ผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนจ่ายยาและระยะเวลาบริการ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาและระยะเวลาบริการ ก่อนและหลังใช้ โปรแกรมHosRx

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	การเปลี่ยนแปลง
Dispensing error: จ่ายยาผิด (ครั้ง)	2	0	ลดลง 2 ครั้ง
Dispensing error: จ่ายยาไม่ครบรายการ (ครั้ง)	3	0	ลดลง 3 ครั้ง
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก (นาที)	22	19	ลดลง 3 นาที (13.6%)
ระยะเวลาจ่ายยาเฉลี่ย (วินาที/ราย)	90	50	ลดลง 40 วินาที (44.4%)

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นจ่ายยาลดลงเป็นศูนย์ทั้งสองประเภท กล่าวคือการจ่ายยาผิดชนิดลดจาก 2 ครั้งเหลือ 0 ครั้ง และการจ่ายยาไม่ครบรายการลดจาก 3 ครั้งเหลือ 0 ครั้ง คิดเป็นการลดลงร้อยละ 100 ในด้านประสิทธิภาพการให้บริการ ระยะเวลารอคอยรับยาเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกลดลงจาก 22 นาที เหลือ 19 นาที (ลดลงร้อยละ 13.6) และระยะเวลาที่ใช้ในการจ่ายยาต่อรายลดลงจาก 90 วินาที เหลือ 50 วินาที (ลดลงร้อยละ 44.4)

4. ผลต่อมูลค่ายาที่ลดลง

ตารางที่ 5 มูลค่ายาที่ลดลงจากการปรับปรุงรายการยาซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็น จำแนกตามรายการยา

ลำดับ	รายการยา	กลุ่มยา/ข้อบ่งใช้หลัก	ระดับมูลค่าที่ลดลง
1	Metformin (MFM)	ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	สูงที่สุด
2	Amlodipine	ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม CCB	สูง
3	Glipizide	ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่ม sulfonylurea	ปานกลาง
4	Vitamin B complex	วิตามินเสริม	น้อยที่สุด
รวม	-	-	**97,685 บาท**

จากตารางที่ 5 พบว่า การประสานรายการยาผ่านโปรแกรม HosRx ทำให้ตรวจพบและแก้ไขรายการยาที่ซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็น คิดเป็นมูลค่ายาที่ลดลงรวมทั้งสิ้น 97,685 บาท โดยรายการยาที่มีมูลค่าลดลงสูงที่สุดคือ Metformin รองลงมาคือ Amlodipine, Glipizide และ Vitamin B complex ตามลำดับ ทั้งนี้รายการยาที่พบการซ้ำซ้อนสูงเป็นยาที่ใช้ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีการสั่งใช้ยาต่อเนื่องปริมาณมากและมีโอกาสสั่งซ้ำระหว่างคลินิกสูง

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรม

ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพผู้ใช้งานระบบ ต่อรูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx ในภาพรวมอยู่ในระดับ ดีมาก ($\overline{X}$ =4.61, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ดีมาก ทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน Medication Reconciliation($\overline{X}$ =4.67, S.D.=0.45) รองลงมาคือ ความมั่นใจในความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วย ($\overline{X}$ =4.65, S.D.=0.47) (และ ด้านความง่ายและสะดวกในการใช้งานโปรแกรม ($\overline{X}$ =4.61,S.D.=0.49) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นคือ การรวมข้อมูลที่เภสัชกรต้องใช้ตัดสินใจไว้ในหน้าจอเดียว และเชื่อมกับฐานข้อมูล HOSxP เดิม โดยไม่เพิ่มภาระการบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยจึงขออภิปรายดังนี้

ด้านความครอบคลุมของกระบวนการ Medication Reconciliation ผลการวิจัยพบว่าความครอบคลุมของการทำ MedRec เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.9 เป็นร้อยละ 100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .005) สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิด "การออกแบบระบบเพื่อความปลอดภัย" (system-based design for safety) ซึ่งเชื่อว่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่มิได้เกิดจากความบกพร่องของบุคคล หากแต่เกิดจากการออกแบบระบบที่เปิดช่องให้เกิดความผิดพลาด ในระบบเดิม การทำ MedRec ต้องอาศัยการสืบค้นข้อมูลหลายหน้าจอซึ่งเป็นภาระที่เพิ่มจากงานประจำเดิม จึงมีโอกาสถูกละเลยในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยหนาแน่น การออกแบบให้ข้อมูลเปรียบเทียบรายการยาปรากฏขึ้นโดยอัตโนมัติ ณ จุดจ่ายยา จึงเปลี่ยนสถานะของ MedRec จากกิจกรรมที่ต้องเลือกทำ เป็น ขั้นตอนบังคับที่อยู่ในกระบวนการทำงาน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลละหานทราย ซึ่งพบว่าระบบ IPD Paperless KPHIS เพิ่มความครอบคลุมของการทำ MedRec ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Marien และคณะ ที่ระบุว่าคุณลักษณะสำคัญของเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ประสบความสำเร็จคือการแสดงและเปรียบเทียบรายการยาจากหลายแหล่งในมุมมองเดียว[9] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมาพร สันถวะสกุล และคณะที่ชี้ว่าความสำเร็จของกระบวนการประสานรายการยาขึ้นอยู่กับการออกแบบระบบให้ครบองค์ประกอบทั้งการทวนสอบ การตรวจสอบเปรียบเทียบ และการสื่อสารส่งต่อ

ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มิใช่การพึ่งพาการปฏิบัติของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง[16]

ด้านการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นจ่ายยา การลดอุบัติการณ์จ่ายยาผิดชนิด และจ่ายยาไม่ครบรายการลงเป็นศูนย์ อธิบายได้จากการที่โปรแกรม HosRx ทำหน้าที่เป็น ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก กล่าวคือ ระบบจะทำเครื่องหมายรายการยาที่เปลี่ยนแปลง และแจ้งเตือนรายการยาเสี่ยงสูงโดยอัตโนมัติ จึงช่วยดักจับความคลาดเคลื่อนก่อนถึงตัวผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ศิริคัณทวานนท์ และนันทยา ประคองสาย ที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยทวนสอบรายการยาร่วมกับการทำงานของทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งลดความคลาดเคลื่อนทางยาจากร้อยละ 20.7 เหลือร้อยละ 7.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [5] สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลบางจากที่พบว่า การพัฒนาระบบจ่ายยาผู้ป่วยนอกด้วยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ทั้งระบบสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] และการศึกษาของโรงพยาบาลขอนแก่นที่ชี้ว่าการปรับกระบวนการภายในห้องยาร่วมกับระบบรายงานความคลาดเคลื่อนช่วยลดอุบัติการณ์ได้อย่างชัดเจน[14] ซึ่งหลักฐานทั้งหมดนี้ สนับสนุนข้อสรุปร่วมกันว่า การผนวกข้อมูลด้านยาเข้าไว้ในมุมมองเดียว และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกเชิงระบบที่มีประสิทธิผลในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา ไม่ว่าจะประยุกต์ใช้ในบริบทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก

ประสิทธิภาพด้านเวลา การลดลงของระยะเวลาจ่ายยาเฉลี่ยถึงร้อยละ 44.4 และระยะเวลารอคอยรับยาร้อยละ 13.6 โดยระบบเดิมสร้างภาระในการทำงาน จากการที่เภสัชกรต้องสลับหน้าจอ ค้นหาและจดจำข้อมูลข้ามบริบท การรวมข้อมูลไว้ในหน้าจอเดียวจึงลดภาระดังกล่าวได้ ทำให้มีเวลาที่จะตรวจสอบความถูกต้องได้มากขึ้น เช่น การประเมินความเหมาะสมของขนาดยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง และการให้คำแนะนำเฉพาะรายการยาที่เปลี่ยนแปลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาลบ้านหมี่[17] ซึ่งพบว่าการลดขั้นตอนที่ไม่เพิ่มคุณค่า (non-value-added steps) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการลดเวลารอคอย

ด้านความคุ้มค่าและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การลดมูลค่ายาซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็นได้เป็นจำนวนเงิน 97,685 บาท สะท้อนบทบาทของ MedRec ในฐานะกลไกสนับสนุนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) โดยรายการยาที่พบการซ้ำซ้อนสูงสุดเป็นยาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งอธิบายได้จาก ลักษณะการรับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาจมีนัดหลายคลินิก มีการรับยาจากหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมด้วย และมีการปรับแผนการรักษาบ่อย ทำให้เกิดยาคงเหลือสะสมที่บ้าน การประสานรายการยา ณ จุดจ่ายยาจึงแก้ไขปัญหาการสั่งจ่ายซ้ำซ้อนได้อย่างมีประสิทธิผล สอดคล้องกับข้อเสนอเชิงแนวคิดของอภิฤดี เหมะจุฑา และฉันทิกา ซื่อตรง ที่ระบุว่า MedRec เป็นมาตรการเพิ่มความปลอดภัยที่ให้ผลพลอยได้ด้านการลดความซ้ำซ้อนของการใช้ยา[5]

ด้านความพึงพอใจ ความพึงพอใจระดับดีมากร้อยละ 95 สามารถอธิบายได้ว่า การยอมรับเทคโนโลยีขึ้นกับการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ให้ผู้ใช้งานร่วมออกแบบและสะท้อนผลตั้งแต่วงรอบแรก ทำให้โปรแกรมตอบสนองความต้องการจริงของหน้างาน จึงส่งผลให้เกิดทั้งการรับรู้ประโยชน์ และความง่ายในการใช้งานสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลขุขันธ์ ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการลดความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จ[13] และสอดคล้องกับการศึกษาของสมาพร สันถวะสกุล และคณะ ที่พบว่าความคิดเห็นและความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบประสานรายการยาที่พัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก[16] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เครื่องมือที่ช่วยลดภาระงานจริง ย่อมได้รับการยอมรับโดยไม่ต้องอาศัยมาตรการบังคับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดให้การใช้โปรแกรม HosRx เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard operating procedure) ของงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคเรื้อรัง พร้อมบรรจุตัวชี้วัดความครอบคลุมของการทำ MedRec ไว้ในระบบกำกับติดตามคุณภาพประจำเดือน

2. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมไปยังคลินิกอื่นที่มีความเสี่ยงสูง เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวาร์ฟาริน คลินิกจิตเวช และงานบริการผู้ป่วยใน รวมถึงเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเพื่อแก้ปัญหาการรับยาซ้ำซ้อนข้ามหน่วยบริการ

3. ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่อง กระบวนการ MedRec และการใช้ระบบแจ้งเตือนอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันปรากฏการณ์เพิกเฉยต่อการแจ้งเตือน

4. ควรพัฒนาเอกสารสรุปรายการยาฉบับผู้ป่วย (Patient medication list) ที่พิมพ์ออกจากระบบ HosRx เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เป็นเครื่องมือจัดการยาที่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Controlled design) หรือการออกแบบ Stepped-wedge เพื่อเพิ่มความแกร่งของหลักฐานเชิงสาเหตุ

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว ได้แก่ อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และผลการควบคุมโรค (HbA1c และระดับความดันโลหิต)

3. ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Cost-effectiveness analysis) ของการลงทุนพัฒนาระบบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ

4. ควรศึกษามุมมองและประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อการได้รับคำแนะนำเรื่องการเปลี่ยนแปลงรายการยา รวมถึงผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ที่ให้การสนับสนุนนโยบายในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณคณะแพทย์ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรมพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศทุกท่าน ที่ร่วมออกแบบ ทดลองใช้ และสะท้อนผลการพัฒนาระบบอย่างทุ่มเท ตลอดจนขอขอบคุณงานเวชระเบียนที่อนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการวิจัย และเหนือสิ่งอื่นใด ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่สุดของการพัฒนาคุณภาพระบบยาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล.(2561). Medication reconciliation ผ่านแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?id=469&option=article_detail&subpage=article_detail .

2. The Joint Commission.(2023). National Patient Safety Goals effective January 2024 for the Hospital Program. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2023.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
4. จันทนี ฉัตรวิริยาวงศ์, สุรพงษ์ ตุลาพันธุ์.(2561). ผลของกระบวนการประสานรายการยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2561;15(3):95-102.
5. จันทิมา ศิริคัณทวานนท์, นันทยา ประคองสาย.(2557). ผลของการพัฒนา Medication Reconciliation ต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2557;31(4):232-247.
6. สมาพร สันถวะสกุล, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต.(2566). กระบวนการพัฒนาการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(3):33-46.
7. ทัศนีย์ ตุมผะกา.(2568). ผลการติดตามการทำ medication reconciliation ก่อนและหลังการใช้ระบบ IPD Paperless KPHIS ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะนอนโรงพยาบาล ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลละหานทราย. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(1):73-82.
8. สุทธิลักษณ์ ริ้วธงชัย.(2566). ผลของการพัฒนาระบบบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโดยใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลบางจาก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(1):72-85.
9. Marien S, Krug B, Spinewine A.(2017). Electronic tools to support medication reconciliation: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2017;24(1):227-240. doi:10.1093/jamia/ocw068.
10. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Buckeridge DL, Bustillo M, Forster AJ, Girard N, Habib B, Hanley J, Huang A, Kurteva S, Lee TC, Meguerditchian AN, Moraga T, Motulsky A, Petrella L, Weir DL, Winslade N.(2019). Effect of an electronic medication reconciliation intervention on adverse drug events: a cluster randomized trial. JAMA Netw Open. 2019;2(9):e1910756. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.10756.
11. Reason J.(2000). Human error: models and management. BMJ. 2000;320(7237):768-770. doi:10.1136/bmj.320.7237.768.
12. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย.(2567). รายงานเวชสถิติประจำปีงบประมาณ 2567. มหาสารคาม: โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย; 2567.
13. สายใจ ศาลาสุข, สงครามชัย ลีทองดี, รับขวัญ เชื้อลี.(2562). กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2562;8(2):68-77.
14. ดวงกมล เอกสมทราเมษฐ์.(2568). การศึกษาผลของการพัฒนาระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาและกระบวนการในห้องยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2568;7(1):e271443.
15. Kemmis S, McTaggart R, editors.(1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988. 154 p.
16. อภิฤดี เหมะจุฑา, ฉันทิกา ซื่อตรง.(2557). การประสานรายการยา (Medication Reconciliation): อีกหนึ่งมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในระบบยา. เวชบันทึกศิริราช. 2557;7(2):53-60.
17. สรวิศ โพธิกิจ.(2562). การพัฒนาระบบยาของงานบริการและบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2562;28(1):87-98.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : กรณีศึกษา

Community Nursing Care for a Patient with Ischemic Stroke: A Case Study.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 22,2026 ; Accepted: October 28,2026)

ศศิธร เท่าธุรี[1]
Sasithorn Thaothuri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเยี่ยมบ้านและการประเมินแบบองค์รวมด้วยเครื่องมือ INHOMESSS เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ ภายหลังพ้นระยะเฉียบพลันได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2569 โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมตามแนวคิด INHOMESSS ครอบคลุมด้านการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ สิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล การใช้ยา ความปลอดภัย สุขภาพจิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพ พร้อมให้สุขศึกษา ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันการหกล้ม การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และประสานการดูแลร่วมกับครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษา: ภายหลังการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว สามารถเดินภายในบ้านโดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุง และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ไม่พบการหกล้ม แผลกดทับ ข้อยึดติด ภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหว หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วงติดตาม ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเฝ้าระวังอาการเตือนของโรคได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, การเยี่ยมบ้าน, การพยาบาลชุมชน, โรคหลอดเลือดสมองตีบ, INHOMESSS

ABSTRACT

This study aimed to the nursing care of a patient with ischemic stroke receiving continuous community-based care using the nursing process, home visits, and holistic assessment based on the INHOMESSS framework to promote functional recovery, prevent complications, reduce the risk of recurrent stroke, and enhance the capacity of the patient and family for long-term self-care. This case study involved an 81-year-old Thai woman diagnosed with ischemic stroke with underlying hypertension and lumbar spinal stenosis. Following stabilization during the acute phase, she received continuous community-based nursing care through four home visits conducted between May and July 2026. The nursing process, including assessment, nursing diagnosis, care planning, implementation, and evaluation, was systematically applied. Holistic assessment using the INHOMESSS framework covered mobility, nutritional status, home environment, caregiver support, medication management, safety, spiritual health, and access to health services. Nursing interventions included health education, medication adherence counseling, rehabilitation exercises, fall prevention, risk factor modification, and coordination with family members, a multidisciplinary healthcare team, and village health volunteers.

Results: The patient consistently adhered to prescribed medications and treatment plans. Functional mobility gradually improved, enabling her to ambulate safely within the home using a walking cane and perform activities of daily living with greater independence. No falls, pressure injuries, joint contractures, mobility-related complications, or recurrent stroke were observed during follow-up. The caregiver and family demonstrated improved knowledge,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งพระ อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ

confidence, and active participation in rehabilitation, medication management, home safety modification, and recognition of stroke warning signs, contributing to effective and continuous home care.

Keywords: community nursing; continuous care; home visit; INHOMESSS; ischemic stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในผู้ใหญ่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชากรผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[1] โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด การรักษาในระยะเฉียบพลันด้วยระบบ Stroke Fast Track การให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดสมองตามข้อบ่งชี้ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2] แม้ว่าการรักษาในระยะเฉียบพลันจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว การทำกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร และการกลืน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การหกล้ม แผลกดทับ ข้อยึดติด ภาวะทุพโภชนาการ และการกลับเป็นซ้ำของโรค อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด[3] บทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมการประเมินปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม การวางแผนการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง[3] เครื่องมือ INHOMESSS เป็นแนวทางการประเมินสุขภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมทั้งด้านการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ผู้ดูแล การใช้ยา ความปลอดภัย สุขภาพจิต ความเชื่อ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายและตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลชุมชนร่วมกับการเยี่ยมบ้านสามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[4] การศึกษาของเกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์[1] รายงานว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ขณะที่ จิรานันท์ ชูช่วย และธัญมา หลายพัฒน์[6] พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิก นอกจากนี้ สายหยุด นพตลุง และคณะ[7] ยังพบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระยะของการรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งพระ อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายชนิด และมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว จำเป็นต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว อย่างไรก็ตาม การดูแล

ผู้ป่วยแต่ละรายมีความซับซ้อนและต้องอาศัยการประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมด้วยเครื่องมือ INHOMESSS และการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
2. เพื่อประเมินผลการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
3. เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมด้วยเครื่องมือ INHOMESSS เพื่อวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล ดำเนินการดูแล และประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างเป็นระบบ การศึกษามุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของโรค และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลชุมชน ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กรณีศึกษาคือผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ภายหลังเข้ารับการรักษาตามระบบ Stroke Fast Track และได้รับการส่งต่อรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันผู้ป่วยมีอาการคงที่และได้รับการส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งพระ อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ (Lumbar Spinal Stenosis) ซึ่งส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในบางกิจกรรม และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง

การศึกษานี้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง (Multiple Sources of Data) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุม ประกอบด้วย การศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งในระยะรักษาในโรงพยาบาลและระยะติดตาม การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ การสังเกตพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การตรวจร่างกาย และการประเมินภาวะสุขภาพระหว่างการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลที่รวบรวมได้ถูกนำมาวิเคราะห์ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการดูแล และประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง การประเมินผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการดำเนินงาน นอกจากนี้ ผู้ศึกษายังประยุกต์ใช้เครื่องมือ INHOMESSS ในการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมระหว่างการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนอย่างครอบคลุม การติดตามดูแลโดยการเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2569 โดยมีการประเมินอาการและความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกครั้ง พร้อมทั้งปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะ กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การให้สุขศึกษา

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของโรคตามหลัก FAST การส่งเสริมการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดตามศักยภาพของผู้ป่วย การป้องกันการหกล้มและภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างถูกต้อง นอกจากการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ผู้ศึกษายังประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อร่วมติดตามอาการ ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการจัดยา การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ของการศึกษาประเมินจากการเปลี่ยนแปลงด้านอาการทางคลินิก ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามแผนการรักษา การควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังประเมินผลด้านความรู้ ความเข้าใจความสามารถ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต่อเนื่องของการรักษา โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากการประเมินในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้ป่วยและประสิทธิผลของการพยาบาลชุมชน ผลการประเมินทั้งหมดถูกนำมาสังเคราะห์เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน และใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี สามารถรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ เข้ารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้อย่างเหมาะสม ไม่พบอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตลอดระยะเวลาการติดตาม อาการชาบริเวณซีกซ้ายของร่างกายลดลง กำลังกล้ามเนื้อแขนซ้ายคงอยู่ในระดับปกติ และกำลังกล้ามเนื้อขาซ้ายคงที่โดยไม่ลดลง ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง สามารถลุกนั่ง ยืน และเดินภายในบ้านโดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ และการขับถ่าย ได้มากขึ้นตามศักยภาพของตนเอง แม้ว่ายังคงต้องได้รับการดูแลบางส่วนจากผู้ดูแลเมื่อเดินนอกบ้านหรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้การทรงตัว ตลอดระยะเวลาการติดตาม ไม่พบการหกล้ม แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเคลื่อนไหวลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดและการออกกำลังกายตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำรงชีวิตภายในบ้านได้อย่าง

ปลอดภัย ผลการประเมินตามองค์ประกอบของ INHOMESSS พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการเหมาะสม รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ ไม่มีปัญหาการกลืน และมีน้ำหนักตัวคงที่ การใช้ยาเป็นไปตามแผนการรักษา โดยรับประทานยาได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ไม่พบการลืมรับประทานยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา สภาพแวดล้อมภายในบ้านได้รับการปรับปรุงให้ปลอดภัยมากขึ้น โดยครอบครัวได้จัดพื้นที่เดินให้โล่ง เก็บสิ่งกีดขวาง ติดตั้งราวจับในบริเวณที่จำเป็น และจัดห้องน้ำให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ทำให้ไม่พบอุบัติเหตุภายในบ้านในช่วงติดตาม ด้านผู้ดูแลและครอบครัว พบว่ามีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถจัดยา ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน สนับสนุนการออกกำลังกาย และเฝ้าระวังอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก FAST ได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น และสามารถประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมาตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและทีมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพยาบาลชุมชนที่ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมด้วยเครื่องมือ INHOMESSS ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชนได้

การประเมินผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS

ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ครั้ง ระหว่างเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2569 โดยประเมินตามเครื่องมือ **INHOMESSS** ดังนี้

I: Immobility (การเคลื่อนไหว) ผู้ป่วยมีอาการแขนและขาซีกซ้ายอ่อนแรงร่วมกับอาการชาซีกซ้ายจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบ สามารถเดินภายในบ้านโดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุง และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ไม่พบภาวะข้อยึดติดหรือภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว

N: Nutrition (ภาวะโภชนาการ) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืน รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ โดยเน้นอาหารลดหวาน มัน และเค็มตามคำแนะนำ น้ำหนักตัวคงที่ 42 กิโลกรัม ไม่พบภาวะขาดสารอาหาร

H: Home Environment (สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน) ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียว อากาศถ่ายเทสะดวก ช่วงแรกพบสิ่งกีดขวางและพื้นห้องน้ำเสี่ยงต่อการหกล้ม จึงได้ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อม เช่น การเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ การติดตั้งราวจับ และการจัดพื้นที่เดินให้ปลอดภัย ส่งผลให้สภาพบ้านเหมาะสมต่อการพักฟื้นและไม่พบอุบัติเหตุจากการหกล้มในช่วงติดตาม

O: Other People (ผู้ดูแลและครอบครัว) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี หลังได้รับคำแนะนำสามารถช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการสังเกตอาการผิดปกติได้อย่างถูกต้อง

M: Medication (การใช้ยา) ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Aspirin, Atorvastatin, Folic acid, Vitamin B complex และ Gabapentin อย่างสม่ำเสมอ ไม่พบการลืมรับประทานยา ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

E: Examination (การประเมินสุขภาพ) ระหว่างการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ ไม่มีอาการปากเบี้ยวหรือพูดไม่ชัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตสามารถควบคุมได้ ยังมี

อาการชาซีกซ้ายเล็กน้อย แต่ไม่พบอาการของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ

S: Safety (ความปลอดภัย) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงได้รับการประเมินความเสี่ยงและให้คำแนะนำในการป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การจัดสิ่งแวดล้อม และการมีผู้ดูแลช่วยเหลือระหว่างการเดิน ส่งผลให้ไม่พบการหกล้มหรือการบาดเจ็บตลอดระยะเวลาการติดตาม

S: Spiritual Health (ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ) ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส มีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบครัวให้การสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและการฟื้นฟูเป็นอย่างดี

S: Service (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของโรงพยาบาลคอนสารและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างต่อเนื่อง ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งมาตรวจตามนัดและรับยาต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วงระยะเวลาที่ติดตาม

การประเมินสภาพครอบครัว (Family Genogram and Family Relationship)

Family Genogram: ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 81 ปี อาศัยอยู่ร่วมกับบุตร ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การพามาพบแพทย์ตามนัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Family Relationship: จากการประเมินพบว่า ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี สมาชิกให้การดูแล เอาใจใส่ และสนับสนุนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการสื่อสารและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการรักษา ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการเยี่ยมบ้านและการติดตามการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเหมาะสม

Family Stress (ความเครียดของครอบครัว): ภายหลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก มีความกังวลเกี่ยวกับการฟื้นตัวของผู้ป่วย การกลับเป็นซ้ำของโรค และการดูแลระยะยาวที่บ้าน อย่างไรก็ตาม เมื่อได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรับประทานยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสังเกตอาการเตือนของโรค ความวิตกกังวลของครอบครัวลดลง ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้อย่างเหมาะสม

Family Coping (การเผชิญปัญหาของครอบครัว): ครอบครัวมีรูปแบบการเผชิญปัญหาในเชิงบวก โดยสมาชิกให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย มีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลด้านการรับประทานยา การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ครอบครัวยังเปิดรับคำแนะนำจากพยาบาลชุมชนและทีมสหวิชาชีพ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและไม่พบภาวะแทรกซ้อนในช่วงติดตามเยี่ยมบ้าน

Family Life Cycle (วงจรชีวิตครอบครัว): ครอบครัวอยู่ในระยะ **ครอบครัวที่มีสมาชิกสูงอายุ (Families in Later Life)** โดยผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่มีโรคเรื้อรังและมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ครอบครัวต้องปรับบทบาทจากการอยู่ร่วมกันตามปกติเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เน้นการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ การปรับตัวของครอบครัวเป็นไปในทิศทางที่ดี สมาชิกยอมรับการเปลี่ยนแปลงและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Family Role and Function (บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว): จากการประเมินพบว่า บุตรทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดยา การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุข

สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับแผนการรักษา ให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ครอบครัวสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพได้ดี และเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

จากการประเมินผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับมาพักรักษาที่บ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESS และการประเมินสภาพครอบครัวนำมาวิเคราะห์ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวลดลงและการเคลื่อนไหวบกพร่องจากภาวะโรคหลอดเลือดสมอง **ข้อมูลสนับสนุน (Supporting Data)** **Subjective data (S)** ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของขาซ้ายเพิ่มขึ้นจากเดิมร่วมกับมีอาการชาบริเวณขาซ้ายเล็กน้อย ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติขาซ้ายอ่อนแรงเรื้อรังมาเป็นเวลา 1 ปี จากภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ (Lumbar Spinal Stenosis: LSS) ผู้ดูแล (บุตร) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟื้นตัวของผู้ป่วย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และการดูแลระยะยาวที่บ้าน **Objective data (O)** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ร่วมกับมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ การตรวจร่างกายระบบประสาทพบว่า กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนซ้ายระดับ 5 (grade V) และขาซ้ายระดับ 4+ (grade IV+) ตรวจพบการรับความรู้สึกผิดปกติ โดยมีความรู้สึกชาลดลงบริเวณซีกซ้ายของร่างกาย (Sensory loss, left side) ผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรพื้นฐานส่วนใหญ่ แต่ยังต้องการความช่วยเหลือในการเดินและกิจกรรมที่ต้องใช้การทรงตัว (โดยผลการประเมิน Barthel ADL Index ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เท่ากับ 16 คะแนน บ่งชี้ถึงระดับพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงในการเดินภายในบ้าน การประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านช่วงแรก (ตามเครื่องมือ INHOMESSS) พบว่ามีสิ่งกีดขวางและพื้นห้องน้ำที่เสี่ยงต่อการหกล้ม **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อป้องกันการหกล้มและการเกิดอุบัติเหตุ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายใต้ข้อจำกัดของตนเองได้อย่างเหมาะสม	**กิจกรรมการพยาบาล** พยาบาลชุมชนประเมินผู้ป่วยระหว่างการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว การทรงตัว กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และความเสี่ยงต่อการหกล้ม เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ได้ประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ พื้นต่างระดับ พื้นลื่น แสงสว่างทางเดิน ห้องน้ำ และสิ่งกีดขวางที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ พร้อมให้คำแนะนำในการปรับสภาพบ้าน เช่น การจัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ การติดตั้งราวจับ และการใช้แผ่นกันลื่น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม พยาบาลส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแนะนำการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา รวมทั้งสอนการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการช่วยพยุงเดิน การจัดท่าทางที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หรือแขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมทั้งเน้นย้ำการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด พยาบาลชุมชนติดตามประเมินผลในการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง พร้อมให้คำปรึกษา เสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น **การประเมินผล** ภายหลังการดูแล ผู้ป่วยไม่เกิดการหกล้มหรือได้รับบาดเจ็บ สามารถลุกนั่ง ยืน และเดินภายในบ้านได้อย่างปลอดภัยโดยมีผู้ดูแลหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามความเหมาะสม ครอบครัวสามารถจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้เหมาะสมและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดการหกล้มหรือได้รับบาดเจ็บตลอดระยะเวลาที่ได้รับการดูแล สามารถเคลื่อนไหวและเปลี่ยนอิริยาบถได้อย่างปลอดภัย โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามความเหมาะสม ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหรือเลือดออกผิดปกติในร่างกายเนื่องจาก ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Aspirin) ร่วมกับมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มศีรษะกระแทก **ข้อมูลสนับสนุน (Supporting Data)** **ข้อมูลอัตนัย (Subjective Data):** ผู้ป่วยมีอาการชาบริเวณแขนและขาซ้าย ผู้ป่วยมีประวัติขาซ้ายอ่อนแรงเรื้อรังมานาน 1 ปีจากภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ (Lumbar Spinal Stenosis) บุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว **ข้อมูลปรนัย (Objective Data):** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ร่วมกับมีโรคความดันโลหิตสูง แรกรับประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนซ้ายระดับ 5 และขาซ้ายระดับ 4+ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin 81 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า เพื่อต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือดแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ (PT 10.40 วินาที, INR 0.90, aPTT 21.9 วินาที) ผลการประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านในช่วงแรกพบสิ่งกีดขวางและพื้นห้องน้ำที่เสี่ยงต่อการหกล้ม **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล (Nursing Objectives)** 1.เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการหกล้มที่อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของศีรษะและเกิดภาวะเลือดออกในสมองตามมา 2.เพื่อเฝ้าระวังและประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดอย่างเป็นระบบ 3.เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและเฝ้าสังเกตอาการแสดงที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล (Evaluation Criteria)** 1.ไม่เกิดอุบัติเหตุหรือการหกล้มตลอดระยะเวลาที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2.ไม่พบอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติในร่างกาย เช่น ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะเป็นสีน้ำล้างเนื้อ หรืออุจจาระมีสีดำคล้ำ 3.ไม่พบอาการแสดงทางระบบประสาทที่บ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกในสมอง (Intracranial Hemorrhage) หรือการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน อาเจียนพุ่ง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ปากเบี้ยว หรือพูดไม่ชัด	**กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions) (บูรณาการร่วมกับเครื่องมือประเมิน INHOMESSS ในการเยี่ยมบ้าน)** **1. การประเมินและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ (Examination & Safety & Immobility):** -ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ (เน้นการควบคุมความดันโลหิต) และอาการแสดงทางระบบประสาทอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองเฉียบพลัน -ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) และประเมินความก้าวหน้าของกำลังกล้ามเนื้อแขนและขาของผู้ป่วยในระหว่างการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความมั่นคงในการเคลื่อนไหว -ตรวจประเมินผิวหนังตามร่างกายเพื่อค้นหารอยจ้ำเลือด จุดเลือดออก (Petechiae) หรือการมีบาดแผลจากการกระแทกที่ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวเนื่องจากมีอาการชาซีกซ้าย **2. การป้องกันอุบัติเหตุและการจัดสิ่งแวดล้อม (Home Environment & Safety):** -ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อความปลอดภัย ได้แก่ การจัดเก็บสิ่งของที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินให้เรียบร้อย พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น หลีกเลี่ยงพื้นต่างระดับ ติดตั้งราวจับในจุดที่เหมาะสม (เช่น ห้องน้ำ และทางเดิน) และจัดแสงสว่างให้เพียงพอ เพื่อลดโอกาสการสะดุดล้มศีรษะฟาด -สอนและฝึกการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ไม้เท้าพยุงเดิน) อย่างถูกวิธี เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและการทรงตัว และแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยพยุงและเฝ้าดูอย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเสียการทรงตัว **3. การจัดการและการเฝ้าระวังเรื่องการใช้ยา (Medication):** -แนะนำและติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยา Aspirin 81 mg อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอตามแผนการ -รักษา โดยให้รับประทานหลังอาหารเช้าทันที เพื่อป้องกันภาวะระคายเคืองและเลือดออกในทางเดินอาหาร -เน้นย้ำความสำคัญของการห้ามหยุดยาหรือปรับขนาดยาเอง เด็ดขาด และหลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาชุด ยาสมุนไพร หรือยาหม้อ ซึ่งอาจเสริมฤทธิ์ของยาต้านเกล็ดเลือดจนทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้ง่ายขึ้น **4. การให้สุขศึกษาและการประสานงานในชุมชน (Other People & Service & Spiritual):** -สอนและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการเตือนฉุกเฉินทางสมองตามหลัก FAST เช่น ใบหน้าเบี้ยว (Face) แขนหรือขาอ่อนแรงมากขึ้น (Arm) พูดไม่ชัดหรือพูดลำบาก (Speech) หาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4.ผู้ป่วยและผู้ดูแล (บุตร) สามารถอธิบายวิธีการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างถูกต้อง อาการข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวัง และบอกอาการเตือนตามหลัก FAST ได้อย่างถูกต้อง	พบอาการเหล่านี้ หรือหากผู้ป่วยมีอุบัติเหตุล้มศีรษะกระแทก แม้จะยังไม่มีอาการผิดปกติ ให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันที -ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (บุตร) ในการช่วยจัดยา เตือนรับประทานยา และส่งเสริมการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างปลอดภัย -ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เพื่อช่วยเยี่ยมบ้านติดตามความปลอดภัย สภาพแวดล้อม และประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Underweight / Mild Malnutrition) เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ร่วมกับมีภาวะสูงอายุและกล้ามเนื้ออ่อนแรงซีกซ้าย **ข้อมูลสนับสนุน (Supporting Data)** **ข้อมูลอัตนัย (Subjective Data):** ผู้ป่วยมีอาการชาและอ่อนแรงแขนขากล้ามเนื้อซีกซ้าย ทำให้ขยับตัวและช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีข้อจำกัดในการเตรียมและเข้าถึงอาหารด้วยตนเอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อโดยเน้นอาหารจำกัดรสชาติ (ลดหวาน มัน เค็ม) ตามคำแนะนำ **ข้อมูลปรนัย (Objective Data):** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี สิทธิการรักษาผู้สูงอายุ น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 18.42 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมาตรฐานเอเชีย (เกณฑ์ปกติคือ 18.5 – 22.9 kg/m²) สะท้อนถึงภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า Albumin เท่ากับ 3.5 g/dL ซึ่งต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย บ่งบอกถึงภาวะโปรตีนในเลือดค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยได้รับยาบำรุงสารอาหาร ได้แก่ Folic acid และ Vitamin B Complex **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล (Nursing Objectives)** 1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร พลังงาน และโปรตีนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในวัยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางกายภาพ 2. เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) ที่รุนแรงขึ้น และส่งเสริมให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเข้าสู่เกณฑ์ปกติ หรือคงที่ระดับ 42 กิโลกรัม โดยไม่ลดต่ำลงกว่าเดิม 3. เพื่อส่งเสริมให้ระดับเม็ดโปรตีนในเลือด (Albumin) ขยับขึ้นสู่เกณฑ์ปกติ **เกณฑ์การประเมินผล (Evaluation Criteria)** 1. ดัชนีมวลกาย (BMI) ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นหรือน้ำหนักตัวไม่ลดลงต่ำกว่า 42 กิโลกรัม 2. ผลตรวจ Albumin ในเลือดเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ (> 3.5 g/dL)	**กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions) (บูรณาการร่วมกับเครื่องมือประเมิน INHOMESSS ในการเยี่ยมบ้าน)** 1. การประเมินและติดตามภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง (N - Nutrition & E - Examination): -ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประเมินปริมาณอาหารที่รับประทานได้จริงในแต่ละมื้อ (Food Record) ร่วมกับประเมินฟันและการเคี้ยวเคี้ยวของผู้สูงอายุ แม้ประเมินแรกรับจะไม่มีปัญหาการกลืน แต่ยังต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ -ชั่งน้ำหนักตัวของผู้ป่วยทุกครั้งในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินแนวโน้มและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงโภชนาการ -ตรวจประเมินอาการทางคลินิกของภาวะขาดสารอาหาร เช่น ผิวหนัง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเยื่อบุตาขาว รวมถึงเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับที่จุดรับน้ำหนักเนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อยและขยับตัวลดลง -ติดตามและประเมินผลแลปที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้านและโภชนาการ โดยเฉพาะค่า Albumin 2. การจัดการอาหารที่มีประโยชน์และให้สุขศึกษาทางโภชนาการ (N - Nutrition & M - Medication): -สอนและแนะนำผู้ดูแล (บุตร) ในการจัดอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูงย่อยง่าย และอมน้ำได้ดี เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว เต้าหู้ นมพร่องมันเนย หรือโยเกิร์ต เพื่อช่วยเพิ่มระดับโปรตีน Albumin ในกระแสเลือดและฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อ -แนะนำให้จัดอาหารมื้อย่อย ๆ เป็น 4-5 มื้อต่อวัน (มื้อหลัก 3 มื้อ และมื้อว่างที่มีประโยชน์ 1-2 มื้อ) แทนการกินอาหารมื้อใหญ่ทีเดียว เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณพลังงานรวมที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน -เน้นย้ำความสำคัญของการจัดอาหารที่สารอาหารครบ 5 หมู่ และยังคงจำกัดรสหวาน มัน และเค็ม ตามแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการสะสมไขมันและแรงดันเลือดที่ผิดปกติ -แนะนำและติดตามการทานยา Folic acid และ Vitamin B Complex อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร บำรุงระบบประสาท และป้องกันภาวะโลหิตจาง 3. การจัดสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมจิตใจในการรับประทานอาหาร (H - Home Environment & O - Other People & S - Spiritual Health):

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดหรือเกือบหมดจานในแต่ละมื้อ มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น และรับประทานยาบำรุง Folic acid และ Vitamin B Complex ได้สม่ำเสมอ 4. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกของการขาดสารอาหาร เช่น แขนขาลีบแรงลง ผิวหนังแห้ง หรือแผลหายยาก 5. ผู้ดูแลหลัก (บุตร) มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดหาอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพดีและสารอาหารครบถ้วนตามหลักโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง	-แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่รับประทานอาหารให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีสิ่งรบกวนทางกลิ่น เพื่อช่วยกระตุ้นความรู้สึกเจริญอาหารของผู้ป่วย -ส่งเสริมและแนะนำให้ผู้ดูแลหลัก (บุตร) หรือสมาชิกในครอบครัวร่วมรับประทานอาหารกับผู้ป่วยบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มความรู้สึกอบอุ่นทางจิตใจ ลดความเหงา และส่งเสริมแรงจูงใจในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ -ให้กำลังใจและลดความเครียดความกังวลของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเตรียมนมหรืออาหารเสริมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 4. การประสานความร่วมมือในชุมชน (S - Service): -ประสานงานร่วมกับแพทย์ รพ.สต. หรือนักกำหนดอาหาร ในการประเมินการเสริมอาหารทาง การแพทย์ (Medical Nutrition) ในกลุ่มนมสูตรครบถ้วนที่มีโปรตีนสูงและเหมะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หาก น้ำหนักตัวผู้ป่วยยังมีแนวโน้มลดลง -ประสาน อสม. ในพื้นที่เพื่อร่วมติดตามตรวจความสม่ำเสมอในการเตรียมอาหารที่มีคุณภาพและการชั่งน้ำหนักระหว่างการเยี่ยมบ้าน **การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation)** ภายหลังการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืน รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ โดยมีผู้ดูแล (บุตร) ช่วยจัดอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย มีโปรตีนสูง และจำกัดรสหวาน มัน เค็ม ตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ผลการติดตามพบว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยคงที่อยู่ที่ 42 กิโลกรัม อย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะขาดสารอาหารรุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อซีกซ้ายที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เกือบทั้งหมด (คะแนน Barthel ADL พัฒนาจาก 16 คะแนนเป็น 19 คะแนน) และมีสภาพจิตใจที่แจ่มใสร่วมมือในการฟื้นฟูเป็นอย่างดี

สรุปการประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation)

จากการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง พบว่าผู้ดูแลและครอบครัวให้ความร่วมมือดีมาก มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น จัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ และผู้ป่วยเดินภายในบ้านโดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (Aspirin) ได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ไม่ลืมทานยา และไม่พบอาการผิดปกติของภาวะเลือดออกง่าย เช่น จ้ำเลือดตามตัว หรือเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร สัญญาณชีพควบคุมได้ดี และไม่มีอุบัติเหตุหกล้มหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ตลอดระยะเวลาการดูแล

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชนโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมด้วยเครื่องมือ INHOMESSS และการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภายหลังพ้นระยะเฉียบพลัน ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาความต้องการ และปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม การใช้ยา ผู้ดูแล ความปลอดภัย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้สามารถวาง

แผนการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามดูแลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งสามารถปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัย มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลชุมชนที่ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมด้วยเครื่องมือ INHOMESSS และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน อันจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชนโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวมด้วยเครื่องมือ INHOMESSS และการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น และไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วงติดตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประเมินปัญหาอย่างเป็นระบบ การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์[1] มินตรา ธรรมกุล[4] และฉวีวรรณ มงคลชู[8] ที่รายงานว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การประยุกต์ใช้เครื่องมือ INHOMESSS ช่วยให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ สิ่งแวดล้อม การใช้ยา ความปลอดภัย ผู้ดูแล และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้สามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคล โดยเฉพาะการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การป้องกันการหกล้ม และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นการประเมินแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ของณัฏฐนิช เกศรินหอมหวน และอรุณี รัตนนิเทศก์[3] รวมถึงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูของประทุมมาศ ไชยสุนทร[9] และประดับพร เนตวงษ์[10] นอกจากนี้ ความร่วมมือของครอบครัวและผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด และการสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก FAST ช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วงติดตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญจิรา กันทะโล และวาสนา รวยสูงเนิน[11] ที่พบว่าการส่งเสริมการยึดมั่นต่อแนวทางการพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ศรีพนม[12] ที่รายงานว่าการส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและดูแลตนเองได้ดีขึ้น การประสานการดูแลระหว่างพยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วย

ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงระยะฟื้นฟูในชุมชน ส่งผลให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและลดโอกาสเกิดโรคซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรานันท์ ชูช่วย และธัญมา หลายพัฒน์[5] วรางค์ฤทธิ์ ปานณรงค์[13] กฤษณา ภิรมย์พูล และคณะ[14] และสายหยุด นพตลุง และคณะ[7] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์.(2023). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2023;16(2):74-88.
2. อภิญญา พวงเงิน.(2026). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง. Region 3 Medical and Public Health Journal. 2026;23(1):126-34.
3. ณัฏฐนิช เกศรินหอมหวน, อรุณี รัตนนิเทศก์.(2021). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิเวชสาร. 2021;32(1-3):63-74.
4. มินตรา ธรรมกุล.(2021). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2021;1(2):75-87.
5. จิรานันท์ ชูช่วย, ธัญมา หลายพัฒน์.(2024). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. สหศาสตร์: วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2024;23(2):128-41.
6. จิราพร รปไพรี.(2015). กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2015;12(2):9-16.
7. สายหยุด นพตลุง, บุหลัน เปลี่ยนไธสง, วิไลรัตน์ สอดโคกสูง.(2025). ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2025;10(4):276-84.
8. ฉวีวรรณ มงคลชู.(2026). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2026;11(1):1315-26.
9. ประทุมมาศ ไชยสุนทร.(2023). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลคำม่วง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023;8(2):250-9.
10. ประดับพร เนตวงษ์.(2023). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023;8(3):100-8.
11. ขวัญจิรา กันทะโล, วาสนา รวยสูงเนิน.(2020). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเพื่อส่งเสริมการยึดมั่นต่อแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2020;21(3):225-33.
12. สุภาพร ศรีพนม.(2025). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2025;12(2):83-97.
13. วรางค์ฤทธิ์ ปานณรงค์.(2026). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2026;11(1):135-47.
14. กฤษณา ภิรมย์พูล, ณัฏฐ์ศิกา ใคร่ครวญ, สุภาพรณ์ ประยูรมหิสร.(2025). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2025;5(1):1-12.

การพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยวัณโรค โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

Development of a GeneXpert MTB/RIF Referral Testing System to Improve the Efficiency of Tuberculosis Diagnosis Using the LEAN Concept at Phayakkhaphum Phisai Hospital.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 22,2026 ; Accepted: October 28,2026)

ธนิฏฐา จันนา[1]
Tanitta Channa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ร่วมกับกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ Pre-Analytical, Analytical และ Post-Analytical เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการส่งตรวจและสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ครอบคลุมค่าประมาณการณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร PAOR จำนวน 1 วงรอบ ดำเนินการในปีงบประมาณ 2567 โดยประยุกต์แนวคิด LEAN ร่วมกับกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ Pre-Analytical, Analytical/Referral และ Post-Analytical พัฒนาระบบใน 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการสิ่งส่งตรวจ การประสานงานและนำส่งสิ่งส่งตรวจ และระบบติดตามผลตรวจและรายงานผลใน HosXP

ผลการศึกษา: ในปีงบประมาณ 2567 มีการส่งตรวจ GeneXpert จำนวน 198 รายการ พบสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม 24 รายการ (ร้อยละ 12.00) และมีการเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ครบทั้ง 24 รายการ โดยสามารถเก็บใหม่ทันที 9 รายการ ผลตรวจได้รับครบ 198 รายการ (ร้อยละ 100) จำนวนผู้ป่วย AFB negative ที่ได้รับการส่งตรวจ GeneXpert เพิ่มจาก 145 รายในปี 2566 เป็น 198 รายในปี 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.55 ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบเพิ่มจาก 104 เป็น 122 ราย และสัดส่วนการค้นพบเมื่อเทียบกับค่าประมาณการณ์เพิ่มจากร้อยละ 85.95 เป็น 87.14

คำสำคัญ: GeneXpert MTB/RIF, วัณโรค, LEAN, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ระบบส่งตรวจ, ห้องปฏิบัติการ

Abstract

This study aimed to develop a referral system for GeneXpert MTB/RIF testing by applying LEAN concepts alongside the three-stage laboratory testing process—pre-analytical, analytical, and post-analytical—to enhance the efficiency of the referral process and support the detection of new tuberculosis cases in line with estimated figures. This action research study was conducted using one Plan–Act–Observe–Reflect (PAOR) cycle during fiscal year 2024. The LEAN concept was integrated with three phases of the laboratory testing process: pre-analytical, analytical/referral, and post-analytical phases. The system was developed in three areas: specimen management, coordination and transportation of specimens, and result tracking and reporting through the HosXP system.

Results: In fiscal year 2024, 198 specimens were referred for GeneXpert testing. Twenty-four specimens (12.00%) were unsuitable, and all 24 specimens were recollected, including 9 specimens recollected immediately. All 198 test results were received (100%). The number of AFB-negative patients referred for GeneXpert testing increased from 145 in fiscal year 2023 to 198 in fiscal year 2024, representing a 36.55% increase. The number of newly identified tuberculosis cases increased from 104 to 122, while the proportion of cases identified compared with the estimated number of new tuberculosis cases increased from 85.95% to 87.14%.

Keywords: GeneXpert MTB/RIF, tuberculosis, LEAN, action research, referral testing system, laboratory

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้าอาจเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อในชุมชน การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ได้ครอบคลุมตามค่าประมาณการณ์จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการ

[1] นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

ควบคุมวัณโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อวัณโรค แต่ผลการตรวจเสมหะด้วยวิธี AFB ไม่พบเชื้อ ซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีตรวจทางอณูชีววิทยาที่สามารถตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคได้ เพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจพบเชื้อและสนับสนุนการวินิจฉัยโรคอย่างเหมาะสม[1,2]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยในกรณีที่ต้องตรวจ GeneXpert MTB/RIF โรงพยาบาลดำเนินการส่งสิ่งส่งตรวจไปตรวจยังห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาล (Out Lab) ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ดังนั้น ประสิทธิภาพของระบบตรวจวินิจฉัยจึงไม่ได้ขึ้นอยู่เฉพาะกระบวนการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการปลายทาง แต่ยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการตั้งแต่การเก็บและตรวจสอบคุณภาพสิ่งส่งตรวจ การเตรียมและนำส่งสิ่งส่งตรวจ การประสานงานด้านการขนส่งตลอดจนการติดตาม รับ และรายงานผลกลับมายังแพทย์ผู้รักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระบบการส่งตรวจและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชุมชนที่สะท้อนให้เห็นความสำคัญของกระบวนการนำส่งและการรายงานผล[3]

จากการทบทวนข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 พบปัญหาในกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF หลายประการ ได้แก่ สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถตรวจได้ในรอบนั้น และผู้ป่วยต้องเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ในช่วงเวลาถัดไป การนำส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการภายนอกไม่ทันรอบรถ Refer เนื่องจากไม่ทราบรอบการเดินทางของรถหรือเกิดปัญหาในการนำกล่องสิ่งส่งตรวจไปกับรถ และการติดตามหรือรายงานผลตรวจล่าช้า โดยในปีงบประมาณ 2564–2566 มีจำนวนการส่งตรวจ GeneXpert 157, 148 และ 145 ราย ตามลำดับ พบ MTB detected 24, 33 และ 32 ราย ตามลำดับ ขณะที่ปัญหาการรายงานผลในระบบ HosXP ล่าช้ามีจำนวน 68, 52 และ 50 ราย ตามลำดับ[4]

ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในหลายตำแหน่งของกระบวนการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งด้านความผิดพลาดของสิ่งส่งตรวจ การรอคอย การขนส่ง และความล่าช้าของข้อมูล จึงได้นำแนวคิด LEAN มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์กระบวนการ โดยมุ่งค้นหากิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าและปรับปรุงขั้นตอนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ในห้องปฏิบัติการสามารถช่วยปรับปรุงระยะเวลารอคอยผลตรวจ โดยความสูญเปล่าที่พบได้รวมถึงการขนส่ง การจัดการข้อมูลด้วยมือ และกระบวนการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ[5] ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพิจารณากระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ Pre-Analytical, Analytical และ Post-Analytical เพื่อค้นหาจุดที่เกิดความสูญเปล่าและออกแบบแนวทางปรับปรุงกระบวนการให้มีความต่อเนื่องและลดความล่าช้า

ในปีงบประมาณ 2567 จึงได้พัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF โดยดำเนินการปรับปรุงกระบวนการใน 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ประเด็นแรกด้าน Pre-Analytical พัฒนาแนวทางการตรวจสอบและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้สามารถแจ้งและเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ได้ทันที ประเด็นที่สองด้านการนำส่งสิ่งส่งตรวจ พัฒนาการบูรณาการทำงานกับหน่วยยานพาหนะและจัดให้มีการแจ้งเตือนรอบรถ Refer ผ่านกลุ่ม LINE เพื่อให้ห้องปฏิบัติการสามารถเตรียมและนำส่งสิ่งส่งตรวจได้ทันรอบ และประเด็นที่สาม ด้าน Post-Analytical พัฒนาแนวทางการติดตามผลและนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดตามและรายงานผล เพื่อให้แพทย์ผู้รักษาสามารถเข้าถึงผลการตรวจได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น แนวทางการปรับปรุงดังกล่าวมุ่งจัดการความสูญเปล่าด้านสิ่งส่งตรวจ การรอคอย การขนส่ง และการจัดการข้อมูล ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการ

กล่าวถึงในการประยุกต์ใช้ LEAN เพื่อปรับปรุงกระบวนการทางห้องปฏิบัติการ[5]

การพัฒนาระบบดังกล่าวมีเป้าหมายมากกว่าการลดความล่าช้าของกระบวนการทางห้องปฏิบัติการ แต่ต้องการสนับสนุนการเข้าถึงการตรวจ GeneXpert ของผู้ป่วยที่มีผล AFB negative ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทั้งนี้ การตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยาที่ WHO แนะนำเป็นทางเลือกสำคัญในการตรวจวินิจฉัยวัณโรค และควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับแนวทางการวินิจฉัยและบริบทของผู้ป่วย [1,2] ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยที่มีผล AFB positive จำนวน 72 ราย และมีผู้ที่มีผล AFB negative และได้รับการส่งตรวจ GeneXpert จำนวน 145 ราย โดยตรวจพบ MTB detected 32 ราย ส่งผลให้มีการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่รวม 104 ราย จากค่าประมาณการณ์ 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.95 ของค่าประมาณการณ์ ในปีงบประมาณ 2567 หลังการพัฒนาระบบ พบ AFB positive จำนวน 94 ราย มีผู้ที่มีผล AFB negative และได้รับการส่งตรวจ GeneXpert จำนวน 198 ราย ตรวจพบ MTB detected 28 ราย และค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่รวม 122 ราย จากค่าประมาณการณ์ 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.14 ของค่าประมาณการณ์[4]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ร่วมกับกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ Pre-Analytical, Analytical และ Post-Analytical เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งตรวจให้มีประสิทธิภาพ ลดความสูญเปล่าและความล่าช้า และสนับสนุนการเข้าถึงการตรวจของผู้ป่วยกลุ่มที่มีผล AFB negative อันจะช่วยสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ครอบคลุมค่าประมาณการณ์ และส่งเสริมการเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ร่วมกับกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ Pre-Analytical, Analytical และ Post-Analytical เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการส่งตรวจและสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ครอบคลุมค่าประมาณการณ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความสูญเปล่าในกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
2. เพื่อพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ในด้านการจัดการสิ่งส่งตรวจ การนำส่งสิ่งส่งตรวจ และการติดตามรายงานผล โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ
4. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากค่าประมาณการณ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ
5. เพื่อศึกษาผลการตรวจ GeneXpert MTB/RIF ในผู้ป่วยที่มีผล AFB negative และผลต่อการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยดำเนินการ 1 วงรอบของ PAOR ได้แก่ Plan, Action, Observation และ Reflection ในปีงบประมาณ 2567 เพื่อพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ในการวิเคราะห์ความสูญเปล่าของกระบวนการ และใช้กรอบกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ Pre-Analytical, Analytical/Referral และ Post-Analytical

การวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้นใช้ข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2564–2566 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในระบบส่งตรวจ ได้แก่ การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การพลาดรอบรถนำส่ง การส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการภายนอกล่าช้า และการติดตามหรือรายงานผลล่าช้า จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบและพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF แบบบูรณาการในปีงบประมาณ 2567

ข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวนการส่งตรวจ GeneXpert, จำนวนสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม, การเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำ, การพลาดรอบรถ Refer, การส่งตรวจ Out Lab ล่าช้า และการรายงานผลในระบบ HosXP ล่าช้า ซึ่งมีข้อมูลย้อนหลังปี 2564–2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้รับบริการที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและมีการส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี GeneXpert MTB/RIF ผ่านระบบส่งตรวจของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ในปีงบประมาณ 2564–2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลและติดตามผลการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย

1. แบบประเมินกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ใช้ประเมินกระบวนการตั้งแต่การเก็บสิ่งส่งตรวจ การตรวจสอบคุณภาพสิ่งส่งตรวจ การนำส่งไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก การรับผลและการรายงานผลแก่แพทย์ผู้รักษา โดยแบ่งตามกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ Pre-Analytical: การเก็บและตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ Analytical/Referral: การนำส่งและประสานงานกับห้องปฏิบัติการที่รับตรวจ และPost-Analytical: การรับ ติดตาม และรายงานผลตรวจ

2. แบบบันทึกข้อมูลการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ใช้เก็บข้อมูลระดับ specimen โดยกำหนดให้ 1 แถวแทน 1 specimen ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลสิ่งส่งตรวจ ผล AFB การส่ง Out Lab ผล MTB ผล Rifampicin วันและเวลาที่ผลออก การรับผล และการแจ้งผล

3. แบบบันทึกความสูญเปล่าในกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ใช้บันทึกประเภทและสาเหตุของความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในกระบวนการ เช่น สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม (Defect) การรอคอย (Waiting) การนำส่งหรือพลาดรอบรถ (Transportation) และความล่าช้าของข้อมูลและผลตรวจ (Information Delay)

4. แบบบันทึกระบบ Referral Transportation GeneXpert MTB/RIF ใช้บันทึกข้อมูลการนำส่งสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ รอบรถ Refer วันที่และเวลาเก็บสิ่งส่งตรวจ วันที่และเวลาออกจากโรงพยาบาล และวันที่และเวลาที่สิ่งส่งตรวจถึงห้องปฏิบัติการภายนอก ข้อมูลพื้นฐานของระบบเดิมพบว่ามีรถ Refer จำนวน 365 ครั้งต่อปี และปัญหาการพลาดรอบเกิดจากการที่ห้องปฏิบัติการไม่ทราบรอบรถและเจ้าหน้าที่หน่วยยานพาหนะลืมนำกล่องสิ่งส่งตรวจไปส่ง

5. แบบบันทึกระบบติดตามผลตรวจ GeneXpert MTB/RIF ใช้ทะเบียนเดียวกันกับข้อ 2. ทะเบียนบันทึกการส่งตรวจ การติดตาม และรายงานผล GeneXpert

6. แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ใช้บันทึกข้อมูล จำนวนผู้ป่วย AFB positive จำนวนผู้ป่วย AFB negative ที่ส่งตรวจ GeneXpert จำนวนผล GeneXpert ที่ตรวจพบ MTB จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบ ค่าประมาณการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคเมื่อเทียบกับค่าประมาณการณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรง (Validity) ตรวจความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content

validity) และนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง พร้อมปรับปรุงตามขอเสนอแนะอีกครั้ง และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยในปีงบประมาณ 2567 โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR ดังนี้

1. การวางแผนงาน (Plan)

1.1 ทบทวนข้อมูลการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ย้อนหลังปีงบประมาณ 2564–2566

1.2 วิเคราะห์ปัญหาและความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในระบบ

1.3 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในกระบวนการ Pre-Analytical, Analytical/Referral และ Post-Analytical

1.4 กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบส่งตรวจ

1.5 กำหนดตัวชี้วัดและแบบบันทึกข้อมูลสำหรับติดตามผลข้อมูลย้อนหลังพบว่าในปี 2564–2566 มีการส่งตรวจ GeneXpert จำนวน 157, 148 และ 145 รายการ ตามลำดับ และพบปัญหาสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การเก็บ specimen ซ้ำ การพลาดรอบรถ การส่ง Out Lab ล่าช้า และการรายงานผลใน HosXP ล่าช้า

2. การดำเนินการพัฒนาระบบ (Action)

ดำเนินการพัฒนาระบบแบบบูรณาการ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ระบบจัดการสิ่งส่งตรวจ (Specimen Management) พัฒนาแนวทางการตรวจสอบความเหมาะสมของสิ่งส่งตรวจก่อนส่งตรวจ กำหนดเกณฑ์สิ่งส่งตรวจที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และเมื่อพบสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสมให้ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่โดยเร็ว เพื่อลดความสูญเปล่าจากการเก็บ specimen ซ้ำ ในปี 2567 มีข้อมูลการส่งตรวจ 198 รายการ พบสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม 24 รายการ คิดเป็นร้อยละ 12 โดยสาเหตุ ได้แก่ ปริมาณไม่เหมาะสม สิ่งส่งตรวจปนเลือดหรือเศษอาหาร และสิ่งส่งตรวจมีลักษณะเป็นน้ำลาย

องค์ประกอบที่ 2 ระบบ Referral Transportation พัฒนาระบบประสานงานระหว่างห้องปฏิบัติการกับหน่วยยานพาหนะ โดยใช้กลุ่ม LINE สำหรับแจ้งเตือนรอบรถ Refer และเตรียมกล่องสิ่งส่งตรวจให้พร้อมก่อนถึงรอบนำส่ง เพื่อลดการพลาดรอบรถและลดระยะเวลารอส่งสิ่งส่งตรวจ

องค์ประกอบที่ 3 ระบบ Result Tracking พัฒนาระบบติดตามสถานะผลตรวจ ตั้งแต่ผลตรวจออกจากห้องปฏิบัติการภายนอก การรับผล การบันทึกผลในระบบ HosXP และการแจ้งผลแก่แพทย์ผู้รักษา เพื่อให้สามารถติดตามผลได้อย่างต่อเนื่องและลดความล่าช้าของการรายงานผล

3. การติดตามและประเมินผล (Observation) เก็บข้อมูลหลังการพัฒนาระบบประกอบด้วย

จำนวนและร้อยละของสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม จำนวนการเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำ การพลาดรอบรถ Refer ระยะเวลาการนำส่งสิ่งส่งตรวจ ระยะเวลาตั้งแต่ส่งตรวจจนได้รับผล ระยะเวลาการรายงานผล จำนวนการส่งตรวจ GeneXpert ผล MTB detected ผล Rifampicin resistance จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบ และร้อยละการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคเมื่อเทียบกับค่าประมาณการณ์

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการพัฒนา โดยพิจารณาทั้งด้านกระบวนการ ด้านผลการตรวจ และด้านผลลัพธ์การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค จากนั้นสรุปปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระยะเวลา ตามลักษณะของข้อมูล เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยกำหนดไว้สำหรับเปรียบเทียบ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นพบ 104 รายในปี 2566 และ 122 รายในปี 2567

รวมทั้งจำนวนการส่งตรวจ GeneXpert ในกลุ่ม AFB negative จำนวน 145 และ 198 ราย ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่ EC 38/2566 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาของระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ก่อนการพัฒนา

จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังระหว่างปีงบประมาณ 2564–2566 พบว่า โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยมีการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF จำนวน 157, 148 และ 145 ราย ตามลำดับ โดยพบปัญหาในกระบวนการส่งตรวจ ได้แก่ สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสมและต้องเก็บซ้ำ การพลาดรอบรถนำส่ง การส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการภายนอกล่าช้า และการรายงานผลในระบบ HosXP ล่าช้า

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาตามแนวคิด LEAN พบว่าปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความสูญเปล่าหลายประเภท ได้แก่ Defect จากสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม Waiting จากการรอเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่และรอรอบรถ Transportation จากการพลาดรอบนำส่ง และ Information Delay จากการติดตามและรายงานผลตรวจล่าช้า จึงนำไปสู่การออกแบบระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF แบบบูรณาการ ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการสิ่งส่งตรวจ การนำส่ง และการติดตามผลตรวจ

2. ผลการพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF

การพัฒนาระบบในปีงบประมาณ 2567 ดำเนินการเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ Specimen Management, Referral Transportation และ Result Tracking โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผลการพัฒนาระบบจัดการสิ่งส่งตรวจ (Specimen Management)

ในปีงบประมาณ 2567 มีการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF จำนวน 198 รายการ พบสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสมจำนวน 24 รายการ คิดเป็นร้อยละ 12.00 สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ปริมาณสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม สิ่งส่งตรวจปนเลือดหรือเศษอาหาร และสิ่งส่งตรวจมีลักษณะเป็นน้ำลาย จากสิ่งส่งตรวจที่ไม่เหมาะสมทั้ง 24 รายการ มีความจำเป็นต้องเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่จำนวน 24 รายการ และสามารถดำเนินการเก็บใหม่ได้ทันทีจำนวน 9 รายการ คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของสิ่งส่งตรวจที่ไม่เหมาะสม ส่วนที่เหลือจำเป็นต้องรอการเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการและรอบการนำส่ง โดยข้อมูลเดิมพบว่าระยะเวลารอส่งสิ่งส่งตรวจอาจอยู่ที่ 1–7 วัน ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการตรวจสอบความเหมาะสมของสิ่งส่งตรวจก่อนเข้าสู่กระบวนการส่งตรวจเป็นประเด็นสำคัญในการลดความสูญเปล่าจากการเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำและลดการรอคอยของผู้รับบริการ

2.2 ผลการพัฒนาระบบ ประสานงานและนำส่งสิ่งส่งตรวจ (Referral Transportation)

ระบบเดิมอาศัยรอบรถ Refer ในการนำส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก โดยมีรถ Refer จำนวน 365 ครั้งต่อปี และห้องปฏิบัติการใช้บริการตามรอบดังกล่าว ปัญหาสำคัญที่พบจากข้อมูลย้อนหลัง คือ ห้องปฏิบัติการไม่ทราบกำหนดการของรถ Refer เพื่อแจ้งเตือน และบางครั้งเจ้าหน้าที่หน่วยยานพาหนะลืมนำกล่องสิ่งส่งตรวจไปส่ง ทำให้เกิดการพลาดรอบนำส่ง ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบประสานงานระหว่างห้องปฏิบัติการกับหน่วยยานพาหนะ โดยใช้ LINE Group สำหรับแจ้งเตือนรอบรถ Refer และจัดเตรียมกล่องสิ่งส่งตรวจให้พร้อมก่อนถึงรอบนำส่ง เพื่อให้การนำส่งสิ่งส่งตรวจมีความต่อเนื่องและลดความสูญเปล่าจากการรอรอบรถ

2.3 ผลการพัฒนาระบบการติดตามและรายงานผลตรวจ (Result Tracking)

จากการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 มีการส่งตรวจ GeneXpert จำนวน 198 รายการ และได้รับผลตรวจครบทั้ง 198 รายการ คิดเป็น ร้อยละ 100.00 โดยพัฒนาการติดตามผลตั้งแต่วันที่ผลตรวจออก

วันที่ห้องปฏิบัติการได้รับผล วันที่บันทึกผล และวันที่แจ้งผลแก่แพทย์ผู้รักษา การกำหนดจุดติดตามดังกล่าวทำให้สามารถตรวจสอบสถานะของสิ่งส่งตรวจแต่ละรายการได้ตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทาง และช่วยให้ห้องปฏิบัติการสามารถติดตามรายการที่ยังไม่ได้รับผลได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่กำหนดให้มีการบันทึกวันที่และเวลาผลออก วันที่รับผล และวันที่แจ้งผล

3. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

3.1 ผลการเปรียบเทียบด้านกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF

จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ AFB positive จำนวน 72 ราย และผู้ป่วยกลุ่ม AFB negative ที่ได้รับการส่งตรวจ GeneXpert จำนวน 145 ราย ขณะที่ปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วย AFB positive จำนวน 94 ราย และผู้ป่วยกลุ่ม AFB negative ที่ได้รับการส่งตรวจ GeneXpert จำนวน 198 ราย โดยภายหลังการพัฒนาระบบ จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม AFB negative ที่ได้รับการส่งตรวจ GeneXpert เพิ่มขึ้น 53 ราย (ร้อยละ 36.55) สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของปริมาณการส่งตรวจในกลุ่มดังกล่าว

3.2 ผลการเปรียบเทียบผลการตรวจ GeneXpert ในกลุ่มผู้ป่วย AFB negative

เมื่อเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการพัฒนา กับปีงบประมาณ 2567 ซึ่งเป็นช่วงดำเนินการพัฒนา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีผล AFB negative และได้รับการส่งตรวจ GeneXpert เพิ่มขึ้นจาก 145 ราย เป็น 198 ราย เพิ่มขึ้น 53 ราย หรือร้อยละ 36.55 อย่างไรก็ตาม จำนวนผล GeneXpert ที่ตรวจพบ MTB ลดลงจาก 32 ราย เป็น 28 ราย ขณะที่อัตราการตรวจพบ MTB ในกลุ่มที่ส่งตรวจลดลงจาก ร้อยละ 22.07 เป็นร้อยละ 14.14 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในปี 2567 มีการเข้าถึงการตรวจ GeneXpert ในกลุ่ม AFB negative เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แม้ว่าสัดส่วนการตรวจพบ MTB จะลดลงเมื่อเทียบกับปี 2566 ซึ่งสะท้อนว่าการส่งตรวจครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มที่กว้างขึ้น

4. ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากค่าประมาณการณ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ผลลัพธ์สำคัญของการพัฒนาระบบคือการสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยกำหนดจำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบจาก ผู้ป่วย AFB positive ร่วมกับผู้ป่วย AFB negative ที่มีผล GeneXpert MTB detected

ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วย AFB positive จำนวน 72 ราย และผล GeneXpert MTB detected ในกลุ่ม AFB negative จำนวน 32 ราย รวมเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบ 104 ราย จากค่าประมาณการณ์ 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.95

ในปีงบประมาณ 2567 พบผู้ป่วย AFB positive จำนวน 94 ราย และผล GeneXpert MTB detected ในกลุ่ม AFB negative จำนวน 28 ราย รวมเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบ 122 ราย จากค่าประมาณการณ์ 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.14 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2566 และ 2567 จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบเพิ่มขึ้นจาก 104 ราย เป็น 122 ราย หรือเพิ่มขึ้น 18 ราย (ร้อยละ 17.31) ขณะที่ร้อยละการค้นพบเมื่อเทียบกับค่าประมาณการณ์เพิ่มขึ้นจาก 85.95 เป็น 87.14 หรือเพิ่มขึ้น 1.19 จุดร้อยละ ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในปีที่ดำเนินการพัฒนาระบบ มีการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นและมีสัดส่วนการค้นพบเมื่อเทียบกับค่าประมาณการณ์สูงขึ้น โดยระบบส่งตรวจ GeneXpert ที่พัฒนาขึ้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่ม AFB negative สามารถเข้าถึงการตรวจเพิ่มเติมได้มากขึ้น

5. ผลการศึกษาผลการตรวจ GeneXpert MTB/RIF ในผู้ป่วยที่มีผล AFB negative และผลต่อการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

จากการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผล

ตรวจ AFB negative ระหว่างปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการพัฒนาระบบ และปีงบประมาณ 2567 ซึ่งเป็นช่วงหลังการพัฒนาระบบ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจ GeneXpert เพิ่มขึ้นจาก 145 ราย เป็น 198 ราย เพิ่มขึ้น 53 ราย หรือร้อยละ 36.55 แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม AFB negative ที่ได้รับการส่งตรวจ GeneXpert เพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาระบบ

ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม AFB negative ที่ได้รับการส่งตรวจเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.55 แม้จำนวนและอัตราการตรวจพบ MTB จะลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า แต่ผลการดำเนินงานดังกล่าวแสดงถึงการเพิ่มขึ้นของปริมาณการเข้าถึงบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ด้านกระบวนการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2564–2566 พบปัญหาสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การพลาดรอบรถ Refer การส่งตรวจและรายงานผลล่าช้า ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการสิ่งส่งตรวจ การประสานงานนำส่งและการติดตามผล ปีงบประมาณ 2567 ส่งตรวจ 198 รายการ พบสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม 24 รายการ (ร้อยละ 12.00) และเก็บใหม่ได้ทันที 9 รายการ (ร้อยละ 37.50) หลังพัฒนาระบบไม่พบการพลาดรอบรถ Refer ได้รับผลตรวจครบถ้วนร้อยละ 100 และแจ้งแพทย์ภายในเฉลี่ย 3.03 วัน (มัธยฐาน 3 วัน) เมื่อเทียบกับปี 2566 ผู้ป่วย AFB negative ที่ส่งตรวจเพิ่มจาก 145 เป็น 198 ราย (ร้อยละ 36.55) ขณะที่ MTB detected ลดจาก 32 เป็น 28 ราย และอัตราการตรวจพบลดจากร้อยละ 22.07 เป็น 14.14 ส่วนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบเพิ่มจาก 104 เป็น 122 ราย และร้อยละการค้นพบเทียบค่าประมาณการณ์เพิ่มจาก 85.95 เป็น 87.14 (เพิ่ม 1.19 จุดร้อยละ) ผลสะท้อนการเพิ่มขึ้นของปริมาณการส่งตรวจและความครบถ้วนในการติดตามผล อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะและความเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละปี จึงไม่อาจสรุปว่าเกิดจากระบบที่พัฒนาเพียงปัจจัยเดียว

การศึกษานี้พัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ร่วมกับกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ Pre-Analytical, Analytical/Referral และ Post-Analytical ตามวงจร PAOR จำนวน 1 วงรอบ ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาระบบช่วยจัดการปัญหาตั้งแต่การเก็บสิ่งส่งตรวจ การนำส่งไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก และการติดตามผลตรวจ โดยเฉพาะการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจ GeneXpert ในผู้ป่วย AFB negative และสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

การประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN พบว่าปัญหาของระบบเดิมมีทั้งสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การรอเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ การพลาดรอบรถ Refer และความล่าช้าในการติดตามผล สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Cherie และคณะ ซึ่งพบว่าการขนส่ง การประมวลผลข้อมูลด้วยมือ และกระบวนการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นความสูญเปล่าที่พบได้ในห้องปฏิบัติการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN มีส่วนช่วยปรับปรุงระยะเวลารายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ[5] นอกจากนี้ Gupta และคณะใช้ Value Stream Mapping และเครื่องมือวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อค้นหาคอขวดของกระบวนการ และรายงานว่าระยะเวลารายงานผลตรวจเฉลี่ยลดลงภายหลังการปรับปรุงกระบวนการ[6] ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าการเพิ่มประสิทธิภาพระบบส่งตรวจสามารถดำเนินการได้ผ่านการปรับปรุงขั้นตอนการทำงานและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน แม้โรงพยาบาลจะไม่มีเครื่อง GeneXpert ภายในหน่วยงานก็ตาม

ในระยะ Pre-Analytical ด้านการจัดการสิ่งส่งตรวจ พบสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม 24 จาก 198

รายการ คิดเป็นร้อยละ 12.00 โดยสาเหตุ ได้แก่ ปริมาณไม่เหมาะสม การปนเปื้อนเลือดหรือเศษอาหาร และการเก็บสิ่งส่งตรวจเป็นน้ำลาย ทำให้ต้องเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ ผลดังกล่าวสะท้อนความสำคัญของการควบคุมคุณภาพตั้งแต่ต้นทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Persoon และคณะ ซึ่งประยุกต์ใช้หลัก Lean Production ในกระบวนการ Pre-Analytical และลดระยะเวลาประมวลผลก่อนการวิเคราะห์จากค่ามัธยฐาน 29 นาที เหลือ 19 นาที[7] ดังนั้น การตรวจสอบความเหมาะสมของสิ่งส่งตรวจก่อนส่งจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดโอกาสเกิดความสูญเปล่าจากการเก็บตัวอย่างซ้ำและลดการรอคอยในกระบวนการ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินระยะเวลาที่ลดลงจากการเก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำโดยตรง

ด้าน Referral Transportation ด้านการประสานงานและนำส่งสิ่งส่งตรวจ การพัฒนาระบบแจ้งเตือนรอบรถ Refer และการประสานงานกับหน่วยยานพาหนะมีเป้าหมายเพื่อจัดการความสูญเปล่าประเภท Waiting และ Transportation โดยในปีงบประมาณ 2567 ไม่พบการพลาดรอบรถ Refer แนวทางนี้สอดคล้องกับการทบทวนของ Cherie และคณะ ซึ่งระบุว่าการขนส่งเป็นหนึ่งในความสูญเปล่าที่พบได้ในกระบวนการห้องปฏิบัติการ[5] และสอดคล้องกับการศึกษาของ White และคณะ ซึ่งพบว่าการปรับการไหลของงานตามแนวคิด LEAN สามารถลดระยะเวลารายงานผลตรวจในห้องปฏิบัติการของแผนกฉุกเฉินได้โดยไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายในบริบทที่ศึกษา[8] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นผลด้านการไม่พบการพลาดรอบรถ Refer หลังพัฒนาระบบ แต่ยังไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากองค์ประกอบใดของระบบเพียงองค์ประกอบเดียว

สำหรับ Post-Analytical ด้านการติดตามและรายงานผลตรวจ การพัฒนา Result Tracking ตั้งแต่การติดตามสถานะผลตรวจ การรับผล การบันทึกใน HosXP และการแจ้งแพทย์ ทำให้สามารถติดตามผลตรวจได้ครบถ้วน โดยในปีงบประมาณ 2567 มีการส่งตรวจ 198 รายการและได้รับผลครบ 198 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100 ผลดังกล่าวแสดงถึงความครบถ้วนของการติดตามผลตรวจตามข้อมูลที่ศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดการปรับปรุง workflow และการลดขั้นตอนที่ไม่เพิ่มคุณค่า ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ Cherie และคณะ และ Gupta และคณะ[5,6] ทั้งนี้ ความครบถ้วนของผลตรวจที่ได้รับไม่ได้หมายความว่าระยะเวลาทุกขั้นตอนลดลงหรือไม่มีความล่าช้า จึงควรพิจารณาร่วมกับข้อมูลระยะเวลาการติดตามและรายงานผลของระบบ

ผลด้านการเข้าถึง GeneXpert พบว่าจำนวนผู้ป่วย AFB negative ที่ได้รับการส่งตรวจ GeneXpert เพิ่มจาก 145 รายในปีงบประมาณ 2566 เป็น 198 รายในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้น 53 ราย หรือร้อยละ 36.55 แม้จำนวนผล MTB detected ลดจาก 32 รายเป็น 28 ราย และอัตราการตรวจพบลดจากร้อยละ 22.07 เป็น 14.14 การเปลี่ยนแปลงของจำนวนและอัตราการตรวจพบดังกล่าวไม่ควรนำมาใช้สรุปโดยตรงว่าประสิทธิภาพของระบบส่งตรวจลดลง เนื่องจากการศึกษานี้มุ่งพัฒนาระบบบริการ ไม่ใช่การศึกษาความแม่นยำในการวินิจฉัย และไม่ได้ใช้ culture เป็นมาตรฐานอ้างอิงเพื่อประเมินความไวและความจำเพาะของการตรวจ

การเพิ่มการเข้าถึง GeneXpert ในกลุ่ม AFB negative มีความสำคัญในเชิงการวินิจฉัย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีวัณโรคแม้ผลตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ โดยการศึกษาของ Reechaipichitkul และคณะในประเทศไทยพบว่า GeneXpert MTB/RIF มีความไวร้อยละ 83.9 และความจำเพาะร้อยละ 92.1 เมื่อเปรียบเทียบกับการเพาะเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผล AFB smear negative[9] ขณะที่การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Steingart และคณะรายงานค่าความไวรวมร้อยละ 67 และค่าความจำเพาะรวมร้อยละ 99 เมื่อใช้ Xpert MTB/RIF เป็นการตรวจเพิ่มเติมหลังผล smear negative[10] ค่าประมาณจากงานวิจัยทั้งสองเรื่องแตกต่างกันตามประชากรศึกษา วิธีการศึกษา และบริบทการตรวจ จึงใช้สนับสนุนบทบาทของ GeneXpert ในการตรวจ

เพิ่มเติมได้ แต่ไม่ควรนำมาใช้แทนการประเมินความแม่นยำของผลตรวจในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

ด้านผลลัพธ์การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค พบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ค้นพบเพิ่มจาก 104 รายในปีงบประมาณ 2566 เป็น 122 รายในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้น 18 ราย และสัดส่วนการค้นพบเมื่อเทียบกับค่าประมาณการณ์เพิ่มจากร้อยละ 85.95 เป็นร้อยละ 87.14 หรือเพิ่มขึ้น 1.19 จุดร้อยละ ผลดังกล่าวแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยระบบส่งตรวจ GeneXpert ที่พัฒนาขึ้นอาจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจในกลุ่ม AFB negative ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่แสดงประโยชน์ของ GeneXpert ในการตรวจผู้ป่วยที่มีผล AFB smear negative[9,10] อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถสรุปได้ว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดจากระบบที่พัฒนาขึ้นเพียงปัจจัยเดียว เนื่องจากผลการค้นหาผู้ป่วยอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะผู้ป่วย การคัดกรอง การส่งตรวจ และกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอื่น ๆ ในแต่ละปีด้วย

โดยสรุป การประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ในการพัฒนาระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ช่วยให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เชื่อมโยงการจัดการสิ่งส่งตรวจ การประสานงานนำส่ง และการติดตามผลตรวจเข้าด้วยกัน ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การไม่พบเหตุการณ์พลาดรอบรถ Refer การได้รับผลตรวจครบถ้วน และการเพิ่มขึ้นของปริมาณการส่งตรวจในกลุ่ม AFB negative ผลการศึกษาจึงสนับสนุนการนำแนวคิด LEAN มาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งตรวจในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยควรติดตามผลอย่างต่อเนื่องและพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกันในการประเมินประสิทธิผลของระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการ ควรนำระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำ โดยเฉพาะการตรวจสอบคุณภาพสิ่งส่งตรวจก่อนส่ง การแจ้งเตือนรอบรถ Refer และการติดตามผลตรวจอย่างเป็นระบบ เพื่อให้กระบวนการส่งตรวจมีความต่อเนื่องและลดความสูญเปล่า

2. ด้านการติดตามผลลัพธ์ ควรติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อัตราสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การพลาดรอบนำส่ง ระยะเวลาตั้งแต่เก็บสิ่งส่งตรวจจนถึงได้รับผล และระยะเวลาการรายงานผล เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงระบบตามแนวคิด LEAN อย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการพัฒนางานวิจัยต่อยอด ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่การตรวจพบวัณโรคจนถึงการเริ่มรักษา (Time to treatment) และติดตามผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะยาว เพื่อประเมินผลของระบบต่อเนื่องและให้เห็นผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). WHO operational handbook on tuberculosis. Module 3: diagnosis—rapid diagnostics for tuberculosis detection. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240089501
2. World Health Organization.(2025). WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107984
3. ณัฐธกูล ไชยสงคราม, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, เพชรวรรณ พึ่งรัศมี, ศตวรรษ แสนใหม่, อินท์ฉัตร สุขเกษม, ชุลีพร จิระพงษา. (2565). การประเมินระบบการส่งตรวจและรายงานผลการทดสอบความไวต่อยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2562. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2565;53(39):591-601. doi:10.59096/wesr.v53i39.3439.
4. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย. (2567). ข้อมูลจากการทบทวนผลการดำเนินงานกระบวนการส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
5. Cherie N, Berta DM, Tamir M, Yiheyis Z, Angelo AA, Tarekegn AM, et al.(2024). Improving laboratory turnaround times in clinical settings: a systematic review of the impact of lean methodology application. PLoS One. 2024;19(10). doi:10.1371/journal.pone.0312033.
6. Gupta S, Kapil S, Sharma M.(2018). Improvement of laboratory turnaround time using lean methodology. Int J Health Care Qual Assur. 2018;31(4):295-308. doi:10.1108/IJHCQA-08-2016-0116.
7. Persoon TJ, Zaleski S, Frerichs J.(2006). Improving preanalytic processes using the principles of lean production (Toyota Production System). Am J Clin Pathol. 2006;125(1):16-25. doi:10.1309/865V7UMFPUKGCF8D.
8. White BA, Baron JM, Dighe AS, Camargo CA Jr, Brown DFM.(2015). Applying Lean methodologies reduces ED laboratory turnaround times. Am J Emerg Med. 2015;33(11):1572-1576. doi:10.1016/j.ajem.2015.06.013.
9. Reechaipichitkul W, Phetsuriyawong A, Chaimanee P, Ananta P.(2016). Diagnostic test of sputum GeneXpert MTB/RIF for smear negative pulmonary tuberculosis. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2016;47(3):457-466.
10. Horne DJ, Kohli M, Zifodya JS, Schiller I, Dendukuri N, Tollefson D, et al.(2019). Xpert MTB/RIF and Xpert MTB/RIF Ultra for pulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2019;6(6). doi:10.1002/14651858.CD009593.pub4.

การพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง โดยใช้แนวคิด LEAN

Development of a Laboratory Test Referral and Result Reporting Model for Assessing the Risk of Severe Thalassemia in Fetuses Using the LEAN Concept.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 22,2026 ; Accepted: October 28,2026)

ธณิชา ป้องชารี[1]
Thanicha Pongcharee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอย และสนับสนุนการประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์อย่างรวดเร็วและเหมาะสม การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ได้แก่ Plan, Action, Observation และ Reflection ร่วมกับแนวคิด LEAN ดำเนินการในปีงบประมาณ 2567 โดยใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2566 เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนา กระบวนการพัฒนาครอบคลุมระยะ Pre-Analytical และ Post-Analytical โดยระยะ Pre-Analytical ปรับให้ห้องปฏิบัติการสามารถพิจารณาส่งตรวจ Hb Typing ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผล MCV, MCH และ DCIP โดยพิจารณาร่วมกับผลของคู่สามี–ภรรยา เพื่อลดขั้นตอนการรอการพิจารณาก่อนส่งตรวจ ส่วนระยะ Post-Analytical ปรับรูปแบบการรายงานผลจากการดาวน์โหลดและแนบไฟล์ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกเข้าสู่ระบบ HosXP เป็นการเชื่อมโยงผลตรวจผ่าน Online Link เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงผลตรวจของแพทย์

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาจากการคัดกรองจนถึงการส่งตรวจ Hb Typing ลดลงจากประมาณ 13 วันในปีงบประมาณ 2566 เหลือ 5 วันในปีงบประมาณ 2567 และระยะเวลาจากการคัดกรองจนถึงได้รับผล Hb Typing ลดลงจากประมาณ 14–15 วัน เหลือ 6–7 วัน ปีงบประมาณ 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรอง 309 ราย เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ Hb Typing 39 ราย และส่งตรวจ PCR 8 ราย ขณะที่ปีงบประมาณ 2567 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรอง 276 ราย เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ Hb Typing 50 ราย และส่งตรวจ PCR 10 ราย พบคู่เสี่ยงต่อทารก 1 รายในปี 2566 และไม่พบในปี 2567 มีการส่งตรวจ Amniocentesis 1 รายในปี 2566 และไม่พบในปี 2567 และไม่พบรายที่มีความเสี่ยงต่อทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงทั้งสองปี ด้านความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งานระบบ ได้แก่ พยาบาล 5 คน และสูตินรีแพทย์ 2 คน เพิ่มจากร้อยละ 82 เป็นร้อยละ 96 ส่วนความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งประเมินทุกรายที่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ เพิ่มจากร้อยละ 78 ในปี 2566 จำนวน 39 ราย เป็นร้อยละ 88 ในปี 2567 จำนวน 50 ราย โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจเนื่องจากสามารถทราบผลการประเมินความเสี่ยงได้ทันทีในการนัดฟังผลครั้งแรกและลดการเจาะเลือดหลายครั้ง

คำสำคัญ: ธาลัสซีเมีย, หญิงตั้งครรภ์, Hb Typing, LEAN, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ห้องปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to develop a laboratory test referral and result reporting model for assessing the risk of severe thalassemia in fetuses using the LEAN concept. The study was conducted during fiscal year 2024 using the PAOR cycle (Plan, Action, Observation, and Reflection). The model focused on improving the pre-analytical and post-analytical processes. In the pre-analytical phase, the laboratory evaluated MCV, MCH, and DCIP results according to predefined criteria and initiated Hb Typing referral without waiting for repeated physician consideration. In the post-analytical phase, the reporting process was improved by replacing the downloading and attaching of external laboratory result files in HosXP with an online link for direct access to results.

[1] นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

After implementation, the time from screening to Hb Typing referral decreased from approximately 13 days in fiscal year 2023 to 5 days in fiscal year 2024, while the time from screening to receiving Hb Typing results decreased from approximately 14–15 days to 6–7 days. The number of pregnant women receiving Hb Typing increased from 39 to 50 cases, while PCR testing increased from 8 to 10 cases. Staff satisfaction increased from 82% to 96%, and satisfaction among pregnant women meeting the Hb Typing criteria increased from 78% to 88%. No cases of severe thalassemia risk in the fetus were identified in either year.
Keywords: Thalassemia, Pregnant women, Hb Typing,

บทนำ

ธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมของฮีโมโกลบินที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้ที่เป็นพาหะส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ทำให้สามารถถ่ายทอดยีนที่ผิดปกติไปสู่บุตรได้โดยไม่ทราบว่าตนเองเป็นพาหะ การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสจึงมีความสำคัญในการค้นหาคู่ที่มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง และนำเข้าสู่กระบวนการตรวจยืนยันและวินิจฉัยก่อนคลอดอย่างเหมาะสม[1,2]

กระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการคัดกรองธาลัสซีเมียประกอบด้วยการตรวจคัดกรองเบื้องต้น เช่น ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Volume: MCV) ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินต่อเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Hemoglobin: MCH) และการทดสอบ DCIP เพื่อคัดกรองภาวะฮีโมโกลบินอี ในรายที่มีผลเข้าเกณฑ์จะได้รับการตรวจเพิ่มเติม เช่น การวิเคราะห์ชนิดฮีโมโกลบิน (Hb Typing) การตรวจสารพันธุกรรมด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) สำหรับธาลัสซีเมียชนิดแอลฟาและเบตา รวมถึงการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยวิธีเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ในคู่สมรสที่มีข้อบ่งชี้[1,2,3] การบริหารจัดการกระบวนการส่งตรวจจึงมีความสำคัญต่อระยะเวลาที่ผู้รับบริการจะได้รับข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลครรภ์อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนกระบวนการให้บริการของหน่วยงานพบว่า ระบบเดิมมีขั้นตอนที่อาจทำให้เกิดความล่าช้า โดยภายหลังการตรวจ MCV, MCH และ DCIP พยาบาลจะคัดกรองผลและส่งให้แพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องส่งตรวจ Hb Typing หรือไม่ ส่งผลให้เกิดระยะเวลารอคอยก่อนการส่งตรวจ นอกจากนี้ ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกถูกส่งกลับในรูปแบบไฟล์ภาพ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องดาวน์โหลดไฟล์ ตรวจสอบ และแนบไฟล์เข้าสู่ระบบ HosXP ก่อนที่แพทย์จะสามารถเข้าถึงผลตรวจได้ กระบวนการดังกล่าวมีขั้นตอนที่สามารถนำมาทบทวนและปรับปรุงเพื่อลดความสูญเปล่าได้ โดยเฉพาะความสูญเปล่าจากการรอคอยและการดำเนินงานที่ไม่จำเป็น ตามแนวคิด LEAN[4,5]

แนวคิด LEAN มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและลดความสูญเปล่าในกระบวนการทำงาน โดยการประยุกต์ใช้ในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สามารถช่วยค้นหาขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า ลดระยะเวลารอคอย และปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการได้ ความสูญเปล่าที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนี้ ได้แก่ การรอคอย (Waiting) การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น (Motion) และกระบวนการที่เกินความจำเป็น (Overprocessing) การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการปรับปรุงขั้นตอนการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการให้มีความคล่องตัวมากขึ้น[4,5]

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ โดยปรับกระบวนการระยะก่อนการวิเคราะห์ (Pre-Analytical Phase) ให้ห้องปฏิบัติการสามารถพิจารณาส่งตรวจ Hb Typing ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อลดขั้นตอนการรอพิจารณาที่ไม่จำเป็น และปรับกระบวนการระยะหลังการวิเคราะห์ (Post-

Analytical Phase) จากการดาวน์โหลดและแนบไฟล์ผลตรวจเป็นการเชื่อมโยงผลตรวจผ่าน Online Link เพื่อให้แพทย์สามารถเข้าถึงผลตรวจได้สะดวกขึ้น การพัฒนานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานตามหลัก LEAN[4,5] โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความคล่องตัวในการให้บริการ ทั้งนี้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาของกระบวนการตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการส่งตรวจ Hb Typing และการได้รับผล Hb Typing ก่อนและหลังการพัฒนา
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบต่อการเข้าสู่กระบวนการตรวจยืนยันและการประเมินความเสี่ยงต่อทารก
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งานระบบและหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN สามารถลดระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการส่งตรวจ Hb Typing ในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์ได้ เมื่อเปรียบเทียบกับระบบเดิม
2. รูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN สามารถลดระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการได้รับผล Hb Typing เมื่อเปรียบเทียบกับระบบเดิม
3. รูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นช่วยลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นและความสูญเปล่าในกระบวนการส่งตรวจและรายงานผล ทำให้บุคลากรสามารถดำเนินงานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. หลังการพัฒนาระบบ ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์การส่งตรวจ Hb Typing สูงกว่าก่อนการพัฒนา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[6] โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ได้แก่ Plan, Action, Observation และ Reflection เพื่อพัฒนากระบวนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ[7] ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ซึ่งมุ่งเน้นการลดความสูญเปล่าและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน[4,5] การดำเนินงานมุ่งเน้นการวิเคราะห์กระบวนการตั้งแต่ระยะก่อนการวิเคราะห์ (Pre-Analytical Phase) ได้แก่ การตรวจคัดกรองและการพิจารณาส่งตรวจ Hb Typing จนถึงระยะหลังการวิเคราะห์ (Post-Analytical Phase) ได้แก่ การรายงานและการเข้าถึงผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอก ข้อมูลปีงบประมาณ 2566 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนา และข้อมูลปีงบประมาณ 2567 ใช้ประเมินผลหลังการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียและเข้าสู่กระบวนการประเมินความเสี่ยงในช่วงเวลาที่ศึกษา ปีงบประมาณ 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรอง 309 ราย และมีผู้ที่เข้าเกณฑ์ส่ง Hb Typing จำนวน 39 ราย ส่วนปีงบประมาณ 2567 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรอง 276 ราย และมีผู้ที่เข้าเกณฑ์ส่ง Hb Typing จำนวน 50 ราย

กลุ่มผู้ประเมินความพึงพอใจด้านบุคลากรประกอบด้วยพยาบาล 5 คน และสูตินรีแพทย์ 2 คน รวม 7 คน ส่วนการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดำเนินการในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่

เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ Hb Typing ได้แก่ 39 รายในปีงบประมาณ 2566 และ 50 รายในปีงบประมาณ 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แนวทางการส่งตรวจ Hb Typing ในหญิงตั้งครรภ์และคู่สามี

2. แบบฟอร์มการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยธาลัสซีเมีย

3. วิธีปฏิบัติงานการรายงานผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกเข้าสู่ระบบ HosXP ผ่าน Online Link

4. แบบประเมินความพึงพอใจ 4.1) แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจคัดกรองและยืนยันผลพาหะธาลัสซีเมีย คลินิกฝากครรภ์ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย (สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง) 4.2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจคัดกรองและยืนยันผลพาหะธาลัสซีเมีย คลินิกฝากครรภ์ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย (สำหรับแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง)

4. แอปพลิเคชั่น Line OA แจ้งข่าวสาร/ค่าวิกฤติ คลินิกฝากครรภ์ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรง (Validity) ตรวจความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) และนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง พร้อมปรับปรุงตามขอเสนอแนะอีกครั้ง และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ขั้นตอนการพัฒนาระบบ

การพัฒนาระบบแบ่งเป็น 2 ประเด็นสำคัญ

1) การพัฒนาระยะ Pre-Analytical

ระบบเดิมมีขั้นตอน

ตรวจ MCV/MCH/DCIP ⟶ พยาบาลคัดกรอง ⟶ ส่งแพทย์พิจารณา ⟶ รอการพิจารณา ⟶ ส่ง Hb Typing

หลังการพัฒนา ปรับเป็น

ตรวจ MCV/MCH/DCIP ⟶ ห้องปฏิบัติการพิจารณาตามเกณฑ์ ⟶ ส่ง Hb Typing

โดยใช้เกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ DCIP positive, MCV <80 fL หรือ MCH <27 pg โดยการพิจารณาความเสี่ยงต้องคำนึงถึงผลการตรวจของคู่สามี–ภรรยาร่วมกัน

การปรับกระบวนการดังกล่าวมุ่งลดความสูญเปล่าประเภท Waiting จากการรอการพิจารณาก่อนส่งตรวจ

2) การพัฒนาระยะ Post-Analytical

ระบบเดิมมีขั้นตอน

Out Lab ส่งผล ⟶ ดาวน์โหลดไฟล์ภาพ ⟶ ตรวจสอบ ⟶ แนบไฟล์เข้าสู่ HosXP ⟶ แพทย์เปิดดูผล

ระบบใหม่ปรับเป็น

Out Lab ส่งผล ⟶ Online Link ⟶ แพทย์เข้าถึงผลตรวจ

การปรับรูปแบบดังกล่าวช่วยลดขั้นตอนการจัดการไฟล์และการแนบเอกสารเข้าสู่ระบบ และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงผลตรวจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลกระบวนการส่งตรวจจากระบบและแบบบันทึกของหน่วยงาน โดยบันทึกข้อมูล MCV, MCH, DCIP, การส่ง Hb Typing, ผล Hb Typing, การตรวจ PCR, Amniocentesis และสถานะความเสี่ยงต่อทารก

สำหรับตัวชี้วัดด้านระยะเวลา ใช้ระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการส่ง Hb Typing และระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงได้รับผล Hb Typing เป็นตัวชี้วัดหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพและกระบวนการนำเสนอในรูปแบบการบรรยายและ Process Mapping เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และระยะเวลา นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา ความพึงพอใจนำเสนอเป็นร้อยละของผู้ที่มีความพึงพอใจ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่ EC 39/2566 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนากระบวนการตามแนวคิด LEAN

การวิเคราะห์กระบวนการก่อนการพัฒนาพบความสูญเปล่าหลัก ได้แก่ การรอคอยการพิจารณาส่ง Hb Typing และขั้นตอนการดาวน์โหลดและแนบไฟล์ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกเข้าสู่ระบบ HosXP

ภายหลังการพัฒนา ห้องปฏิบัติการสามารถพิจารณาส่งตรวจ Hb Typing ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้ลดขั้นตอนการรอการพิจารณา และเปลี่ยนการรายงานผลจากการดาวน์โหลดและแนบไฟล์เป็น Online Link ซึ่งทำให้แพทย์สามารถเข้าถึงผลตรวจได้สะดวกขึ้น

ผลด้านระยะเวลาของกระบวนการ Hb Typing

ระยะเวลาจากการคัดกรองจนถึงการส่ง Hb Typing ลดลงจากประมาณ 13 วันในปีงบประมาณ 2566 เหลือ 5 วันในปีงบประมาณ 2567 คิดเป็นการลดลงประมาณ 8 วัน

ระยะเวลาจากการคัดกรองจนถึงได้รับผล Hb Typing ลดลงจากประมาณ 14–15 วัน เหลือประมาณ 6–7 วัน

ในขณะที่ระยะเวลาตั้งแต่ส่ง Hb Typing จนถึงได้รับผลตรวจอยู่ที่ประมาณ 1–2 วันในทั้งสองช่วง จึงสะท้อนว่าการลดระยะเวลาหลักเกิดขึ้นในขั้นตอนก่อนการส่งตรวจ มากกว่าระยะเวลาการวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการภายนอก

ผลการเข้าสู่กระบวนการตรวจยืนยัน

ปีงบประมาณ 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง 309 ราย และเข้าเกณฑ์ส่ง Hb Typing จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 ส่วนปีงบประมาณ 2567 มีผู้ได้รับการคัดกรอง 276 ราย และเข้าเกณฑ์ส่ง Hb Typing จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1

มีการส่งตรวจ PCR จำนวน 8 รายในปีงบประมาณ 2566 และ 10 รายในปีงบประมาณ 2567 คิดเป็นร้อยละ 2.6 และ 3.6 ของผู้ได้รับการคัดกรองตามลำดับ

พบคู่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 1 รายในปีงบประมาณ 2566 และไม่พบในปีงบประมาณ 2567 มีการส่งตรวจ Amniocentesis จำนวน 1 รายในปี 2566 และไม่พบการส่งตรวจในปี 2567 โดยไม่พบรายที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงทั้งสองปี

ความพึงพอใจของบุคลากร

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งานระบบ ประกอบด้วยพยาบาล 5 คน และสูตินรีแพทย์ 2 คน รวม 7 คน พบว่าความพึงพอใจเพิ่มจากร้อยละ 82 ในปีงบประมาณ 2566 เป็นร้อยละ 96 ในปีงบประมาณ 2567 หรือเพิ่มขึ้น 14 จุดร้อยละ ประเด็นที่ผู้ใช้งานส่วนใหญ่พึงพอใจได้แก่ การบริหารจัดการกระบวนการส่งตรวจที่รวดเร็วขึ้น และการที่แพทย์สามารถเข้าถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้สะดวกขึ้น

ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

การประเมินความพึงพอใจดำเนินการในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่เข้าเกณฑ์ส่งตรวจ Hb Typing ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 39 ราย พบความพึงพอใจร้อยละ 78 โดยประเด็นที่ไม่พึงพอใจส่วนใหญ่ ได้แก่ การต้องเจาะเลือดหลายครั้ง ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้เข้าเกณฑ์จำนวน 50 ราย

พบความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88 หรือเพิ่มขึ้น 10 จุดร้อยละ โดยประเด็นที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจ ได้แก่ การสามารถทราบผลการประเมินความเสี่ยงได้ทันทีในการนัดฟังผลครั้งแรก และลดความจำเป็นในการเจาะเลือดหลายครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง โดยใช้แนวคิด LEAN[4,5] มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการให้มีความรวดเร็ว ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาระบบ ระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการส่งตรวจ Hb Typing ลดลงจากประมาณ 13 วัน เหลือ 5 วัน และระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการได้รับผล Hb Typing ลดลงจากประมาณ 14–15 วัน เหลือ 6–7 วัน สะท้อนว่าการปรับกระบวนการโดยมุ่งกำจัดขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าโดยตรงสามารถลดระยะเวลารอคอยในระบบได้อย่างชัดเจน

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด LEAN ซึ่งมุ่งค้นหาและลดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในกระบวนการ โดยเฉพาะความสูญเปล่าประเภท Waiting, Motion และ Overprocessing ในการวิจัยครั้งนี้ ปัญหาสำคัญก่อนการพัฒนาคือการที่พยาบาลต้องคัดกรองผลตรวจและส่งให้แพทย์พิจารณาก่อนจึงจะดำเนินการส่ง Hb Typing ส่งผลให้เกิดช่วงเวลารอคอยที่ไม่จำเป็น เมื่อปรับกระบวนการโดยกำหนดเกณฑ์ให้ห้องปฏิบัติการสามารถพิจารณาส่ง Hb Typing ตามผล MCV, MCH และ DCIP ร่วมกับข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์และสามี จึงสามารถตัดขั้นตอนการรอการพิจารณาซ้ำออกจากกระบวนการได้ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาด้านการคัดกรองธาลัสซีเมียในประเทศไทย ซึ่งใช้ MCV/MCH และ DCIP เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคัดกรองก่อนเข้าสู่การตรวจ Hb Typing และการตรวจทางพันธุกรรมในกลุ่มที่มีความเสี่ยง

ในด้านความเหมาะสมของเกณฑ์การคัดกรอง ผลการพัฒนาระบบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thipprakmas[8] ที่ศึกษาการคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลราษีไศล พบว่าการใช้ MCV ที่ระดับน้อยกว่า 80 fL ร่วมกับ DCIP มีประสิทธิผลในการคัดกรอง และรายงานว่าการใช้ MCV <80 fL ร่วมกับ DCIP มีความถูกต้องในการทำนายสูงกว่าการใช้ OF test ร่วมกับ DCIP ในบริบทของการศึกษาดังกล่าว นอกจากนี้ การศึกษาขนาดใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชน 63 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ได้ประเมินการใช้ MCV <80 fL และ MCH <27 ร่วมกับ DCIP ในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส โดยเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนการนำดัชนีเม็ดเลือดและ DCIP มาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองในโรงพยาบาลชุมชนได้ ดังนั้น การกำหนดเกณฑ์ให้ห้องปฏิบัติการเป็นผู้พิจารณาส่ง Hb Typing ตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงมีพื้นฐานจากกระบวนการคัดกรองที่มีการใช้งานจริงในระบบบริการ ไม่ได้เป็นการตัดสินใจโดยอาศัยผลตรวจเพียงรายการเดียว

ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับหลักฐานเกี่ยวกับการใช้ LEAN ในห้องปฏิบัติการอย่างชัดเจน โดย Cherie และคณะ[4] ได้ทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน 7 การศึกษา ครอบคลุมการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 535,000 รายการ และพบว่าการประยุกต์ใช้ Lean มีส่วนช่วยลด laboratory turnaround time โดยความสูญเปล่าที่พบได้บ่อย ได้แก่ การขนส่ง การประมวลผลข้อมูลด้วยมือ และกระบวนการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขณะที่มาตรการที่ใช้ประกอบด้วยการออกแบบกระบวนการใหม่ การ

ปรับ workflow และการใช้ระบบบาร์โค้ดหรือเทคโนโลยีเพื่อช่วยลดขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า ผลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาไม่ได้มุ่งเพิ่มบุคลากรหรือทรัพยากร แต่เน้นการปรับลำดับขั้นตอนของงาน โดยตัดช่วงเวลารอการพิจารณาซ้ำและลดขั้นตอนการจัดการไฟล์ผลตรวจ Gupta และคณะ[9] ศึกษาการปรับปรุงระยะเวลารอคอยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้แนวคิด LEAN งานวิจัยนี้เป็นหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการนำแนวคิดการปรับปรุงกระบวนการมาใช้เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ และสนับสนุนการนำแนวคิด LEAN มาใช้วิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานเพื่อค้นหากระบวนการที่ไม่จำเป็น White และคณะ[10] ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN เพื่อลดระยะเวลารอคอยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในแผนกฉุกเฉิน โดยเป็นงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด LEAN ในการปรับปรุงกระบวนการบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้มีความรวดเร็วขึ้น

สำหรับกระบวนการ Post-Analytical การเปลี่ยนจากการดาวน์โหลดไฟล์ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกและนำมาแนบเข้าสู่ HosXP เป็นการใช้ Online Link เพื่อให้แพทย์เข้าถึงผลตรวจโดยตรง เป็นการลดขั้นตอนการจัดการข้อมูลที่ไม่เพิ่มคุณค่าต่อการแปลผลทางคลินิก และช่วยให้การส่งต่อข้อมูลมีความต่อเนื่องมากขึ้น แนวทางนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนของ Cherie และคณะ[4] ที่ระบุว่าการประมวลผลข้อมูลด้วยมือและกระบวนการส่งต่อข้อมูลเป็นหนึ่งในความสูญเปล่าที่สามารถลดได้ด้วยการออกแบบ workflow และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุน อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูล TAT ของระบบรายงานผลจาก Out Lab โดยตรง จึงควรตีความผลของ Online Link ในฐานะ การลดขั้นตอนและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงผลตรวจ มากกว่าการสรุปว่าเป็นการลด TAT ของ Out Lab โดยตรง

ด้านจำนวนผู้ได้รับการตรวจ หลังการพัฒนาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง 276 ราย และมีผู้เข้าเกณฑ์ส่ง Hb Typing 50 ราย ขณะที่ปีฐานมีผู้ได้รับการคัดกรอง 309 ราย และส่ง Hb Typing 39 ราย การเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการส่ง Hb Typing แม้ว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองในแต่ละปีจะแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าระบบที่กำหนดเกณฑ์การพิจารณาส่งตรวจไว้อย่างชัดเจนสามารถช่วยให้กระบวนการส่งตรวจเป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวควรตีความในเชิงกระบวนการ ไม่ควรสรุปว่าการเพิ่มจำนวนการส่งตรวจเกิดจากการพัฒนาระบบเพียงอย่างเดียว เนื่องจากจำนวนหญิงตั้งครรภ์และลักษณะประชากรในแต่ละปีอาจแตกต่างกัน[11]

ผลด้านการประเมินความเสี่ยงต่อทารก พบว่า ปี 2566 มีคู่ที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง 1 คู่และได้รับการตรวจ Amniocentesis 1 ราย ขณะที่ปี 2567 ไม่พบคู่เสี่ยงและไม่มีการตรวจ Amniocentesis และไม่พบกรณีทารกที่มีความเสี่ยงเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในทั้งสองปี ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการคัดกรองธาลัสซีเมียในประเทศไทยที่ใช้การคัดกรองเบื้องต้นด้วย MCV/MCH และ DCIP ก่อนเข้าสู่ Hb Typing การตรวจ DNA และการวินิจฉัยก่อนคลอดในคู่ที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนคู่เสี่ยงและเหตุการณ์ทารกที่มีความเสี่ยงในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อย จึงไม่ควรนำผลดังกล่าวมาใช้สรุปประสิทธิผลของระบบในการลดการเกิดธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงโดยตรง[1]

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรพบว่าเพิ่มจากร้อยละ 82 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 96 ในปี 2567 และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์ส่ง Hb Typing เพิ่มจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 88 ผลดังกล่าวมีแนวโน้มสอดคล้องกับงานวิจัยด้าน Lean ในห้องปฏิบัติการที่รายงานว่าการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นและการปรับปรุง workflow สามารถส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของบุคลากรและแพทย์ผู้ใช้บริการห้องปฏิบัติการ

ได้ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เหตุผลสำคัญที่ทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ได้แก่ สามารถทราบข้อมูลความเสี่ยงได้เร็วขึ้นในการนัดแปลผลครั้งแรกและลดความจำเป็นในการเจาะเลือดหลายครั้ง ซึ่งสะท้อนว่าการปรับปรุงกระบวนการทางห้องปฏิบัติการไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการ แต่ยังส่งผลต่อประสบการณ์ของผู้รับบริการด้วย[4,9]

เมื่อพิจารณาในภาพรวม จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้คือการนำ LEAN มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการส่งตรวจธาลัสซีเมียทั้งระบบ ตั้งแต่ Pre-Analytical จนถึง Post-Analytical แทนที่จะมุ่งลดเฉพาะเวลาการวิเคราะห์ตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูล MCV/MCH/DCIP เป็นจุดตัดสินใจในการส่ง Hb Typing และใช้ Online Link เป็นเครื่องมือปรับปรุงการเข้าถึงผลตรวจ [1,10] ประกอบกับใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR เพื่อให้บุคลากรสามารถร่วมวิเคราะห์ปัญหา ทดลองแนวทาง สังเกตผล และสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานจาก systematic review ที่พบว่าความสูญเปล่าในระยะก่อนและหลังการวิเคราะห์เป็นเป้าหมายสำคัญของการปรับปรุง TAT ในห้องปฏิบัติการ[2,12]

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียวและใช้ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างปี จึงอาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อระยะเวลาของกระบวนการ นอกจากนี้ จำนวนบุคลากรที่ประเมินความพึงพอใจมีเพียง 7 ราย และการประเมินผลระบบ Online Link ยังไม่มีข้อมูล TAT ของการรายงานผลจากห้องปฏิบัติการภายนอกโดยตรง ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรเก็บข้อมูลในระดับรายบุคคลและมี time stamp ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรอง การส่ง Hb Typing การรับผลจาก Out Lab จนถึงการเข้าถึงผลของแพทย์ รวมทั้งขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อประเมินความสามารถในการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทอื่น[10]

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการโดยใช้แนวคิด LEAN สามารถลดขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าและลดระยะเวลารอคอยในกระบวนการประเมินความเสี่ยงธาลัสซีเมียได้ โดยผลที่เด่นชัดที่สุดคือการลดระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการส่ง Hb Typing และการได้รับผล Hb Typing ขณะเดียวกันยังช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงผลตรวจและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีศักยภาพในการเป็นแนวทางปรับปรุงระบบบริการห้องปฏิบัติการสำหรับการคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ โดยควรมีการติดตามผลระยะยาวและประเมินผลในหลายหน่วยบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผลคัดกรองของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจส่งตรวจ Hb Typing และการประเมินความเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ
2. ควรพัฒนาระบบติดตามสถานะการส่งตรวจและผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกแบบ Online เพื่อให้สามารถติดตามตัวอย่างและผลตรวจได้อย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการเก็บ Time stamp ของกระบวนการ Post-Analytical ในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อประเมิน TAT ของระบบรายงานผลอย่างเป็นรูปธรรม
4. ควรติดตามผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและระยะเวลาของกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบ
5. ควรพิจารณาขยายรูปแบบการดำเนินงานไปยังการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นที่มีลักษณะการส่งตรวจภายนอกและมีขั้นตอนการรายงานผลหลายขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการและคณะทำงานทบทวนและจัดทำคู่มือปฏิบัติงานการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ.(2567). คู่มือทางห้องปฏิบัติการการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ฉบับปรับปรุง 2567. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัท พรีเมียร์ มาร์เก็ตติ้ง โซลูชั่น จำกัด; 2567.
2. Liao C, Mo QH, Li J, Li LY, Huang YN, Hua L, et al.(2005). Carrier screening for alpha- and beta-thalassemia in pregnancy: the results of an 11-year prospective program in Guangzhou Maternal and Neonatal Hospital. Prenat Diagn. 2005;25(7):565-571. doi:10.1002/pd.1079.
3. ปัญจบุรี บ.(2552). การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ในหญิงตั้งครรภ์และสามีที่โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2552;5(1):147-153.
4. Cherie N, Berta DM, Tamir M, Yiheyis Z, Angelo AA, Tarekegn AM, et al.(2024). Improving laboratory turnaround times in clinical settings: a systematic review of the impact of lean methodology application. PLoS One. 2024;19(10). doi:10.1371/journal.pone.0312033.
5. Raab SS, Grzybicki DM, Condel JL, Stewart WR, Turcsanyi BD, Mahood LK, et al.(2008). Effect of Lean method implementation in the histopathology section of an anatomical pathology laboratory. J Clin Pathol. 2008;61(11):1193-1199. doi:10.1136/jcp.2007.051326.
6. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R.(2014). The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
7. Stringer ET.(2013). Action research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013.
8. ธิปประมาศ ร.(2550). การคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลราษีไศล. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2550;22(3):477-488.
9. Gupta S, Kapil S, Sharma M.(2018). Improvement of laboratory turnaround time using lean methodology. Int J Health Care Qual Assur. 2018;31(4):295-308. doi:10.1108/IJHCQA-08-2016-0116.
10. White BA, Baron JM, Dighe AS, Camargo CA Jr, Brown DFM.(2015). Applying Lean methodologies reduces emergency department laboratory turnaround times. Am J Emerg Med. 2015;33(11):1572-1576. doi:10.1016/j.ajem.2015.06.013.
11. เพชรพิชัย ศ, โพธิ์ตา อ, เงินจันทร์ ศ.(2024). ประสิทธิผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในเขตสุขภาพที่ 3: ประสิทธิผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารกรมวิทยาศาสตรการแพทย. 2024 ;66(3):317-28.
12. Meyer J.(2000). Using qualitative methods in health related action research. BMJ. 2000;320(7228):178-181.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Effectiveness of a Preparation Program for Colorectal Cancer Screening in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 23,2026 ; Accepted: October 28,2026)

เข็มมาลา ไชยสงคราม[1] ปวีณา กางโสภา[2]
Khemmala Chaisongkram[1], Paweena Kangsopa[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีอายุ 50-70 ปี ที่มีผล FIT เป็นบวกหรือเป็นกลุ่มเสี่ยง จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายกัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จำนวน 5 กิจกรรม ใช้เวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติตัว และความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ $p<0.05$

ผลการศึกษา: ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มจาก 5.80 เป็น 8.90 การปฏิบัติตัวเพิ่มจาก 28.90 เป็น 42.50 และความพึงพอใจเพิ่มจาก 2.10 เป็น 3.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามด้าน ($p<0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.279$, 0.187 และ 0.585 ตามลำดับ) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสามด้านอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การคัดกรอง, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค, โปรแกรมการเตรียมความพร้อม

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a preparation program for colorectal cancer screening on knowledge, preparation practices, and satisfaction among service recipients in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province, Thailand. Methods: A two-group pretest–posttest quasi-experimental study was conducted from November 2023 to September 2024. Participants were people aged 50–70 years with a positive FIT result or identified as high risk. They were matched and allocated to an experimental group (n=30) and a control group (n=30), 60 participants in total. The experimental group received a five-week, five-session program based on Protection Motivation Theory, while the control group received standard services. Knowledge, practice, and satisfaction were measured by questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test, with statistical significance set at $p<0.05$.

Results: Baseline scores did not differ between the two groups. After the intervention, the experimental group's mean scores increased significantly for knowledge (5.80 to 8.90), practice (28.90 to 42.50), and satisfaction (2.10 to 3.55) (all $p<0.001$), whereas the control group showed no significant change ($p=0.279$, 0.187, and 0.585, respectively). Post-intervention scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group in all three outcomes ($p<0.001$).

Keywords: colorectal cancer, screening, colonoscopy, Protection Motivation Theory, preparation program

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นหนึ่งในมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดทั่วโลก อาจทำให้เกิดอาการป่วยรุนแรงและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ความเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยส่วนใหญ่มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี แม้ว่าหลายประเทศจะรายงานว่ามีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่าก็ตาม อาการทั่วไป ได้แก่ ท้องเสียหรือท้องผูก มีเลือดปนในอุจจาระ ปวดท้อง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย และระดับธาตุเหล็กต่ำ แต่หลายคนอาจไม่มีอาการใดๆ ในระยะเริ่มต้น ในปี 2566 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ประมาณ 1.9 ล้านรายทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 900,000 ราย ทำให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอันดับสอง[1] จากสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทยรายงานว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงถือเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบมากในคนไทย มีอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 16,000 คนต่อปี เป็นเพศชายและหญิงราว 8,658 และ 7,281 คน ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,500 คนต่อปี[2]

โดยทั่วไปมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรกมักจะไม่แสดงอาการ ซึ่งจะพบอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลทำให้การรักษาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร อาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเล็กลง และมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืดเรื้อรัง เป็นต้น[3] สาเหตุของโรคส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภค เช่น การรับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป ที่ปิ้งย่างไหม้เกรียม อาหารที่มีไขมันสูง/อาหารฟาสฟูดส์ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน ตลอดจนการมีประวัติครอบครัวหรือตนเองเป็นติ่งเนื้อในลำไส้ เป็นต้น โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ อายุ ประวัติทางพันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภคเนื้อแดงและเนื้อสัตว์แปรรูป การรับประทานอาหารที่มีกากใยต่ำ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด[4] อย่างไรก็ตาม โรคนี้สามารถป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกด้วยวิธีตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT) และการตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในรายที่ผลตรวจเป็นบวกหรือมีความเสี่ยงสูง[5]

อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่หนึ่งที่ดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรกลุ่มอายุ 50-70 ปี ตามสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี FIT-test ทุก 2 ปี จากข้อมูลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT-test ของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ย้อนหลังพบว่า[6] ปี 2565 คัดกรองจำนวน 1,360 ราย พบผลบวกร้อยละ 5.15 ปี 2566 คัดกรองจำนวน 1,917 ราย พบผลบวกร้อยละ 2.5 แม้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจ FIT-test เป็นบวก หรือถูกประเมินเป็นกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการนัดหมายเพื่อตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แต่ยังคงพบปัญหาการไม่มาตามนัด การเตรียมลำไส้ที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลให้ต้องเลื่อนนัดหรือส่องกล้องซ้ำ ตลอดจนความวิตกกังวลและความไม่มั่นใจของผู้รับบริการต่อกระบวนการตรวจ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากประชาชนกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีความกลัวต่อ การเผชิญกับผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Maddux and Rogers[7] ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการกระตุ้นการรับรู้ 4 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการส่องกล้องหรือส่องกล้องไม่สำเร็จ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการส่องกล้อง 3) การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ และ 4) การรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงกันยายน 2567 ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในเขตพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อายุระหว่าง 50-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงกันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรในเขตพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อายุระหว่าง 50-70 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT-test และมีผลการตรวจเป็นบวกหรือได้รับการประเมินว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยจับคู่ (Matching subject) ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เพศชายหรือหญิง อายุ 50-70 ปี 2) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือไม่ทราบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อน 3) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม 5) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ สำหรับเกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ 1) ขอถอนตัวออกจากโครงการในทุกกรณี 2) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามกำหนดได้

การศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Two Independent Means ของ Bernard[8] และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ในการคำนวณ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นของการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.84 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 ราย

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) ระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ปรับเพิ่มแล้วเป็น กลุ่มละ 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เพศชายหรือหญิง อายุ 50–70 ปี 2) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือไม่ทราบว่าป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อน 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น หรือการพูดและสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ขอถอนตัวจากการวิจัย และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามงานวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ เป็นแบบสอบถามลักษณะเลือกตอบและเติมคำ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก/ผิด (True-False) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการของโรค ขั้นตอนการเตรียมตัว และการปฏิบัติตัวก่อน-หลังการส่องกล้อง โดยให้คะแนนข้อที่ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดหรือไม่ตอบเท่ากับ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง

3. แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ครอบคลุมพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ การรับประทานอาหารและยาตามคำแนะนำ การงดอาหารและน้ำตามกำหนด และการมาตรวจตามนัด รวมคะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระดับสูง

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ ครอบคลุมความพึงพอใจด้านข้อมูลคำแนะนำที่ได้รับ กระบวนการนัดหมายและการให้บริการ ความมั่นใจในการเข้ารับการตรวจ และภาพรวมของการรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลและการเตรียมความพร้อมเพิ่มเติมผ่านโปรแกรมฯ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการคัดกรองตามมาตรฐานปกติของหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมปฐมนิเทศและการรับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง โดยการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) กิจกรรมสันทนาการสร้างสัมพันธภาพ รับชมวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องระบบทางเดินอาหาร โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และผลกระทบทางสุขภาพจากการไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการส่องกล้อง โดยการรับชมวีดิทัศน์การส่องกล้อง Colonoscopy บรรยายขั้นตอนการเตรียมความพร้อมด้านการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจคัดกรอง ให้ความรู้ด้านความเสี่ยงและผลกระทบจากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ยกตัวอย่างการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตาม

คำแนะนำ โดยการจัดกิจกรรมรับฟังการบรรยายโดยบุคคลต้นแบบที่เคยผ่านการส่องกล้องสำเร็จ ให้พลังบวก สร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษา กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยการจัดกิจกรรม “การเผชิญโรคมะเร็งไม่น่ากลัวอย่างที่คิด” กิจกรรมเขียนความในใจ บอกเล่าความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการตรวจรักษา

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการทบทวนความพร้อม ฝึกผ่อนคลายจิตใจ เก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยการทบทวนความรู้และแนวปฏิบัติการตรวจคัดกรอง กิจกรรมฝึกสมาธิผ่อนคลายจิตใจ 15 นาที เก็บข้อมูลหลังทดลอง (Post-test) ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วยการทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และจัดเตรียมเครื่องมือวิจัย 2) ขั้นดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมของโปรแกรมฯ แก่กลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติโดยไม่ได้รับกิจกรรมของโปรแกรมฯ และ 3) เก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมไปแล้ว 1 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมฯ โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ Dependent (Paired) t-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย เลขที่ 41 /2566 รับรองวันที่ 6 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 60 ราย เมื่อดำเนินโครงการครบกำหนดระยะเวลา 5 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มยังคงอยู่ในการศึกษาครบถ้วน กลุ่มทดลองประกอบด้วย เพศชายร้อยละ 43.3 เพศหญิงร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 58.9 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 83.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 63.3 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 46.7 ใช้สิทธิการรักษาสุขภาพบัตรทอง 30 บาทร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.3 คนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ร้อยละ 20.0 ปัจจุบันมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 10.0 และสูบบุหรี่ร้อยละ 16.7 ส่วนกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 46.70 เพศหญิงร้อยละ 53.30 อายุเฉลี่ย 59.4 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 76.70 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.7 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 43.3 ใช้สิทธิการรักษาสุขภาพบัตรทอง 30 บาทร้อยละ 63.3 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงร้อยละ 36.7 คนในครอบครัวมี

ประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ร้อยละ 16.7 ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 6.7 และสูบบุหรี่ร้อยละ 13.3

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อกระบวนการรับบริการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง คะแนนการปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อม และคะแนนความพึงพอใจต่อกระบวนการรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ทั้งสามตัวแปร ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสามตัวแปร

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อกระบวนการรับบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว และคะแนนความพึงพอใจต่อกระบวนการรับบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสามตัวแปรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ผู้สูงอายุ บางส่วนกลัวการรักษาหรือกลัวการเผชิญกับโรคหากต้องตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง และบางส่วนให้ความสำคัญต่อการประกอบสัมมาอาชีพจนไม่ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพ จึงนำไปสู่การนำแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Maddux and Rogers(7) มาใช้เพื่อการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งจากการศึกษาของ Prentice-Dunn and Rogers[9] ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวทำนายสำคัญของระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพัฒนากระบวนการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ 4 ประการเป็นกิจกรรม 5 กิจกรรมของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการรับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการส่องกล้อง หรือส่องกล้องไม่สำเร็จ จากการทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ ประกอบกับการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีภาพประกอบทำให้เข้าใจได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones et al.[10] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสื่อและคำแนะนำอย่างเป็นระบบ มีการปฏิบัติตามขั้นตอนและมีการเตรียมตัวที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rawl et al.[11] ที่พบว่าการให้การศึกษาและการสนับสนุนเชิงพฤติกรรม สามารถเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Basma Shokry Hamed et al.[12] ที่พบว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการตรวจรักษาโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความล้มเหลวในการส่องกล้อง จากการให้ความรู้ด้วยการรับชม วีดิทัศน์ประกอบกับการสาธิตขั้นตอน

แนวทางการปฏิบัติที่ถูกวิธีในการตรวจคัดกรองและการนำเสนอความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากปฏิบัติไม่ถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกิจ ศิริลักษณ์ และคณะ[13] ที่พบว่าการให้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจส่องกล้อง ช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลได้ ขณะเดียวกันการศึกษาของกนกวรรณ มณีโชติ[14] พบว่าการใช้สื่อวีดิโอร่วมกับการให้คำปรึกษาช่วยเสริมความมั่นใจและเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเตรียมตรวจส่องกล้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al.[15] ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเสี่ยงสูงมักมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำโดยใช้บุคคลต้นแบบที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายให้พลังบวกและความเชื่อมั่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Li et al.[16] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับโรคมีแนวโน้มที่จะดูแลตนเองได้ดีกว่า และการศึกษาของ Hassan et al.[17] พบว่าการให้ข้อมูลแบบเข้าใจง่ายและเน้นการเสริม Self-efficacy ส่งผลต่อคุณภาพของการรักษาอย่างชัดเจน

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ ผ่านกิจกรรม “การเผชิญโรคมะเร็งไม่น่ากลัวอย่างที่คิด” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างก้าวผ่านความวิตกกังวลและรับรู้ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.[18] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น และกิจกรรมที่ 5 การทบทวนความพร้อม ฝึกผ่อนคลายจิตใจ เพื่อสร้างพลังความคิดบวกและความมั่นใจในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al.[19] ที่ยืนยันว่าการให้โปรแกรมการเตรียมพร้อมที่ถูกต้องต่อเนื่อง มีโครงสร้างชัดเจน สามารถเพิ่มทั้งความพึงพอใจและความร่วมมือของผู้ป่วยได้

จากวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิรินธน์ ช่อมะลิ[20] ที่พบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของสุดา ธวัชวัฒนานันท์[21] ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำไปสู่ประสิทธิผลของการศึกษาทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และความพึงพอใจต่อโปรแกรม จึงควรมีการสนับสนุนให้นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการผลักดันการดำเนินงานการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

2. ควรมีการนำแนวทางการดำเนินงานโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานโครงการคัดกรองโรคมะเร็งอื่นๆ ต่อไป

3. ควรสนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชนในการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบต่ออัตราการเข้ารับการคัดกรอง การตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

2. นำงานวิจัยนี้ไปวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาวิธีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการที่หลากหลายของกลุ่มประชากรอื่นๆ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและอำนวยความสะดวกตลอดการศึกษา ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ที่ให้คำแนะนำและรับรองโครงการวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ที่ช่วยประสานงานและติดตามกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินโปรแกรม ขอขอบคุณบุคคลต้นแบบที่ร่วมแบ่งปันประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่ให้กำลังใจและสนับสนุนมาโดยตลอด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.(2022). Thailand Source: Globocan 2022 [Internet]. [cited 2026 Sep]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/home
2. กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2564; 36(36): 1-4.
3. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.(2565). ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347

4. มลิวรรณ ส่งเสริม.(2561). การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และไส้ตรงด้วยวิธี FIT-test. ศูนย์ HOCC-PSU 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://hocc.medicine.psu.ac.th
5. Satimai A, Rungsun R, Pradermchai K, Naruemon W, et al.(2015). A combination of clinical risk stratification and fecal immunochemical test results to prioritize colonoscopy screening in asymptomatic participants. Gastrointestinal Endoscopy 2015; 81: 719-727.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565). ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (workload) : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
7. Maddux JE, Rogers RW.(1983). Protection motivation theory and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. Journal of Experimental Social Psychology 1983; 19(5): 469-479.
8. Bernard R.(2000). Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbury: Thomson Learning; 2000.
9. Prentice-Dunn S, Rogers RW.(1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. Health Education Research 1986; 1(3): 153-161.
10. Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, Johnson RE, Krist AH, Rothemich SF, Vernon SW.(2010). The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. American Journal of Preventive Medicine 2010; 38(5): 499-507.
11. Rawl SM, Christy SM, Monahan PO, Ding Y, Krier C, Champion VL.(2012). Tailored interventions to promote colorectal cancer screening: An update. American Journal of Lifestyle Medicine 2012; 6(3): 221-232.
12. Basma SH, Nasser AEB, Eman HH.(2025). The impact of health education on compliance with screening practices in breast cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Care 2025; 10(1): 47-52.
13. ศุภกิจ ศิริลักษณ์, นันทพร จันทร์ทิพย์, สุรีย์พร คงสมบูรณ์.(2561). ผลของการให้การเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19(1): 12-21.
14. กนกวรรณ มณีโชติ.(2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2563; 38(2): 45-56.
15. Wang Y, Chen Y, Yu X, Zhang J.(2024). Perceived risk, illness perception, and self-management behaviors among adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 2024; 80(10): 4504-4518.
16. Li H, Xu X, Sun S, Li Z.(2024). The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 2024; 80(9): 4165-4179.
17. Hassan C, Fuccio L, Bruno M, Pagano N, Spada C, Carrara S.(2013). A predictive model identifies patients most likely to have inadequate bowel preparation for colonoscopy. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2013; 11(4): 501-506.
18. Lee SH, Kim JS, Kim HY.(2023). The impact of illness perceptions and outcome expectancies on self-management behaviors in patients with chronic kidney disease: A cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023; 20(14): 6393.
19. Liu X, Luo H, Zhang L, Leung F, Wang X.(2020). Effectiveness of a structured education program on bowel preparation quality: A randomized controlled trial. Endoscopy International Open 2020; 8(6): E819-E826.
20. นิรินธน์ ช่อมะลิ.(2561). ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตนก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
21. สุดา ธวัชวัฒนานันท์.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวล คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่และระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565; 2(2): 37-48.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Nursing Care Model for Patients with Sepsis, Phayakkhaphumphisai Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 23,2026 ; Accepted: October 28,2026)

วราลักษณ์ มูลทรา[1] อนงค์ จันทศิลป์[1] วิมลมาศ ระวิหังโส[1]
Waralak Multhra[1] Anong Chanthasilp[1] Wimolmas Ravihangso[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ดำเนินการ 4 ระยะ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสที่ได้รับรูปแบบโดยใช้ทฤษฎีการตัดสินใจทางคลินิกของแทนเนอร์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมเลอิส ร่วมกับกรอบประเมินคุณภาพโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ของโดนาบีเดียน จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแส ก่อนการใช้รูปแบบ จำนวน 42 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test, independent t-test, chi-square test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยได้รูปแบบ PHAYAK Model 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การป้องกันและสร้างความตระหนัก การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเปิดช่องทางด่วน การเฝ้าระวังอย่างมีเป้าหมาย การประสานพลังทีมและครอบครัว และการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบพยาบาลมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การปฏิบัติตามชุดกิจกรรมการรักษาภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 59.52 เป็นร้อยละ 90.00 ($p = .004$) ระยะเวลาแรกรับถึงได้รับยาปฏิชีวนะลดลง 35.81 นาที ($p < .001$) และวันนอนเฉลี่ยลดลง 2.21 วัน ($p = .010$) ส่วนอัตราการเกิดภาวะช็อกและการกลับมารักษาซ้ำมีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ชุดกิจกรรมการรักษา

Abstract

This Research and Development (R&D) project aimed to study the situation, develop, and evaluate a nursing model for patients with sepsis at Phayakkhaphum Phisai Hospital. The study was conducted in four phases between October 2023 and September 2024. The sample group consisted of 30 sepsis patients who received the model based on Tanner's Clinical Decision-Making Theory, Orem's Self-Care Theory, and Meleis' Transition Theory, combined with Donabedian's Framework for Evaluating Structure, Process, and Outcomes. A control group of 42 sepsis patients were considered before the implementation of the model. Instruments were knowledge test and the satisfaction questionnaire. Data were analysed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, chi-square test, and content analysis.

The study produced the PHAYAK Model, comprising six components: Prevention and awareness building, Hunting for cases proactively, Activating a sepsis fast track, Yielding targeted surveillance, Allying the team and family, and Keeping continuity of care. After implementation, nurses' knowledge and nursing practice scores increased significantly ($p < .001$). Compliance with the one-hour sepsis bundle rose from 59.52% to 90.00% ($p = .004$), door-to-antibiotic time decreased by 35.81 minutes ($p < .001$), and the average length of stay decreased by 2.21 days ($p = .010$). Septic shock incidence and 28-day readmission showed a downward trend that did not reach statistical significance. Nurses' overall satisfaction with the model was at the highest level.

Keywords: nursing care model, sepsis, sepsis bundle

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) หมายถึง ภาวะที่อวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติจนเป็นอันตรายถึงชีวิต อันเป็นผลจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อที่ผิดปกติ และเมื่อดำเนินไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) อัตราตายอาจสูงกว่าร้อยละ 40[1] องค์กร Surviving Sepsis Campaign ได้กำหนดชุดกิจกรรมการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง (Hour-1 bundle) ซึ่งประกอบด้วยการเจาะระดับแลคเตท การเก็บเพาะเชื้อในเลือดก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ และการพิจารณาให้ยากระตุ้นความดันโลหิต โดยชี้ว่าความล่าช้าทุก 1 ชั่วโมงสัมพันธ์กับอัตราตายที่เพิ่มขึ้น[2] สำหรับประเทศไทย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในหลายพื้นที่เพื่อลดอัตราตายและความรุนแรงของโรค[3]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 122 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เขตสุขภาพที่ 7 ทำหน้าที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง จากข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2564–2566 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 213, 130 และ 77 ราย ตามลำดับ แม้จำนวนผู้ป่วยโดยรวมจะลดลง แต่สัดส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.86 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 16.15 ในปี 2565 สะท้อนว่าการค้นหาและการจัดการผู้ป่วยระยะแรกยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การวิเคราะห์สถานการณ์เบื้องต้นพบปัญหาเชิงระบบ 5 ประการ ได้แก่ (1) การคัดกรองไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันในแต่ละแผนก (2) ความล่าช้าในการทำชุดกิจกรรมการรักษา โดยเฉพาะเวรบ่ายและเวรดึก (3) การเฝ้าระวังในหอผู้ป่วยในขาดเครื่องมือและเกณฑ์รายงานแพทย์ที่ชัดเจน (4) การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานไม่เป็นระบบ และ (5) ขาดระบบการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วน การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และการนิเทศทางคลินิก สามารถเพิ่มความเร็วของการรักษาและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างชัดเจน[4,5,6,7] อีกทั้งการนิเทศทางการพยาบาลยังช่วยยกระดับความรู้และความมั่นใจของพยาบาลในการตัดสินใจทางคลินิก[8] อย่างไรก็ตาม รูปแบบส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะระยะวิกฤตในโรงพยาบาล ยังขาดการเชื่อมโยงไปสู่การป้องกันในชุมชนและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ประกอบกับปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ[9] การพัฒนารูปแบบจึงต้องครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย โดยบูรณาการทฤษฎีการพยาบาล 3 ทฤษฎี ร่วมกับกรอบการประเมินคุณภาพบริการของโดนาบีเดียน เพื่อให้ได้รูปแบบที่ใช้ได้จริงและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods)

ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ระยะเวลา 12 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567ดำเนินการในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (PHAYAK Model) (เมษายน – กันยายน 2567) และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ 42 ฉบับ (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงจากเวชระเบียนทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่

1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (PHAYAK Model) และคู่มือการใช้รูปแบบคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอน R_1

2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline) จำนวน 4 ฉบับ แยกตามจุดบริการ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย แต่ละฉบับระบุกิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์การตัดสินใจ และเวลาที่กำหนดอย่างชัดเจน

3) แบบคัดกรองและแบบเฝ้าระวัง ประกอบด้วย แบบคัดกรอง qSOFA/SIRS สำหรับจุดแรกรับ แบบเฝ้าระวัง National Early Warning Score 2 (NEWS2) พร้อมเกณฑ์ความถี่ในการประเมินและเกณฑ์การรายงานแพทย์แบบขั้นบันได (escalation protocol) จัดทำเป็นแบบพกพาขนาดพกกระเป๋าและแผ่นติดข้างเตียง

4) แบบบันทึกการปฏิบัติตามชุดกิจกรรมการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง (Sepsis bundle record) บันทึกเวลาจริงของกิจกรรม 5 รายการ ได้แก่ การเจาะ serum lactate การเจาะ hemoculture ก่อนให้ยา การให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำ crystalloid 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมเมื่อมีข้อบ่งชี้ และการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตเมื่อค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยต่ำกว่า 65 มิลลิเมตรปรอทหลังให้สารน้ำเพียงพอ

5) แบบวางแผนจำหน่ายและแบบติดตามเยี่ยมบ้าน สำหรับองค์ประกอบ K–Keep continuity ประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การให้ความรู้เรื่องอาการเตือน และการประเมินกลุ่มอาการหลังภาวะติดเชื้อเมื่อติดตาม 1 และ 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์ทำงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และประวัติการอบรมที่เกี่ยวข้อง

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการพยาบาล ชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ พยาธิสรีรวิทยาและนิยาม 5 ข้อ การคัดกรองและเครื่องมือประเมิน 7 ข้อ ชุดกิจกรรมการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง 8 ข้อ การเฝ้าระวังและการรายงาน 6 ข้อ และการดูแลต่อเนื่องและวางแผนจำหน่าย 4 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 30คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง (24–30 คะแนน) ปานกลาง (18–23 คะแนน) และต่ำ (ต่ำกว่า 18 คะแนน)

3) แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่ปฏิบัติ ถึง 5 = ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทุกครั้ง) จำนวน 30 ข้อ จำแนกตาม 6 องค์ประกอบของรูปแบบ ประเมินโดยผู้วิจัยและหัวหน้าเวรที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ โดยสังเกตการปฏิบัติจริงรายเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วย 1

ราย ต่อ 1 ครั้งการประเมิน แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของเบสท์

4) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบสำหรับคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกแรกรับ (เพศ อายุ โรคร่วม แหล่งติดเชื้อ ค่า qSOFA และ SOFA แรกรับ) และส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 6 รายการ ได้แก่ สัดส่วนการปฏิบัติตามชุดกิจกรรมการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่แรกรับถึงได้รับยาปฏิชีวนะ อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ อัตราตายภายใน 28 วัน วันนอนเฉลี่ย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

5) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะกึ่งโครงสร้าง ใช้ในขั้นตอน R_1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา และในขั้นตอน D_2 เพื่อถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค

6) แบบประเมินแบบประเมินความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะ แบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของลิเคิร์ท (Likert's Rating Scale) ตั้งแต่ 5 (มากที่สุด) ถึง 1 (น้อยที่สุด) แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่

- ด้านความเหมาะสมของรูปแบบ ประเมินความชัดเจนของขั้นตอน องค์ประกอบ และความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2
- ด้านความเป็นประโยชน์และการนำไปใช้ ประเมินว่ารูปแบบช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการคัดกรอง ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริงหรือไม่
- ด้านผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยและทีมงาน ประเมินการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำรูปแบบ แนวปฏิบัติ และเครื่องมือเก็บข้อมูลทุกชุดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) และทั้งฉบับ (S-CVI) ผลการตรวจสอบได้ค่า CVI ระหว่าง .89–.95 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ .80) คณะผู้วิจัยปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะ โดยเฉพาะการเพิ่มความชัดเจนของเกณฑ์การรายงานแพทย์ และการปรับภาษาในแบบทดสอบให้กระชับขึ้น

2) การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

(1) แบบทดสอบความรู้ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนอื่นจำนวน 30 คน วิเคราะห์ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเที่ยง .82 ค่าความยากรายข้ออยู่ระหว่าง .28–.76 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .23–.68 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

(2) แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) โดยผู้สังเกต 2 คนประเมินเหตุการณ์เดียวกัน 15 เหตุการณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง .91

(3) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .88

(4) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของการคัดลอกข้อมูลโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระในเวชระเบียนร้อยละ 20 ของทั้งหมด พบความสอดคล้องร้อยละ 97.8

3) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล วิธีการ และผู้วิจัย การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล

(member checking) การบรรยายบริบทอย่างละเอียด และการจัดทำร่องรอยการตรวจสอบ (audit trail)

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (ตุลาคม – ธันวาคม 2566) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (2564–2566) จำนวน 155 ฉบับ เพื่อวิเคราะห์ลักษณะผู้ป่วย ผลลัพธ์ และจุดที่เกิดความล่าช้า

2) ทบทวนรายงานอุบัติการณ์และวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของผู้ป่วยที่เสียชีวิตและผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อ

3) สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3 กลุ่ม (งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม และงานผู้ป่วยนอก) กลุ่มละ 8–10 คน ครั้งละ 60–90 นาที

4) สัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพและผู้บริหาร 9 คน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยรอดชีวิตพร้อมญาติ 12 ราย

5) ประเมินความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลก่อนพัฒนา (baseline assessment)

6) วิเคราะห์ช่องว่างเทียบกับแนวปฏิบัติ Surviving Sepsis Campaign และตัวชี้วัด Service Plan

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (มกราคม – มีนาคม 2567) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) สังเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอน R_1 ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมพัฒนา 2 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน ใช้เทคนิคกลุ่มสมมติ้นัย (nominal group technique) เพื่อกำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบ

3) ยกร่างรูปแบบ คู่มือ แนวปฏิบัติ และเครื่องมือประกอบทั้งหมด

4) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

5) ทดลองใช้นำร่องกับผู้ป่วย 12 ราย เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อประเมินความคล่องตัวและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง พบปัญหาการบันทึกซ้ำซ้อนและเวลาที่ใช้กรอกแบบฟอร์มนาน จึงปรับแบบบันทึกให้รวมเป็นแผ่นเดียวและเพิ่มการแจ้งเตือนอัตโนมัติในระบบสารสนเทศ

6) ได้รูปแบบฉบับทดลองใช้ พร้อมคู่มือและเครื่องมือประกอบที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ ทบทวนและประเมินประสิทธิผล (เมษายน - กรกฎาคม 2567) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) ประกาศนโยบายและชี้แจงรูปแบบแก่บุคลากรทุกระดับ

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้ง 49 คน จำนวน 2 รุ่นๆละ 2 วัน

3) นำรูปแบบไปใช้จริงทุกจุดบริการ โดยมีผู้วิจัยและพยาบาลผู้ประสานงานภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis coordinator) ประจำเวรเป็นพี่เลี้ยง

4) ตรวจสอบการปฏิบัติ (audit) รายสัปดาห์และสะท้อนผลกลับรายบุคคลและรายหน่วยงาน

5) ประชุมทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review) เดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

6) เก็บข้อมูลความรู้ การปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงและรับรองรูปแบบฉบับสมบูรณ์ (สิงหาคม – กันยายน 2567) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) สนทนากลุ่มถอดบทเรียนกับผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค

2) ปรับปรุงองค์ประกอบ กิจกรรม และเครื่องมือของรูปแบบตามผลการประเมิน

3) ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฉบับปรับปรุง

4) จัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ เสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติประจำ และวางแผนธำรงรักษาความยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลก่อน–หลังด้วย paired t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องด้วย independent t-test และข้อมูลเชิงกลุ่มด้วย chi-square test หรือ Fisher's exact test เมื่อค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า (triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่ 32/2566 รับรองวันที่ 31 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.96) อายุเฉลี่ย 36.84 ปี (SD = 8.12) โดยกลุ่มอายุ 31–40 ปี มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 40.82) ทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.36 ปี (SD = 7.45) ซึ่งสะท้อนว่าเป็นบุคลากรที่มีความชำนาญในระดับหนึ่งแล้ว หน่วยงานที่มีสัดส่วนสูงสุดคือหอผู้ป่วยในและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่ากัน (ร้อยละ 30.61) ซึ่งเป็นจุดคัดกรองและจุดรักษาหลักของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อค้นพบที่สำคัญคือ มีพยาบาลเพียง 19 คน (ร้อยละ 38.78) ที่เคยผ่านการอบรมเฉพาะเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขณะที่อีกร้อยละ 61.22 ยังไม่เคยได้รับการอบรม จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนความจำเป็นของการพัฒนารูปแบบและการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในระยะ D1

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > .05$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.76 และ 56.67) เป็นผู้สูงอายุโดยมีอายุเฉลี่ย 66.72 ปี และ 67.15 ปี ตามลำดับ แหล่งของการติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 35.71 และ 33.33) รองลงมาคือระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 30.95 และ 33.33) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือเบาหวาน (ร้อยละ 45.24 และ 46.67) และคะแนน qSOFA แรกรับเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (1.82 และ 1.86) โดยมีผู้ป่วยที่มี qSOFA ≥ 2 คะแนนในสัดส่วนที่ไม่ต่างกัน (ร้อยละ 61.90 และ 63.33) ผลนี้ยืนยันว่าทั้งสองกลุ่มมีความเทียบเคียงกันได้ (comparability) ความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกที่พบในตารางที่ 5 และ 6 จึงมีแนวโน้มเกิดจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมากกว่าความแตกต่างของความรุนแรงของโรคตั้งต้น

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบ

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะ R1 นำไปสู่การยกร่างรูปแบบการพยาบาลที่ชื่อว่า PHAYAK Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาล PHAYAK Model

องค์ประกอบ	กิจกรรมหลัก
P – Prevention & Public awareness (ป้องกันและสร้างความตระหนักในชุมชน)	- ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรื่องอาการเตือนและการมาโรงพยาบาลโดยเร็ว ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
H – Hunting (ค้นหาผู้ป่วย เชิงรุก)	- คัดกรองด้วย qSOFA/SIRS ทุกรายที่จุดแรกรับทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยใน พร้อมระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
A – Activate sepsis fast track (เปิดช่องทางด่วน)	- เปิดใช้ช่องทางด่วนทันทีเมื่อคัดกรองผ่านเกณฑ์ ปฏิบัติชุดกิจกรรมการรักษาครบภายใน 1 ชั่วโมง มีพยาบาลผู้ประสานงานประจำเวร มีรถเข็นอุปกรณ์เฉพาะ (sepsis cart) และยาปฏิชีวนะสำรองในหน่วยงาน

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาล PHAYAK Model

องค์ประกอบ	กิจกรรมหลัก
Y – Yield monitoring (เฝ้าระวังอย่างมีเป้าหมาย)	- เฝ้าระวังด้วย NEWS2 ทุก 1–4 ชั่วโมงตามระดับความรุนแรง พร้อมเกณฑ์การรายงานแพทย์แบบขั้นบันไดที่ชัดเจน
A – Alliance care (ประสานพลังทีมและครอบครัว)	- ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผน สื่อสารด้วยรูปแบบ SBAR ให้ข้อมูลและสนับสนุนครอบครัว ระบบส่งต่อที่ปลอดภัยพร้อมแบบบันทึกส่งต่อเฉพาะ
K – Keep continuity (ดูแลต่อเนื่อง)	- วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ฟื้นฟูสภาพ ประเมินกลุ่มอาการหลังภาวะติดเชื้อ เยี่ยมบ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามที่ 1 และ 3 เดือน

รูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI = .93 และผ่านการทดลองใช้นำร่องกับผู้ป่วย 12 ราย ก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพ

3.1 ด้านความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ

ก่อนใช้รูปแบบ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 18.45 คะแนน (SD = 3.21) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 61.50 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่าเกณฑ์ผ่านที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 ภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้รูปแบบ PHAYAK Model คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 25.41 คะแนน (SD = 2.26) คิดเป็นร้อยละ 84.70 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.96 คะแนน (95% CI = 6.02–7.90) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.86$, $p < .001$) นอกจากนี้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลงจาก 3.21 เป็น 2.26 ยังแสดงว่าความรู้ของพยาบาลมีความสม่ำเสมอมากขึ้น ความแตกต่างระหว่างบุคคลลดลง ซึ่งเป็นผลสำคัญต่อการสร้างมาตรฐานการคัดกรองให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 49)

การประเมิน	คะแนนเต็ม	Mean	SD	Mean Diff (95%CI)	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	30	18.45	3.21	6.96 (6.02-7.90)	14.86	< .001*
หลังใช้รูปแบบ	30	25.41	2.26			

**p-value* <.05

3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ก่อนใช้รูปแบบ คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.18, SD = 0.44) โดยด้านที่ต่ำที่สุดคือการป้องกันและสร้างความตระหนักในชุมชน (Mean = 3.05) และการเฝ้าระวังอย่างมีเป้าหมาย (Mean = 3.10) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ว่า ขาดเครื่องมือเฝ้าระวังและเกณฑ์รายงานแพทย์ที่ชัดเจน ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด (Mean = 4.51, SD = 0.31) ผลต่าง 1.33 คะแนน (95% CI = 1.19–1.47) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.72$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือการเปิดช่องทางด่วน (เพิ่มขึ้น 1.42 คะแนน) ซึ่งสะท้อนผลโดยตรงจากการจัดตั้งระบบ Sepsis fast track และรถ sepsis cart ส่วนด้านที่เปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากต้องอาศัยการประสานงานกับเครือข่ายนอกโรงพยาบาลซึ่งใช้เวลาในการพัฒนามากกว่าดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 49)

การประเมิน	Mean	SD	ระดับ	Mean Diff. (95%CI)	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	3.18	0.44	ปานกลาง	1.33 (1.19-1.47)	19.72	< .001
หลังใช้รูปแบบ	4.51	0.31	มากที่สุด			

**p-value* <.05

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

จากการประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (PHAYAK model) ในกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า การปฏิบัติตามชุดกิจกรรมการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 25 ราย (ร้อยละ 59.52) เป็น 27 ราย (ร้อยละ 90.00) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.48 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 8.09, p = .004) แสดงว่ารูปแบบ PHAYAK Model สามารถปรับปรุงคุณภาพกระบวนการดูแล (process of care) ได้จริงตามกรอบของโดนาบีเดียน สำหรับอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 26.19 เหลือร้อยละ 16.67 (ลดลงร้อยละ 9.52) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 11.90 เหลือร้อยละ 6.67 (ลดลงร้อยละ 5.23) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีในทางคลินิก แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .337 และ p = .700 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกเชิงกลุ่มของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 42) จำนวน (ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	ผลต่างร้อยละ	χ^2	p-value
1. การปฏิบัติตาม sepsis bundle ภายใน 1 ชั่วโมง	25 (59.52)	27 (90.00)	+30.48	8.09	.004*
2. การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock)	11 (26.19)	5 (16.67)	−9.52	0.92	.337
3. การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	5 (11.90)	2 (6.67)	−5.23	–	.700[a]

**p-value* <.05 [a] ใช้ Fisher's exact test เนื่องจากมีค่าคาดหวังในบางช่องน้อยกว่า 5

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาปฏิชีวนะ (door-to-antibiotic time) ลดลงจากเฉลี่ย 78.42 นาที (SD = 26.85) เหลือ 42.61 นาที (SD = 15.32) คิดเป็นการลดลง 35.81 นาที หรือร้อยละ 45.66 ของเวลาเดิม (95% CI = 25.83–45.79 นาที) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.16, p < .001) ซึ่งทำให้ค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลเข้าสู่เป้าหมายภายใน 60 นาทีตามข้อแนะนำของ Surviving Sepsis Campaign ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลงเกือบครึ่งหนึ่งยังชี้ว่าความแปรปรวนระหว่างเวรและระหว่างแผนกลดลงอย่างชัดเจน ส่วนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 8.63 วัน (SD = 4.12) เหลือ 6.42 วัน (SD = 2.98) คิดเป็นการลดลง 2.21 วัน (95% CI = 0.54–3.88 วัน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.64, p = .010) ซึ่งนอกจากสะท้อนการฟื้นตัวที่เร็วขึ้นแล้ว ยังหมายถึงการประหยัดทรัพยากรเตียงของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านจำนวนเตียงอีกด้วย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกเชิงปริมาณของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้รูปแบบ (n = 42) Mean ± SD	หลังใช้รูปแบบ (n = 30) Mean ± SD	Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
Door-to-antibiotic time (นาที)	78.42 ± 26.85	42.61 ± 15.32	35.81 (25.83–45.79)	7.16	< .001*
วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	8.63 ± 4.12	6.42 ± 2.98	2.21 (0.54–3.88)	2.64	.010*

**p-value* <.05

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบ

พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ PHAYAK Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความเป็นประโยชน์และการนำไปใช้ (Mean = 4.65, SD = 0.30) สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นตอบโจทย์การปฏิบัติงานจริงและใช้ได้สะดวกในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน รองลงมาคือความเหมาะสมของรูปแบบ (Mean = 4.55) และผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วย (Mean = 4.54) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำในทุกด้าน (0.30–0.34) แสดงว่าความคิดเห็นของพยาบาลมีความสอดคล้องกันสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนความยั่งยืนของการนำรูปแบบไปใช้

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก สกัดได้ 3 ประเด็นหลัก คือ (1) "*เห็นเร็ว ตัดสินใจง่ายขึ้น*" แบบคัดกรองที่เป็นมาตรฐานเดียวกันช่วยลดความลังเลของพยาบาลจบใหม่และพยาบาลเวรดึก (2) *"ทำงานเป็นทีมเดียวกัน"* การใช้ SBAR ทำให้การรายงานแพทย์กระชับและได้รับการตอบสนองเร็วขึ้น และ (3) *"ไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้กลางทาง"* ระบบวางแผนจำหน่ายและการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกมั่นใจว่ามีผู้ดูแลต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะที่ได้รับคือควรเพิ่มการฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และเพิ่มอัตรากำลังในเวรบ่าย–ดึก

สรุปและอภิปรายผล

ด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้จากการที่รูปแบบ PHAYAK Model ออกแบบองค์ประกอบด้าน H และ Y บนฐานแบบจำลองการตัดสินใจทางคลินิกของแทนเนอร์[10] ซึ่งแปลงกระบวนการคิดเชิงนามธรรมให้เป็นเครื่องมือที่จับต้องได้ คือ แบบคัดกรอง qSOFA/SIRS และ NEWS2 พร้อมเกณฑ์รายงานแพทย์ที่ชัดเจน ทำให้พยาบาล "รับรู้สัญญาณ" และ "ตีความ" ได้ถูกต้องขึ้น ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ยศประสงค์[8] และลดารัตน์ วณิชยานันต์และคณะ[7] ที่พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกับการนิเทศทางคลินิกช่วยเพิ่มความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การที่ก่อนเริ่มโครงการมีพยาบาลเพียงร้อยละ 38.78 ที่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทาง ยังสนับสนุนข้อค้นพบของสุภานัน ชวนพิมาย และมาริสา ไกรฤกษ์[9] ว่าความรู้และการสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการใช้กระบวนการพยาบาล

ด้านกระบวนการดูแล การปฏิบัติตาม sepsis bundle ภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.48 และ door-to-antibiotic time ลดลง 35.81 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการปรับ "โครงสร้าง" ตามกรอบของโดนาบีเดียน[13] คือ การจัดตั้งช่องทางด่วน รถ sepsis cart ชุดยาปฏิชีวนะสำรอง และการแจ้งห้องปฏิบัติการล่วงหน้า สามารถขับเคลื่อน "กระบวนการ" ให้ดีขึ้นได้จริง ซึ่งตรงกับหลักการของ Surviving Sepsis Campaign[2] ที่เน้นว่าความล่าช้าของการให้ยาปฏิชีวนะทุกชั่วโมงสัมพันธ์กับอัตราตาย

ที่เพิ่มขึ้น ผลการศึกษายังสอดคล้องกับทวิกานต์ รักสวนจิกและคณะ[4] ที่พัฒนาระบบทางด่วนในโรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม และนิรันดร เทียนรังสี[6] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย septic shock ในหอผู้ป่วยหนัก

ด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง 2.21 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .010) เป็นผลสืบเนื่องจากการได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้นและการเฝ้าระวังที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับนพฤทธิ์ ภูมิดอนมิ่งและคณะ[5] และพนิตนันท์ หนูชัยปลอด[3] อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน แม้จะลดลงร้อยละ 9.52 และ 5.23 ตามลำดับ แต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้จากจำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมีน้อย (11 และ 5 เหตุการณ์ในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ) ทำให้อำนาจการทดสอบต่ำ การตีความจึงควรเน้นนัยสำคัญทางคลินิก (clinical significance) ควบคู่ไปกับนัยสำคัญทางสถิติ และควรติดตามในระยะยาวด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

ด้านการดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ การที่องค์ประกอบ P และ K ออกแบบบนฐานทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[11] และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมเลอิส[12] ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและมีการติดตามต่อเนื่อง จึงลดช่องว่างของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยและญาติสะท้อนว่า "ไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้กลางทาง" ประกอบกับความพึงพอใจของพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58) โดยเฉพาะด้านความเป็นประโยชน์และการนำไปใช้ จึงเป็นเครื่องยืนยันความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้อย่างยั่งยืนในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเดียว ใช้การเปรียบเทียบข้อมูลก่อน–หลังแบบไม่มีกลุ่มควบคุมคู่ขนาน จึงอาจมีปัจจัยรบกวนจากการเปลี่ยนแปลงอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีขนาดเล็กและไม่เท่ากัน (42 และ 30 ราย) ทำให้อำนาจการทดสอบสำหรับตัวชี้วัดที่มีอุบัติการณ์ต่ำไม่เพียงพอ และข้อมูลบางส่วนเก็บจากเวชระเบียนย้อนหลังซึ่งขึ้นกับความครบถ้วนของการบันทึก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรประกาศใช้ PHAYAK Model เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย และขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายในเขตสุขภาพที่ 7

2) ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง (simulation) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยเน้นพยาบาลจบใหม่และเวรบ่าย–ดึก

3) ควรพัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ (sepsis alert) ในโปรแกรมเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อลดการพึ่งพาการคัดกรองด้วยมือ

4) ควรกำหนดตัวชี้วัด door-to-antibiotic time และอัตราการปฏิบัติตาม bundle ภายใน 1 ชั่วโมง เป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่ติดตามรายเดือนในคณะกรรมการ PCT

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม หรือแบบ stepped-wedge หลายโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบและความเที่ยงตรงภายนอก

2) ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราตายใน 28 วัน คุณภาพชีวิตหลังรอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อ และภาระค่าใช้จ่าย (cost-effectiveness analysis)

3) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของการใช้รูปแบบ เช่น ภาระงาน อัตรากำลัง และวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้อง

ของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al.(2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al.(2021). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Crit Care Med. 2021;49(11):e1063-143.
3. พนิตนันท์ หนูชัยปลอด.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2566;3(2):45-58.
4. ทวิกานต์ รักสวนจิก, และคณะ.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบทางด่วนโรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(15):198-212.
5. นพฤทธิ์ ภูมิดอนมิ่ง, และคณะ.(2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):55-65.
6. นิรันดร เทียนรังษี.(2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย septic shock แผนกงานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2564;11(3):32-41.
7. ลดารัตน์ วณิชยานันต์, และคณะ.(2565). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรง โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2565;12(3):576-97.
8. พรทิพย์ ยศประสงค์.(2567). ผลการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9(1):397-408.
9. สุภานัน ชวนพิมาย, มาริสา ไกรฤกษ์.(2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2):190-8.
10. Tanner CA.(2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006;45(6):204-11.
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM.(2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
12. Meleis AI.(2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.
13. Donabedian A.(2005). Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83(4):691-729.

การพัฒนาระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติแบบครบวงจรโดยใช้ Critical Lab Dashboard โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of an Integrated Critical Value Notification and Follow-up System Using a Critical Lab Dashboard at Phayakkhaphum Phisai Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 23,2026 ; Accepted: October 28,2026)

เฉลิมชัย บุญกอง[1] สุรสิทธิ์ คุ้มสุวรรณ[2], ยุทธกร อิโน[2]
Chalermchai Boonkong[1], Surasit Kumsuwan[2], Yuttakorn Ino[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติแบบครบวงจรโดยใช้ Critical Lab Dashboard และประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ดำเนินการ 2 วงรอบ ณ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2566–กันยายน 2567 กลุ่มข้อมูลประกอบด้วยเหตุการณ์ค่าวิกฤติทั้งหมดในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,597 ครั้ง และบุคลากรผู้ใช้ระบบ 30 คน ประกอบด้วยนักเทคนิคการแพทย์ 8 คน และพยาบาล 22 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลค่าวิกฤติ Critical Lab Dashboard และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการตรวจจับค่าวิกฤติและแจ้งเตือน การบันทึกการแจ้งและการรับทราบ การบันทึกการตอบสนองทางคลินิก การแสดงสถานะคดีแบบเวลาจริง และโมดูลตัวชี้วัดและรายงาน โดยเชื่อมโยงกระบวนการแบบวงจรปิด 7 ขั้นตอน ในปีงบประมาณ 2567 พบว่าค่าวิกฤติ 2,597 ครั้ง มีความครบถ้วนของการรายงานร้อยละ 100 การติดตามครบวงจรร้อยละ 100 การบันทึกข้อมูลที่สอบกลับได้ครบถ้วนร้อยละ 100 และไม่พบอุบัติการณ์การดูแลรักษาล่าช้า ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.90, SD=0.30) คิดเป็นร้อยละ 98.0

คำสำคัญ: ค่าวิกฤติ, Critical Lab Dashboard, ความปลอดภัยผู้ป่วย

Abstract

This study aimed to investigate the existing situation and problems, develop an integrated critical value notification and follow-up system using a Critical Lab Dashboard, and evaluate the outcomes of the developed system. An action research design based on the PAOR cycle was conducted in two cycles at Phayakkhaphum Phisai Hospital, Mahasarakham Province, from October 2023 to September 2024. The study included all 2,597 critical value events recorded during fiscal year 2024 and 30 system users, comprising 8 medical technologists and 22 nurses. The research instruments included a critical value recording form, a Critical Lab Dashboard, and a user satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The developed system consisted of critical value detection and alert, notification and acknowledgement logging, clinical response documentation, a real-time case status board, and an indicator and reporting module. The system implemented a seven-step closed-loop process. Among 2,597 critical value events in fiscal year 2024, the completeness of critical value notification was 100%, complete follow-up through all seven steps was 100%, and complete traceability of documentation was 100%. No delayed

[1] นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
[2] นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

clinical care incidents were identified. Overall user satisfaction was at the highest level (mean=4.90, SD=0.30), equivalent to 98.0%.

Keywords: Critical Laboratory Value, Critical Lab Dashboard, Patient

บทนำ

ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ (critical laboratory values หรือ critical results) หมายถึง ผลการตรวจที่ผิดปกติในระดับที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และต้องแจ้งให้ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทราบโดยเร็ว เพื่อให้เกิดการประเมินและดำเนินการทางคลินิกอย่างเหมาะสม [1,2] การจัดการค่าวิกฤติจึงเป็นกระบวนการสำคัญของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสำเร็จของระบบไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรายงานจากห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการรับทราบ การสื่อสารต่อผู้รับผิดชอบและการตอบสนองทางคลินิกด้วย แนวปฏิบัติและงานวิชาการด้านการสื่อสารผลตรวจวิกฤติให้ความสำคัญกับความถูกต้องและความรวดเร็วของการแจ้งผล การกำหนดรายการหรือเกณฑ์ค่าวิกฤติ ผู้รับผิดชอบ วิธีการแจ้ง ตลอดจนการบันทึกและติดตามอย่างเป็นระบบ[1,3,4] โดยความล้มเหลวในการแจ้ง ติดตาม หรือดำเนินการต่อค่าวิกฤติเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[1,3] ประเด็นนี้สอดคล้องกับกรอบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน ISO 15189 ที่ใช้ในประเทศไทย[5]

ในบริบทของประเทศไทย งานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการที่ผ่านมา มุ่งลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการตรวจวิเคราะห์และลดระยะเวลารอคอยผลตรวจ[6,7] รวมทั้งพัฒนารูปแบบการรายงานผลตรวจทั้งในระบบอัตโนมัติ กรณีเร่งด่วน และค่าวิกฤติเฉพาะรายการ[8,9,10] ขณะเดียวกัน การนำระบบสารสนเทศและแนวคิด Smart Hospital มาใช้ในงานบริการห้องปฏิบัติการ[11] และการสั่งยาด้วยระบบคอมพิวเตอร์เพื่อลดความคลาดเคลื่อน[12] แสดงให้เห็นศักยภาพของระบบอิเล็กทรอนิกส์ ในการลดความคลาดเคลื่อนของกระบวนการทำงาน นอกจากนี้ การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย ชี้ให้เห็นว่าการตอบสนองของบุคลากรทางคลินิกอย่างทันเวลา เป็นองค์ประกอบสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย[13,14]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย กำหนดการรายงานค่าวิกฤติเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โดยมีเป้าหมายให้การรายงานครบถ้วนและทันเวลาภายใน 5 นาที ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560–2564 บรรลุเป้าหมาย โดยมีอัตราความครบถ้วนของการรายงานและอัตราการรายงานภายใน 5 นาทีร้อยละ 100 ตามข้อมูลของหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีค่าวิกฤติได้รับการดูแลรักษาล่าช้า จากการวิเคราะห์กระบวนการพบว่า เมื่อห้องปฏิบัติการตรวจพบค่าวิกฤติจะรายงานไปยังหอผู้ป่วย และพยาบาลจะรายงานแพทย์เพื่อดำเนินการรักษา แต่ระบบเดิมบันทึกเพียงชื่อผู้รายงาน ชื่อผู้รับรายงาน และเวลาการรายงานค่าวิกฤติ จึงไม่สามารถสอบกลับได้ว่าหากเกิดความล่าช้า ความล่าช้านั้นเกิดขึ้นในขั้นตอนใด ปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลจึงเพิ่มการบันทึกชื่อผู้รายงานแพทย์ ชื่อแพทย์ผู้รับรายงาน เวลาการรายงานแพทย์ และเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยสื่อสารกับหอผู้ป่วยผ่าน LINE Group ร่วมกับแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ผลการดำเนินงานพบว่ามีการรายงานค่าวิกฤติ 2,084 ครั้ง ความครบถ้วนร้อยละ 100 และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 85 แต่ในปีงบประมาณ 2566 ความครบถ้วนลดลงเหลือร้อยละ 86 และความพึงพอใจลดลงเหลือร้อยละ 78 เนื่องจากความไม่สะดวกในการลงข้อมูลในแบบฟอร์มและการสื่อสารผ่าน LINE Group ซึ่งสะท้อนว่าระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถในการสอบกลับได้ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความสะดวกและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน ในปีงบประมาณ 2567 กลุ่มงานเทคนิค

การแพทย์ หอผู้ป่วย และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนา Critical Lab Dashboard เพื่อบันทึก ติดตาม และแสดงสถานะของค่าวิกฤติแบบ Real-time โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากห้องปฏิบัติการกับข้อมูลการติดตามของหอผู้ป่วย และสอบกลับกระบวนการได้ตั้งแต่ตรวจพบค่าวิกฤติจนถึงการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนางานผ่านวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานนำผลที่เกิดขึ้นกลับมาปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง[15] ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนาระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติแบบครบวงจรโดยใช้ Critical Lab Dashboard เพื่อเพิ่มความครบถ้วนของการรายงาน เพิ่มความสามารถในการติดตามและสอบกลับ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขค่าวิกฤติอย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
2. เพื่อพัฒนาระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติแบบครบวงจรโดยใช้ Critical Lab Dashboard ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ PAOR
3. เพื่อประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้นในด้านความครบถ้วนของการรายงาน การติดตามค่าวิกฤติ การเกิดการดูแลรักษาล่าช้า และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)[15] เพื่อพัฒนาระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการ 2 วงรอบ ณ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม วงรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการพัฒนาและนำ Critical Lab Dashboard ไปใช้ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 (ปีงบประมาณ 2567) โดยใช้ข้อมูลผลการดำเนินงานย้อนหลังปีงบประมาณ 2560–2566 เป็นฐานสำหรับศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลค่าวิกฤติ ได้แก่ รายการรายงานค่าวิกฤติทั้งหมดของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,597 ครั้ง เนื่องจากเป็นข้อมูลการดำเนินงานจริงของระบบ จึงใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นทั้งหมดในการประเมินผล โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง
2. บุคลากรผู้ใช้ระบบ ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการติดตามและรายงานค่าวิกฤติและเป็นผู้ประเมินความพึงพอใจต่อระบบ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย นักเทคนิคการแพทย์ 8 คน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลค่าวิกฤติ ใช้เก็บข้อมูลกระบวนการรายงานและติดตามค่าวิกฤติ ประกอบด้วย วันและเวลาที่พบค่าวิกฤติ รายการตรวจ ผลตรวจ ระดับค่าวิกฤติ HN และข้อมูลผู้ป่วย หน่วยงาน ผู้รายงาน ผู้รับรายงาน การรายงานแพทย์ แพทย์ผู้รับรายงาน เวลาที่แพทย์รับทราบ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแล และสถานะของ Case
2. Critical Lab Dashboard เป็นระบบสารสนเทศที่พัฒนาร่วมกัน ระหว่างกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ หอผู้ป่วยใน และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยระบบรับข้อมูลจาก 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลค่าวิกฤติจากระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ (Laboratory

Information System: LIS) ซึ่งเป็นข้อมูลที่นักเทคนิคการแพทย์รายงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดตามหลังได้รับรายงานค่าวิกฤติที่พยาบาลบันทึก ระบบนำข้อมูลทั้งสองส่วนมาประมวลผลและแสดงผลบน Dashboard เพื่อให้ติดตามสถานะได้แบบ Real-time

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบ Critical Lab Dashboard ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert ได้แก่ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ความรวดเร็วในการสื่อสารและติดตาม ประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและการลดภาระงาน ความง่ายในการใช้งาน และความพึงพอใจโดยรวม แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ 5 ระดับ (คะแนน 1 = น้อยที่สุด - คะแนน 5 = มากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการพัฒนาและทบทวนร่วมกันโดยผู้เกี่ยวข้องจากกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ หอผู้ป่วย และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ก่อนนำไปใช้จริง แบบบันทึกข้อมูลและ Critical Lab Dashboard ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความเหมาะสมของกระบวนการทำงานก่อนใช้งานจริง

แบบประเมินความพึงพอใจได้นำไปทดลองใช้ (try-out) กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้ววิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[16] โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ .70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ขั้นตอนการวิจัย การวิจัยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (เดือนตุลาคม 2566) ทบทวนกระบวนการรายงานค่าวิกฤติเดิมและข้อมูลผลการดำเนินงานย้อนหลังปีงบประมาณ 2564–2566 ได้แก่ จำนวนค่าวิกฤติ ความครบถ้วนของการรายงาน การดูแลรักษาล่าช้า รวมทั้งข้อจำกัดของแบบบันทึกข้อมูลร่วมกับ LINE Group ที่ใช้ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานและกำหนดความต้องการของระบบใหม่

ระยะที่ 2 การพัฒนาและนำระบบไปใช้ ดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การออกแบบและพัฒนา Critical Lab Dashboard (ตุลาคม 2566–มีนาคม 2567)

1. Planning กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ หอผู้ป่วยใน และงานเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา การสอบกลับกระบวนการค่าวิกฤติจากผลระยะที่ 1 และกำหนดความต้องการของระบบ ได้แก่ รับข้อมูลค่าวิกฤติ ติดตามสถานะ บันทึกการรับทราบของหอผู้ป่วย บันทึกการรายงานแพทย์ บันทึกการรับทราบของแพทย์ บันทึกการดูแลผู้ป่วย และสอบกลับข้อมูลได้

2. Action พัฒนา Critical Lab Dashboard โดยเชื่อมโยงข้อมูลจาก LIS กับข้อมูลการติดตามของพยาบาล และนำไปใช้ปฏิบัติงานจริงกับค่าวิกฤติของโรงพยาบาล

3. Observation ติดตามการใช้งานระบบ ความครบถ้วนของข้อมูล และปัญหาที่พบในการใช้งานของนักเทคนิคการแพทย์และพยาบาล

4. Reflection ประชุมร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการ หอผู้ป่วยใน และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสะท้อนผลการใช้งาน และกำหนดประเด็นปรับปรุงระบบได้แก่ ความครบถ้วนของข้อมูล การติดตามผล และการสื่อสาร

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงและใช้ระบบอย่างต่อเนื่อง (เมษายน–กันยายน 2567)

1. Revise Planning วางแผนปรับปรุงระบบตามผลการสะท้อนของวงรอบที่ 1 และกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผล ได้แก่ ความครบถ้วน การติดตาม การดูแลรักษาล่าช้า และความพึงพอใจ

2. Action ใช้ Critical Lab Dashboard ฉบับปรับปรุง กับกระบวนการจัดการค่าวิกฤติแบบวงจรปิด (closed-loop) 7 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจพบค่าวิกฤติ (Detection) ⟶ การรายงานจากห้องปฏิบัติการ (Laboratory Notification) ⟶ การรับทราบของหอผู้ป่วยใน (Ward Acknowledgement) ⟶ การรายงานแพทย์ (Physician Notification) ⟶ การรับทราบของแพทย์ (Physician Acknowledgement) ⟶ การดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Intervention) ⟶ การปิด Case (Case Closure)

3. Observation ติดตามผลการใช้งานตลอดปีงบประมาณ 2567 เก็บข้อมูลความครบถ้วน การติดตาม การดูแลรักษาล่าช้า และประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเมื่อสิ้นสุดวงรอบ

4. Reflection นำผลการประเมินเข้าสู่การประชุมร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการ หอผู้ป่วยใน และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสะท้อนปัญหาและกำหนดแนวทางพัฒนาระบบต่อเนื่องในถัดไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล (กันยายน 2567) รวบรวมข้อมูลค่าวิกฤติทั้งหมดของปีงบประมาณ 2567 จากระบบ เพื่อคำนวณอัตราความครบถ้วน อัตราการติดตาม และอัตราการดูแลรักษาล่าช้า ประเมินความ พึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วยแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว และเปรียบเทียบเชิงพรรณนากับข้อมูลพื้นฐานจากระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อัตราความครบถ้วนของการรายงาน อัตราการติดตามครบวงจร และอัตราการเกิดอุบัติการณ์การดูแลรักษาล่าช้า คะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกต และเวทีสะท้อนผล วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่ 40/2560 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อบุคคลหรือรหัสที่สามารถสืบย้อนถึงตัวบุคคล และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น สำหรับข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ตัวชี้วัด ผู้วิจัยใช้เฉพาะข้อมูลเชิงกระบวนการที่ผ่านการลบข้อมูลระบุตัวตน (De-identification) แล้ว ตามหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และทำลายข้อมูลดิบภายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาของระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติที่ใช้ระบบเดิม

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ร่วมกับผลการสะท้อนผลจากวงจร PAOR รอบที่ 1 สามารถสังเคราะห์ประเด็นปัญหาได้ 5 ประเด็นหลัก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาของระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติเดิม

ประเด็นปัญหา	ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลกระทบต่อระบบ
1. การสื่อสารเป็นทิศทางเดียว	ติดตามได้เฉพาะขั้นตอนห้องปฏิบัติการแจ้งหอผู้ป่วย	ไม่ทราบสถานะปลายทางของข้อมูล

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาของระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติเดิม

ประเด็นปัญหา	ลักษณะปัญหาที่พบ	ผลกระทบต่อระบบ
2. ขาดกลไกสอบกลับขั้นตอนของแพทย์	ไม่มีการบันทึกการรายงานแพทย์ การรับทราบ และการดูแลรักษาในระบบเดียวกัน	ไม่สามารถยืนยันความครบวงจรของการดูแลผู้ป่วย
3. การบันทึกหลายขั้นตอนและซ้ำซ้อน	บันทึกทั้งในแบบฟอร์มกระดาษ สมุดบันทึก และเวชระเบียน	เพิ่มภาระงาน ผู้ปฏิบัติงานละเลยการบันทึก
4. ข้อจำกัดของการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์	ข้อความถูกแทนที่อย่างรวดเร็ว ไม่แสดงสถานะรายกรณี	สอบกลับเป็นรายเคสไม่ได้ เสี่ยงต่อการตกหล่น
5. ตัวชี้วัดไม่ครอบคลุมทั้งกระบวนการ	วัดเฉพาะอัตราการแจ้งผลของห้องปฏิบัติการ	ไม่สะท้อนผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 ปัญหาหลักของระบบเดิมคือการเป็นระบบเปิด (Open-loop system) ที่สิ้นสุดลงเมื่อห้องปฏิบัติการแจ้งผลแล้ว โดยไม่มีหลักฐานยืนยันว่าแพทย์ได้รับทราบและผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจริงหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่า ความคลาดเคลื่อนของกระบวนการทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่มิได้เกิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ แต่เกิดในขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ (Post-analytical phase) โดยเฉพาะการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล

2. ระบบการติดตามและรายงานค่าวิกฤติแบบครบวงจรที่พัฒนาขึ้น

ผลการพัฒนาตามวงจร PAOR รอบที่ 2 ได้ระบบ Critical Lab Dashboard ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ส่วน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและหน้าที่ของระบบ Critical Lab Dashboard

องค์ประกอบ	หน้าที่หลัก	ผู้ใช้งานหลัก
1. Auto-detection & alert	ตรวจจับผลที่เข้าเกณฑ์ค่าวิกฤติจาก LIS และแจ้งเตือนอัตโนมัติ	นักเทคนิคการแพทย์
2. Notification log	บันทึกผู้แจ้ง ผู้รับแจ้ง วันเวลา และการทวนสอบผลซ้ำ (read-back)	นักเทคนิคการแพทย์/พยาบาล
3. Clinical response log	บันทึกการรายงานแพทย์ การรับทราบของแพทย์ และการดูแลรักษา	พยาบาลวิชาชีพ
4. Real-time status board	แสดงสถานะรายเคสด้วยรหัสสี แยกรายการครบวงจรกับรายการค้าง	ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. Indicator & report module	สรุปตัวชี้วัดและส่งออกรายงานเพื่อทบทวนคุณภาพ	ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ

จากตารางที่ 2 ระบบที่พัฒนาขึ้นได้แปลงกระบวนการทำงานให้ดำเนินไปตามลำดับขั้นแบบวงจรปิด (closed-loop communication) 7 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจพบค่าวิกฤติ ⟶ การรายงานหอผู้ป่วย ⟶ การรับทราบของหอผู้ป่วย ⟶ การรายงานแพทย์ ⟶ การรับทราบของแพทย์ ⟶ การดูแลรักษาทางคลินิก ⟶ การปิดเคส โดยระบบกำหนดเงื่อนไขว่าจะไม่สามารถปิดรายการได้จนกว่าจะมีการบันทึกครบทุกขั้นตอน

นอกจากนี้ กระบวนการสะท้อนผลอย่างมีส่วนร่วมยังทำให้เกิดการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องระหว่างการใช้งาน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นสะท้อนผลจากผู้ปฏิบัติงานและการปรับปรุงระบบ

ประเด็นสะท้อนผล	การปรับปรุงที่ดำเนินการ	ผลที่เกิดขึ้น
1. การบันทึกซ้ำซ้อนกับระบบเดิม	ดึงข้อมูลผู้ป่วยอัตโนมัติจาก LIS ลดช่องบันทึกซ้ำ	ลดเวลาบันทึกต่อเหตุการณ์
2. ไม่ทราบว่ารายการใดยังไม่ครบวงจร	แสดงสถานะด้วยรหัสสีและเรียงลำดับตามเวลาค้าง	ติดตามรายการค้างได้ทันที
3. ต้องการหลักฐานการรายงานแพทย์	เพิ่มช่องบันทึกเวลารายงานแพทย์และการสั่งการรักษา	สอบกลับได้ครบทุกขั้นตอน
4. ต้องการข้อมูลสรุปเพื่อทบทวนคุณภาพ	เพิ่มโมดูลสรุปตัวชี้วัดและส่งออกรายงานรายเดือน	ใช้ทบทวนในเวทีคุณภาพได้

3. ผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของระบบ Critical Lab Dashboard ปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)
เหตุการณ์การรายงานค่าวิกฤติทั้งหมด	–	2,597 ครั้ง	–
ความครบถ้วนของการรายงานค่าวิกฤติ	100	2,597/2,597	100.00
การติดตามครบวงจร (ครบ 7 ขั้นตอน)	100	2,597/2,597	100.00
การบันทึกข้อมูลที่สอบกลับได้ครบถ้วน	100	2,597/2,597	100.00
อุบัติการณ์การดูแลรักษาล่าช้า	0	0/2,597	0.0

จากตารางที่ 4 ในปีงบประมาณ 2567 มีเหตุการณ์ค่าวิกฤติรวม 2,597 ครั้ง ทุกเหตุการณ์ได้รับการรายงานครบถ้วนและได้รับการติดตามจนปิดเคสครบทั้ง 7 ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีหลักฐานการรับทราบของหอผู้ป่วย การรายงานแพทย์ การรับทราบของแพทย์ และการดูแลรักษาบันทึกอยู่ในระบบครบทุกราย และไม่พบอุบัติการณ์การดูแลรักษาล่าช้าแม้แต่รายเดียว ผลลัพธ์นี้แตกต่างจากระบบเดิมในเชิงคุณภาพ มิใช่เพียงเชิงปริมาณ กล่าวคือ ระบบเดิมสามารถยืนยันได้เพียงว่า "ห้องปฏิบัติการแจ้งผลแล้ว" ขณะที่ระบบใหม่สามารถยืนยันได้ว่า "ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแล้ว"

4. ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.90, S.D. = 0.30 หรือร้อยละ 98.0) โดยด้านความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ร้อยละ 98.6) สะท้อนให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมานี้ สามารถแก้ไขปัญหาหลักที่ผู้ปฏิบัติงานสะท้อนไว้ในวงรอบที่ 1 ได้โดยตรง คือ ความกังวลเรื่องข้อมูลตกหล่น และการบันทึกที่ไม่ตรงกัน ส่วนด้านความง่ายในการใช้งานมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแม้ยังอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 97.4) อธิบายได้ว่า ผู้ใช้งานบางส่วนยังอยู่ในช่วงปรับตัวกับรูปแบบการบันทึกใหม่ (learning curve) ในระยะเริ่มต้นของการใช้งาน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงว่าระบบเดิมของโรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายด้านการรายงานของห้องปฏิบัติการ แต่ตัวชี้วัดดังกล่าวยังไม่สะท้อนประสิทธิผลของกระบวนการจัดการค่าวิกฤติทั้งหมด เนื่องจากการรายงานจากห้องปฏิบัติการเป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการ ขณะที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับการรับทราบและการตอบสนองของบุคลากรทางคลินิกด้วย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติและเอกสารวิชาการที่ระบุว่าความล้มเหลวในการแจ้ง ติดตาม

และดำเนินการต่อค่าวิกฤติเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และระบบควรออกแบบให้มีการสื่อสารและติดตามอย่างเป็นระบบ[1,3]

การดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มแบบบันทึกทำให้ข้อมูลครบถ้วนมากขึ้น แต่การบันทึกหลายขั้นตอนร่วมกับการใช้ LINE Group ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านความสะดวก ซึ่งสะท้อนจากความพึงพอใจร้อยละ 85 ที่ลดลงเหลือร้อยละ 78 และความครบถ้วนที่ลดลงเหลือร้อยละ 86 ในปี 2566 ผลนี้ชี้ว่าระบบแบบ Manual สามารถเพิ่มความสามารถในการสอบกลับได้ แต่ภาระการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนอาจทำให้ระบบดำเนินต่อเนื่องได้ยาก ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้กำหนดความต้องการของระบบใหม่ในระยะที่ 1

การพัฒนา Critical Lab Dashboard ตามวงจร PAOR 2 วงรอบในปีงบประมาณ 2567 เป็นการเปลี่ยนจากระบบ Manual ไปสู่ระบบดิจิทัลที่เชื่อมโยงข้อมูลจาก LIS กับข้อมูลของพยาบาล ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นสถานะของแต่ละ Case และตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ สอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาระบบรายงานผลตรวจและบริการห้องปฏิบัติการที่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์และการสื่อสารอย่างมีโครงสร้าง ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มการบันทึกและการติดตามผล[9,11,12] อนึ่ง ความครบถ้วนร้อยละ 100 เกิดขึ้นแล้วในปี 2565 ดังนั้นประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นของระบบใหม่จึงอยู่ที่การรักษาความครบถ้วนไว้ได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อเทียบกับร้อยละ 86 ในปี 2566 การติดตามได้ครบทุกขั้นตอนแบบ Real-time ความพึงพอใจที่เพิ่มจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 98 และการสอบกลับได้เต็มกระบวนการ ทั้งนี้ การดำเนินการ 2 วงรอบทำให้ระบบได้รับการปรับปรุงตามข้อสะท้อนของผู้ใช้ก่อนการประเมินผลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

การไม่พบการดูแลรักษาล่าช้า (0 Case) จากค่าวิกฤติ 2,597 ครั้ง สนับสนุนว่าระบบช่วยให้การติดตามกระบวนการชัดเจนขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการตอบสนองทางคลินิกที่ทันเวลาเป็นหัวใจของความปลอดภัยของผู้ป่วย[13,14] อย่างไรก็ตาม ควรตีความผลในบริบทของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย และไม่ควรสรุปว่าระบบเป็นปัจจัยเดียวที่ทำให้ไม่เกิดความล่าช้า

การมีส่วนร่วมของห้องปฏิบัติการ หอผู้ป่วย และงานเทคโนโลยีสารสนเทศสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นำปัญหาจากการปฏิบัติงานมาวิเคราะห์ ดำเนินการร่วมกัน สังเกตผล และสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง[15] จุดสำคัญของการพัฒนาครั้งนี้จึงไม่ได้อยู่ที่การสร้าง Dashboard เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการปรับกระบวนการจากการรายงานค่าวิกฤติ (Critical Value Reporting) ไปสู่การจัดการค่าวิกฤติ (Critical Value Management) ที่ติดตามได้ตั้งแต่การตรวจพบจนถึงการตอบสนองทางคลินิก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรนำ Critical Lab Dashboard มาใช้เป็นระบบมาตรฐานในการติดตามค่าวิกฤติของโรงพยาบาล

2) ควรกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

3) ควรทบทวนรายการและเกณฑ์ค่าวิกฤติเป็นระยะ ร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการ แพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) ควรติดตามตัวชี้วัดทั้งด้านความครบถ้วนและความทันเวลาของการรายงาน รวมถึงการตอบสนองทางคลินิก

5) ควรนำข้อมูลจาก Dashboard ไปใช้ในการประชุมทบทวนคุณภาพและอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาระยะเวลาของกระบวน การจัดการค่าวิกฤติแยกตามขั้นตอน ได้แก่ Detection, Laboratory Notification , Ward Acknowledgement, Physician Notification, Physician Acknowledgement และ Clinical Intervention

2) ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการตอบสนองกับประเภทของค่าวิกฤติ หน่วยงาน และลักษณะของผู้ป่วย

3) ควรศึกษาผลของระบบในระยะยาว รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของระบบและความสามารถในการขยายไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศที่ร่วมพัฒนาและใช้งานระบบ Critical Lab Dashboard ตลอดจนผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hanna D, Griswold P, Leape LL, Bates DW.(2005). Communicating critical test results: safe practice recommendations. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2005;31(2):68-80.
2. Genzen JR, Tormey CA.(2011). Pathology consultation on reporting of critical values. Am J Clin Pathol. 2011;135(4):505-13.
3. Campbell CA, Caldwell G, Coates P, Flatman R, Georgiou A, Horvath AR, et al.(2015). Consensus statement for the management and communication of high risk laboratory results. Clin Biochem Rev. 2015;36(3):97-105.
4. Kost GJ, Hale KN.(2011). Global trends in critical values practices and their harmonization. Clin Chem Lab Med. 2011;49(2):167-76.
5. สุรศักดิ์ หมื่นพล, ภัทรวีร์ สร้อยสังวาลย์, ศิริพรรณ วงศ์วานิช, นัฐกาญจน์ ละเอียดดี.(2564). การพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในประเทศไทยสู่มาตรฐานสากล ISO 15189. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2564;63(1):119-34.
6. นพดล อาชีพ, ปรีชญา วงษ์กระจ่าง, จิรายุ สุทัศนทรวง, สาธิมา ไหลเวชพิทยา.(2567). อัตราความผิดพลาดในขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการในโรงเรียนแพทย์ไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2567;52(1):8933-43.
7. ธวัช ทองน้อย, อรวรรยา กระสังข์.(2564). การลดความแออัดในโรงพยาบาลและระยะเวลารอคอยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลปากช่องนานา. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2564;63(4):822-35.
8. อังคณา คำฟอง, ภวมัย แต่เชื้อสาย, อิทธิฤทธิ์ คำฟอง.(2565). ประสิทธิผลการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเคมีคลินิกอัตโนมัติ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. วารสารกรมการแพทย์. 2565;47(1):64-71.
9. พรทิวา ไชยสงคราม.(2567). พัฒนารูปแบบการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีเร่งด่วน โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(3):109-18.
10. จุติมา ปานแดง.(2568). ผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกล็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(2):35-45.

11. นฤมล ทันประโยชน์, ภาวิตา สุวรรณวัฒนะ, ธนิตา ฤกษ์เฉลิม.(2568). การพัฒนาระบบบริการด่านหน้าทางห้องปฏิบัติการ สถาบันบำราศนราดูร ด้วยหลักการ Smart Hospital. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2568;19(3):197-207.
12. สุมิตรา สงครามศรี, มาลินี เหล่าไพบูลย์.(2560). การสั่งยาด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในการลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี: Interrupted Time Series Design. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2560;13(2):53-66.
13. บุญทิพย์ นิ่มสอาด.(2563). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;1(1):173-83.
14. ประภัสสร หิรัญรัตน์.(2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2567;9(2):38-47.
15. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R.(2014). The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.
16. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

Development of a Care Model for Patients with Acute Ischemic Stroke in the Emergency Department of Khlong Thom Hospital, Krabi Province.

(Received: September 26,2026 ; Revised: October 2,2026 ; Accepted: October 4,2026)

อุษณีษ์ วีระพงษ์วัฒนกุล[1]
Ousanee Weerapongwattanakul[1]

บทคัดย่อ

ระบบการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และความเสี่ยงของคนในชุมชนที่เพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการประชุมระดมความคิด การประชุมกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 5 คน และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล 65 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง เป็นทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ มี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ การพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากรที่ให้การดูแล การจัดให้มีเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน และการจัดให้มีอุปกรณ์ฉุกเฉินเคลื่อนที่หรือมีบุคลากรประจำจุดพักรอผู้ป่วย 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแล มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การทบทวนแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่เดิมอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบแพทย์เวรนอกเวลาพร้อมกำหนดกรอบเวลาตอบสนองมาตรฐาน และการสร้างกลไกขอความยินยอมจากญาติผู้ป่วยในช่วงเวลาเร่งด่วน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์การดูแลด้วยระยะเวลาการดูแลที่รวดเร็วขึ้นหลังพัฒนาระบบ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดูแลในห้องฉุกเฉินที่ลดลง และความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแล โรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

Ensuring rapid access to treatment for patients with acute ischemic stroke is essential, particularly as the risk of stroke among community members continues to rise. This study aimed to develop a care model for patients with acute ischemic stroke in the Emergency Department of Khlong Thom Hospital, Krabi Province. This action research was conducted across four stages: 1) planning, 2) action, 3) observation, and 4) reflection. Data were collected via brainstorming sessions, group meetings, and in-depth interviews. Key informants comprised 5 patients with acute ischemic stroke and 65 healthcare personnel. Data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the acute ischemic stroke care model in the Emergency Department of Khlong Thom Hospital consisted of three main components. (1) The structural component refers to the resources required to deliver efficient, standard-compliant care. It comprised four subcomponents: adequate medical staffing, development of care providers' skills and expertise, availability of ready-to-use medical supplies and equipment, and provision of mobile emergency equipment or staff assigned to patient waiting areas. (2) The care process component comprised three subcomponents: continuous review of existing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองท่อม อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

clinical practice guidelines, development of an after-hours on-call physician system with defined standard response times, and establishment of a mechanism for obtaining consent from patients' relatives in time-critical situations. (3) The outcome component was reflected in shorter care times after system development, fewer complications during emergency department care, and increased satisfaction among both healthcare personnel and patients.

Keywords: Care model development, Acute stroke, Emergency department

บทนำ

ทุกนาทีมีค่า เป็นพันธะสัญญาสำคัญของการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (UN High-Level Meeting on NCDs) ในปี ค.ศ. 2025 เพื่อแสดงถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือเส้นเลือดปริแตกจนทำให้เลือดออกในสมอง[1,2,3] โดยแต่ละปี พบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 11.9 ล้านคน และพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ถึงร้อยละ 87 ของการเสียชีวิต และร้อยละ 89 ของความพิการทั่วโลก[3,4] ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย จากข้อมูลมรณบัตรในปี 2567 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1 ใน 3 ของสาเหตุการตายมาจากหลอดเลือดสมอง และหากเปรียบเทียบอัตราตายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ. 2563 และ 2567 พบอัตรา 52.8 และ 59.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[5] ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเสียชีวิต แม้การเพิ่มขึ้นนี้จะมีสัดส่วนไม่มากจนเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในเชิงตัวชี้วัด แต่ผลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการยกระดับมาตรการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงที่แม่นยำ และครอบคลุมถึงอุบัติการณ์ของการเกิดโรคในกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปีมากขึ้น[6,7,8] ตามปัจจัยเสี่ยงเช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภค โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะความเครียด โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน และปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคมที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ทั้งการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์[9,10,11,12]

อย่างไรก็ดี แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก (Ischemic and Hemorrhagic Stroke) จะเป็นโรคที่ป้องกันได้สูงถึงร้อยละ 84 หากจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ข้างต้น และเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เกิดสภาวะฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ทันท่วงที เพื่อลดอัตราความพิการและเสียชีวิต[13] ซึ่งการเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสมยังคงเป็นเรื่องยากสำหรับประชากรส่วนใหญ่ของโลก โดยเฉพาะระหว่างชุมชนที่ยากจนในเขตชนบทและเขตเมือง[3,9] ซึ่งด้วยสภาวะของโรคจะแสดงอาการเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ทันที[14] ตั้งแต่การประเมินทางระบบปราสาท ซักประวัติ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การสแกนสมอง CT non contrast อย่างรวดเร็วจนไปถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง หรือการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกภายในเวลา 6-12 ชั่วโมงซึ่งสอดคล้องไปด้วยกันกับเวลาในการเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางการรักษา[15] หรือการให้การดูแลทั้งในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Units) การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) และการผ่าตัดดึงลิ่มเลือดผ่านสายสวน (Thrombectomy)[3,9] การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากรับตัวไว้ในโรงพยาบาลจนถึงวันส่งกลับบ้าน ซึ่งการดำเนินการจำเป็นต้องมีการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การเสริมสร้างทั้งความรู้ และความเข้าเกี่ยวกับตัวโรค สาเหตุ และการดำเนินของโรคซึ่งส่งผลต่อการดูแลของผู้ป่วย ทั้งการจัดการภาวะกลืนลำบาก การฝึกทักษะทาง

กายภาพร่วมกับครอบครัวทั้งการช่วยเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย และเทคนิคการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันภาวะข้อติดแข็ง การประเมินด้านจิตสังคมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และรวมไปจนถึงการใช้เทคโนโลยีหลังการจำหน่าย อาทิ การใช้เทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟูที่บ้าน และการติดตามอาการทางไกลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว[13] ทั้งหมดมีความสำคัญต่อภาวะความเจ็บปวด ความพิการ และการเสียชีวิต ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นกลุ่มโรคที่มีอัตราการใช้บริการแผนกฉุกเฉินอยู่ใน 1 ใน 3 ของสาเหตุการเข้ารับบริการทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงความต้องการทรัพยากรที่สูงมาก ทั้งบุคลากรการแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลเฉพาะทาง เทคโนโลยีและการวินิจฉัยขั้นสูง พื้นที่และอุปกรณ์การช่วยชีวิต ยาและเวชภัณฑ์ราคาแพง และระบบการจัดการเวลา[14]

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา และเป็นบุคคลแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล กิจกรรมการพยาบาลหลายกิจกรรมเกิดขึ้นพร้อมกัน ควบคู่กับการประเมินสภาพอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นความท้าทายในการจัดการพยาบาลที่ต้องอาศัยทักษะ ความเป็นผู้นำในการตัดสินใจกับข้อจำกัดของระยะเวลา และสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องดำเนินการ ซึ่งพยาบาลเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินหรือคัดกรองเพื่อเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว[15,16] อย่างไรก็ดีการศึกษาของ Johnson และคณะ[17] พบว่าข้อจำกัด และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใน 3 ประเด็นหลัก คือ ความมั่นใจของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลและผลลัพธ์ของผู้ป่วย และประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อัตรากำลังบุคลากรภารกิจเร่งด่วนอื่น ๆ ที่ซ้อนกัน ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว นอกเหนือจากข้อจำกัดที่มาจากการรักษาที่เกิดจากความล่าช้าในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถานการณ์กลุ่มประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทยที่เกิดขึ้นกับพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับต้นที่ส่งต่อ[1] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องพิจารณาตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของทรัพยากร ทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ กำลังคน กระบวนการตามมาตรฐานการดูแล และผลลัพธ์ทั้งด้านอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล หรือภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ความพึงพอใจและการรับรู้ของผู้ป่วย[18]

โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง (F2) และเป็นโรงพยาบาลแกนหลักในการดูแลโรงพยาบาลเครือข่ายคือโรงพยาบาลลำทับและโรงพยาบาลเกาะลันตาซึ่งเป็นพื้นที่เกาะ และห่างไกลในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง โดยในปี พ.ศ. 2567-2568 มีการเปลี่ยนจากระบบรถ Mobile Stroke Unit (MSU) มาเป็นการใช้ศูนย์เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ภายในโรงพยาบาล ซึ่งในช่วงแรกระบบยังไม่สมบูรณ์และต้องคืนรถ MSU ทำให้การเข้าถึงระบบ Fast track มีแนวโน้มลดลง และพบปัญหาเครื่อง CT Scan และอุปกรณ์ในรถ MSU ขัดข้องในบางช่วง รวมถึงปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ในบางกรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลกระบี่แทน[19] และหากพิจารณาถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องของพื้นที่กับการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจากการศึกษาของอัญชลี ขุนทรงอักษร[20] ถึงความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 115 คน และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน แต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 441 คน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันสูงร่วมกับโรคเบาหวานเกินครึ่งมีการรับรู้สัญญานเตือนโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ถึงร้อยละ 60.5 ขณะที่การศึกษาของ มลฑา ชุมขุน[21] ซึ่งได้ศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและควบคุมไม่ได้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโรคประจำตัวร่วมที่เป็นความเสี่ยงต่อหัวใจขาดเลือดด้วย คือ โรคไขมันในเลือดสูง ถึงร้อยละ 71.7 ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ

ด้วยช่องว่างของระบบบริการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วของผู้ป่วยในพื้นที่ และความเสี่ยงของคนในชุมชนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับตัว และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำเป็นต้องมีการบูรณาการการดูแลตั้งแต่โครงสร้าง กระบวนการ และการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกัน[18] ร่วมกับการศึกษาถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ทั้งการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับตัวโรค ความตระหนักรู้เรื่องสัญญาณเตือนในชุมชนให้เข้มข้นขึ้น ระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อกับโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อนำไปสู่มาตรฐานที่เป็นระบบ และนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วยทั้งการลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ การลดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้และป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสม[3,4]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการศึกษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดำเนินการศึกษาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ 3) ขั้นตอนการสังเกต และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล โดยแนวทางหรือรูปแบบที่จะนำไปทดลองใช้ในระบบบริการ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลคลองท่อมแล้ว ก่อนนำไปปฏิบัติจริง รายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ จากสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคของระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ผ่านมาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ถูกเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ (Criterion sampling) คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัด

กระบี่ ทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง จำนวน 65 คน และ 2) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมระดมความคิด (Brainstorming) ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในโรงพยาบาล (In-Hospital Care) จำนวน 24 คน ประกอบด้วย ตัวแทนแพทย์ซึ่งเป็นคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) 6 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 18 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากอุบัติการณ์ และปรากฏการณ์ทางคลินิกจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2569

2. การประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 24 คน ประกอบด้วย หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม 1 คน ใช้เวลาในการประชุม 5 ชั่วโมง เพื่อนำเสนออุบัติการณ์ และร่วมวิเคราะห์บริบทของพื้นที่และปรากฏการณ์ทางคลินิกที่ผ่านมา เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care)

3. การประชุมกลุ่มระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มจำนวน 43 คน ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 18 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก 16 คนใช้เวลาในการประชุม 5 ชั่วโมง เพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการดำเนินการตามแนวทางร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ระยะในโรงพยาบาล และระยะส่งต่อระหว่างสถานบริการ

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการจากโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในปีงบประมาณ 2569 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 - กันยายน 2569) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) เป็น

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแลทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และ 5) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

2. บันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 65 คน ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 18 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนจากแผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาล 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก 16 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม 1 คน ใช้เวลาในการประชุม 5 ชั่วโมงเพื่อพิจารณา และดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2. การดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลและการดูแลโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เป็นระยะเวลา 3 เดือน

3. ขั้นตอนการสังเกต เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกต นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในปีงบประมาณ 2569 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2568-กันยายน 2569) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 5 คน 2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแลทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และ 5) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. บันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลชุมชน ในเรื่องระยะเวลาที่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระยะเวลาที่รายงานแพทย์รับทราบผล

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหลังได้รับการดูแลและมีแผนการจำหน่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล

2. การรวบรวมและบันทึกผลการดำเนินงานตลอดจนประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลชุมชน ในการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหลังได้รับการดูแล และมีแผนการจำหน่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 5 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 ชั่วโมงต่อคน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน โดยส่วนที่ดำเนินการได้ดีนำไปขยายผล และปรับรูปแบบและปฏิบัติซ้ำในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดำเนินการคัดเลือกแบบมีเกณฑ์ คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดูแลทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และ 2) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามในการปฏิบัติทางการพยาบาลคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 65 คน ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 18 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนจากแผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาล 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก 16 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดขอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม 1 คน ใช้เวลาในการประชุม 5 ชั่วโมง เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหาและนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) บันทึกการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ และ 2) แนวคำถามในการปฏิบัติทางการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบและมีความเชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ดำเนินการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และการบันทึกมาทบทวน ตามความสอดคล้องของข้อมูล และประเด็นที่สำคัญ

2. นำข้อมูลมาทบทวนอีกครั้งโดยละเอียดและตีความ พร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญ

3. นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความ แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างหัวข้อสรุป และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล โดยดำเนินการจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ จากการอ่านทบทวนข้อมูลปฐมภูมิที่อยู่ในรูปข้อความทางภาษาซึ่งเก็บรวบรวมได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ศึกษา เสร็จแล้วจึงแบ่งแยกข้อมูลดังกล่าว ออกเป็นส่วนย่อย (Breaking Down) ตามหน่วยความหมาย (Meaning Unit) หรือหน่วยวิเคราะห์ (Analysis Unit) ในระดับเบื้องต้น จากนั้นดำเนินการกำหนดข้อความสั้น ๆ เพื่อใช้เป็นหัวข้อสรุปแนวคิดที่สะท้อนความหมายสำคัญ แล้วจึงนำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึง หรือแตกต่างกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิด (Conceptual Categories) ต่าง ๆ

4. ดำเนินการเขียนอธิบายสิ่งที่ค้นพบ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้ เพื่อแสดงความชัดเจนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่ KBO-IRB2026/12.1408 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ สามารถอธิบายผลการศึกษาได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ และ 3) ผลของระยะเวลา Door to CT ระยะเวลา Door to Needle ระยะเวลา Door to Refer ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 65 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 และอยู่ในกลุ่มทำงานตอนกลาง อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 32.3 และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหลังได้รับการดูแลและมีแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และอยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนกลางถึงตอนปลาย อายุ 40–59 ปี ร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ สามารถอธิบายองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ภาพประกอบ 1)

1. องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง เป็นทรัพยากรที่จำเป็นซึ่งรวมทั้งทรัพยากรทางการแพทย์ บุคลากร ที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอด

เลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอในการให้การดูแล ซึ่งเน้นไปที่บุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะในช่วงของเวรดึกซึ่งโรงพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยในเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลเกาะลันตา และลำทับร่วมด้วย

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การได้รับการพัฒนาทักษะ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรที่ดำเนินการในการให้การดูแล ซึ่งมีความชำนาญไม่เท่ากัน และจำเป็นต้องได้รับการฝึก การสอนงาน และมีการจัดให้มีสถานการณ์จำลอง

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การจัดให้มีเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ในการให้การดูแลที่พร้อมต่อการใช้งาน และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะในรถพยาบาลของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจำเป็นต้องมีความเพียงพอ และพร้อมต่อการใช้งานเสมอ

องค์ประกอบย่อยที่ 4 การจัดให้มีอุปกรณ์ฉุกเฉินเคลื่อนที่ (mobile emergency kit) หรือกำหนดให้มีบุคลากรและอุปกรณ์ขั้นต่ำประจำจุดพักรอสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะเพื่อลดความล่าช้าระหว่างรอผลวินิจฉัยยืนยัน ซึ่งช่วงหลังส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แล้ว แต่ก่อนได้รับผลยืนยันการวินิจฉัยเป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่างห้องฉุกเฉินกับห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งในการทำหัตถการห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ไม่สามารถดำเนินการได้สะดวกเท่าห้องฉุกเฉิน และทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดรอระหว่างสองจุดบริการ

2. องค์ประกอบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เป็นกลไกในการดูแลผู้ป่วยได้รับเพื่อให้การดูแลเกิดการมีส่วนร่วม และได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การทบทวนแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่เดิมให้ได้รับการทบทวนอย่างต่อเนื่องด้วยการกำหนดวงรอบของการประชุมทบทวน ผู้เข้าร่วม ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมในส่วนของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการทบทวน เช่น เวชระเบียนที่ล่าช้า อุบัติการณ์ที่รายงาน และตัวชี้วัดที่เก็บ เป็นต้น

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การพัฒนาระบบแพทย์เวรนอกเวลา ซึ่งเกิดขึ้นจากระยะเวลาของการมาตรวจผู้ป่วย ที่บางครั้งแพทย์ หรือแพทย์เวรไม่ได้ประจำอยู่ ณ จุดบริการตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับพยาบาลที่ต้องประสานติดต่อ ทำให้จำเป็นต้องมีโครงสร้างการจัดเวรแบบ On-call สำหรับแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ประจำจุด และการกำหนดกรอบเวลามาตรฐานที่แพทย์ on-call ต้องมาถึงหลังได้รับแจ้ง (response time) มีระบบแจ้งเตือนที่ชัดเจนและติดตามได้ และพิจารณาให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมเริ่มการประเมินเบื้องต้นได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ระหว่างรอแพทย์มาถึง

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การสร้างกลไกขอความยินยอมขอจากญาติผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจหลักในช่วงเวลาที่จำกัด และเร่งด่วนในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งญาติผู้ป่วยที่มีหลายคนไม่สามารถตัดสินใจให้ความยินยอมรับยาได้ทันที

ทั้งนี้การระบุและติดต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจหลักตั้งแต่จุดแรกรับ เตรียมเอกสาร/สื่ออธิบายที่กระชับเข้าใจง่ายไว้ล่วงหน้า และอาจพิจารณาให้ทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาล ช่วยอธิบายเบื้องต้นคู่ขนานไปกับที่แพทย์เตรียมข้อมูลอื่น จะช่วยทำให้การตัดสินใจมีความเหมาะสม และได้รับการรักษาที่ทันท่วงที

3. องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม

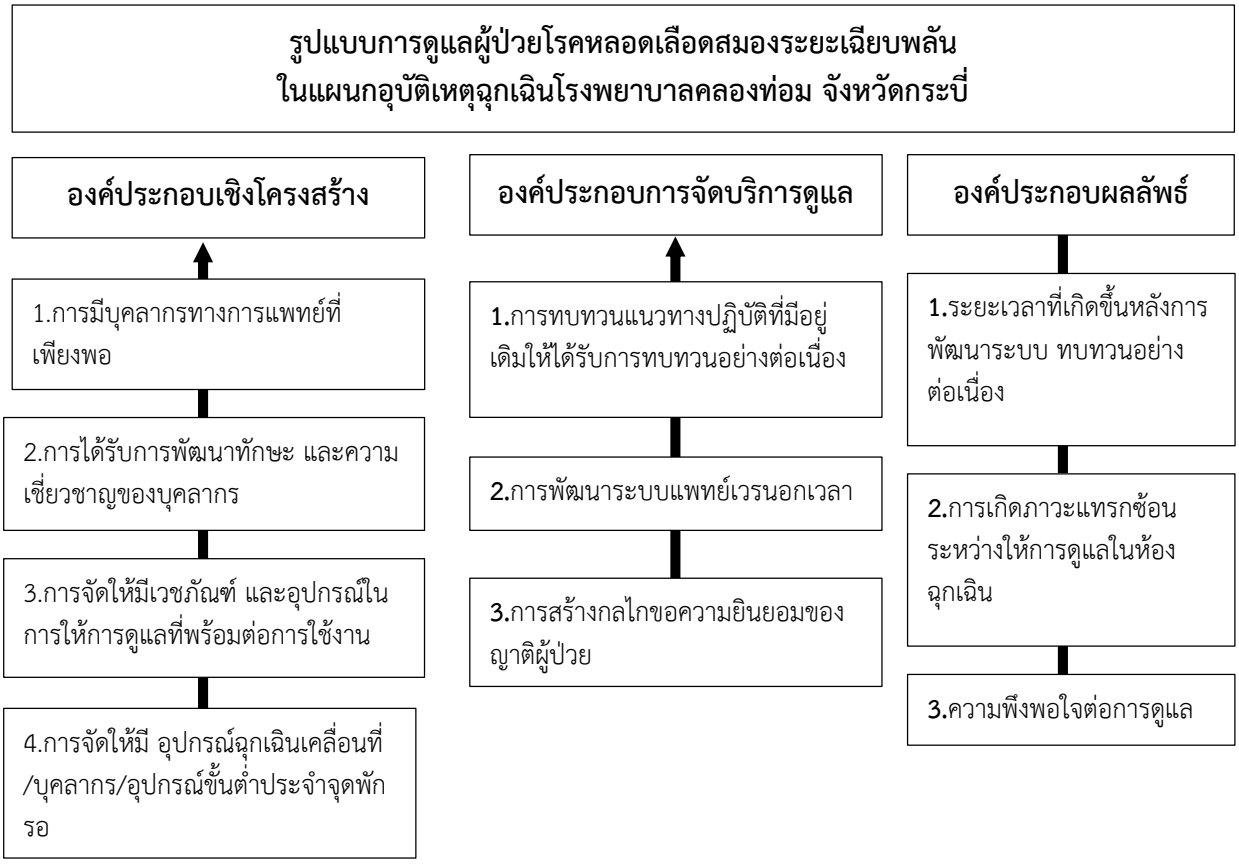
จังหวัดกระบี่ เป็นผลของการดูแล และการรักษาที่แสดงให้เห็นถึงการรอดชีวิต ความพิการหรือทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อน ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายถึง

1. ผลลัพธ์ของระยะเวลาที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนาระบบ โดยเฉพาะ ระยะเวลาของ Door to CT ที่รวดเร็วขึ้นและสามารถให้ยาในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้เลย

2. ผลลัพธ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้การดูแลในห้องฉุกเฉิน สามารถจัดให้ได้ลดลง ทั้งนี้เกิดปัจจัยหนึ่งเกิดจากการได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

3. ผลลัพธ์ของความพึงพอใจต่อการดูแล ซึ่งเป็นบริการที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับการบริการของผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลมีความมั่นใจต่อระบบที่ได้รับการพัฒนามากขึ้น

ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจหลังเข้ารับบริการ ที่เกิดขึ้นหลังแพทย์มีการอธิบายถึงกระบวนการขอความยินยอม การดูแลและรักษาผู้ป่วยกับผู้ป่วยและญาติ



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ซึ่งประกอบด้วย 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และ

3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่จะช่วยเติมเต็มช่องว่างของการดูแลผู้ป่วย[18] ซึ่งองค์ประกอบแรกในเรื่องของโครงสร้าง ทั้งการมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ และบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาทักษะและเกิดความเชี่ยวชาญ จากการศึกษาของ Fan และคณะ[23] พบว่ารูปแบบบริการที่ขับเคลื่อนโดยพยาบาลซึ่งรับผิดชอบหรือดูแลต่อเนื่องตลอดเส้นทางการรักษาจะลดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door-to-Needle Time) ลงเฉลี่ยราว 16.7 นาที และลดเวลาถึงการตรวจภาพสมองลงราว 9 นาที ซึ่งพยาบาลจะเข้าไปอุดช่องว่างที่เกิดเมื่อแต่ละวิชาชีพรับผิดชอบเพียงบางขั้นตอน และการฝึกทั้งทีมด้วยสถานการณ์จำลองมีผลกับเวลาการรักษาจริง[24] ขณะที่การจัดให้มีเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ในการให้การดูแลที่พร้อมต่อการใช้งาน อุปกรณ์ฉุกเฉินเคลื่อนที่ /บุคลากร/อุปกรณ์ขั้นต่ำประจำจุดพักรอ ทั้งยาที่พร้อมใช้ และคนเตรียมยาหน้างานมีผลต่อระยะเวลาที่เร่งด่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา[25] และในกรณีของการช่วยเหลือฉุกเฉิน ตำแหน่งของเครื่องมือที่ถูกจัดเตรียมไว้มีผลต่อเวลาในการรักษา ซึ่ง Beşer และคณะ[26] ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสี่แห่งในเบลเยียมและตุรกี ศูนย์ที่ตั้งเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ไว้ในห้องฉุกเฉิน มีเวลาถึงการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สั้นที่สุด ขณะที่ศูนย์ที่ให้ยาในห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้เลย มีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดสั้นกว่า

เมื่อพิจารณาลงไปถึงองค์ประกอบการจัดบริการดูแล จะพบว่าองค์ประกอบแรกเรื่องของการทบทวนแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่เดิมให้ได้รับการทบทวนอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญ แต่อย่างไรก็ดี แม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานแล้ว แต่ในทางปฏิบัติ การประเมินอาการ และการตัดสินใจทางคลินิก ยังขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ทำให้การดูแลไม่เป็นไปตามแนวทาง โดยเฉพาะการส่งต่อภายใน 30 นาที[1] ขณะที่ระบบการดูแลยังมีช่องว่างระหว่างบริการที่เกิดขึ้นในช่วงนอกเวลาของแพทย์เวร อย่างไรก็ดี กระบวนการหนึ่งที่จำเป็นที่ควรนำเข้ามาและถูกใช้ คือ การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางไกล ซึ่งช่วยในการตัดสินใจแม้ไม่มีแพทย์ประจำ[27] ขณะที่ด้วยระยะเวลาของการตัดสินใจในการทำหัตถการหรือการให้ยาละลายลิ่มเลือดซึ่งจำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากญาติ แต่การตัดสินใจสถานการณ์ที่คับขันและแข่งกับเวลา ทำให้หลายกรณีเกิดความล่าช้า[28]

องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่นิยมใช้มากที่สุดและเป็นจุดเน้นที่สำคัญในการวัดระดับแรก คือ ตัวชี้วัดเวลา ซึ่งการดำเนินการจะขึ้นกับบุคลากรที่ประจำหน้างานที่อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ ตัวชี้วัดเวลาจะมีความน่าเชื่อถือได้ ก็ต่อเมื่อมีการบันทึกเวลาเป็นมาตรฐาน[29] อย่างไรก็ดี การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินผลทั้งเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยตามมาตรฐาน และสามารถสร้างความพึงพอใจทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการได้อย่างสูงสุด

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kamchalee A, Pearkao C.(2025). Nursing Management of Acute Stroke Patients in EmergencyDepartment of the First level referral Hospitals. J Res Nurs-Midwifery Health Sci. 2025 Dec 30;45(3):95–104.
2. Lui F, Suheb MZK, Patti L.(2025). Ischemic Stroke. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2025 [cited 2026 Apr 19]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/ PubMed PMID: 29763173.
3. Nelson M, Fredin Grupper MM, Van der Worp H, Brunelli N, Venketasubramanian N, Al-Mufti F, et al.(2026). The Importance of Advocacy in Advancing Stroke Care: The Global Stroke Action Coalition. Int J Stroke. 2026 Apr 4;17474930261428056. doi: 10.1177/17474930261428056
4. World Health Organization.(2025). World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Apr 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2568). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2567. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
6. Bukhari S, Yaghi S, Bashir Z.(2023). Stroke in Young Adults. J Clin Med. 2023 Jul 29;12(15):4999. doi: 10.3390/jcm12154999.
7. Wasay M, Kaul S, Menon B, Venketasubramanian N, Gunaratne P, Khalifa A, et al.(2010). Ischemic stroke in young Asian women: risk factors, subtypes and outcome. Cerebrovasc Dis. 2010;30(4):418–22. doi: 10.1159/000317075.
8. รัตนา นิลเพชร์พลอย, สมศักดิ์ เทียมเก่า, ทรงขวัญ ศิลารักษ์.(2547). โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในผู้ป่วยอายุน้อยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2547;19(3):122–30.
9. Cantone M, Lanza G, Puglisi V, Vinciguerra L, Mandelli J, Fisicaro F, et al.(2021). Hypertensive Crisis in Acute Cerebrovascular Diseases Presenting at the Emergency Department: A Narrative Review. Brain Sci. 2021 Jan 7;11(1):70. doi: 10.3390/brainsci11010070.
10. Chimatiro GL, Rhoda AJ.(2019). Scoping review of acute stroke care management and rehabilitation in low and middle-income countries. BMC Health Serv Res. 2019 Nov 4;19(1):789. doi: 10.1186/s12913-019-4654-4.
11. Li XY, Kong XM, Yang CH, Cheng ZF, Lv JJ, Guo H, et al.(2021). Global, regional, and national burden of ischemic stroke, 1990-2021: an analysis of data from the global burden of disease study 2021. EClinicalMedicine. 2024 Sep;75:102758. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102758.
12. ณัฐพร คุณโน.(2564). โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย: ภัยร้ายของประชากรวัยทำงาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2564;8(2):76–92.
13. Green TL, McNair ND, Hinkle JL, Middleton S, Miller ET, Perrin S, et al.(2009). Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. Stroke. 2021 May;52(5):e179–97. doi: 10.1161/STR.0000000000000357
14. Olanite MK, Wiredu B, Figueroa AS, Baye Z, Nansimbi S, Enyeneokpon E, et al.(2025). Emergency Department Visits for Circulatory System Diseases: A Study of Primary Diagnoses Using National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) Data From 2016 to 2022. Cureus. 2025;17(5):e83569. doi: 10.7759/cureus.83569.
15. มยุรี เมฆทัศน์.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา 2 ราย. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2567;8(1):232–49.
16. นิภาพร บุตรสิงห์.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34(3):15–29.

17. Johnson M, Cohn J, Bakas T.(2011). Emergency department nurses' perceived barriers and facilitators to caring for stroke patients. J Neurosci Nurs. 2011 Oct;43(5):238–43. doi: 10.1097/JNN.0b013e318228e1cb.
18. Donabedian A.(2005). Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Q. 2005 Dec;83(4):691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
19. โรงพยาบาลคลองท่อม.(2566). ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลคลองท่อม ระยะ 5 ปี (ปี 2566 -2570). กระบี่: โรงพยาบาลคลองท่อม; 2566.
20. อัญชลี ขุนทรงอักษร.(2564). ความเสี่ยงและการรับรู้สัญญาณเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่. วารสารกระบี่เวชสาร. 2564;4(1):33–46.
21. มลฑา ชุมขุน.(2568). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(2):359–71.
22. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์.(2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558;2(1):29–49.
23. Fan K, Ding A, Yao H, Yang T, Chang H.(2026). Effectiveness of in-hospital nurse-driven services in shortening the delay to thrombolysis in acute ischemic stroke: A systematic review and meta analysis. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2026 Jun 1;35(6): 108630. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2026.108630.
24. Cram JN, Primero AD, Kling AM, Chang C, Beck CA, Wild B.(2026). Improving Door-to-Treatment Times: The Role of an Integrated Simulation and Workflow Program in a Community Hospital's Acute Ischemic Stroke Care. Simul Healthc. 2026. doi: 10.1097/SIH.0000000000000913.
25. Mercer KJ, Howington GT, Brown CS, Gilbert BW, Cole K, Acquisto NM, et al.(2025). Assessing the impact of emergency medicine pharmacists on fibrinolytic door-to-needle times in acute ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis (Pharmacist-assisted Stroke Treatments I (PhAST-1)). Am J Emerg Med. 2025 Dec 1;98:57–64. doi: 10.1016/j.ajem.2025.08.014
26. Beşer MF, Pasli S, Çiçek M, Göksu E, Lemoyne S, Meert P, et al.(2026). Comparison of acute stroke care pathways and door-to-needle times in Belgian and Turkish university hospitals: A four-center retrospective study. Am J Emerg Med. 2026 Aug 22;S0735-6757(26)00428-X. doi: 10.1016/j.ajem.2026.08.028
27. Adewusi B, Demchuk AM, Stotts G, Cashin R, Eustace M, Helm-Neima T, et al.(2025). The Acute Stroke System of Treatment Across Canada: Findings from a National Stroke Centre Survey. Can J Neurol Sci. 2026 Sep;53(5):651–62. doi: 10.1017/cjn.2025.10386
28. Yang C, Ma K, Guo L, Li Y, Fan W, Gao R, et al.(2025). The relationship between state anxiety of surrogate decision-makers and decision-making duration in acute ischemic stroke thrombolysis. Sci Rep. 2025 Apr 17;15(1):13363. doi: 10.1038/s41598-025-95937-4
29. Hassanaly O, Doutreligne M, Troude P, Solomiac A, Morin S, Banaei-Bouchareb L, et al.(2026). Automating the assessment of quality indicators using a clinical data warehouse: a pilot study on door-to-imaging time in stroke management. Sci Rep. 2026 Mar 4;16(1):12121. doi: 10.1038/s41598-026-41833-4

ประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Effectiveness of an exercise program among total knee arthroplasty patients at Phayakkhaphum Phisai hospital, Maha SaraKham province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 23,2026 ; Accepted: October 28,2026)

อุดม เกียรติมานะโรจน์[1]
UDOM KIATTIMANAROJ[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการระหว่างระหว่างตุลาคม 2565 - กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม จำนวน 25 ราย โปรแกรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่า การฝึกเดิน และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด โดยติดตามผลระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ 24 สัปดาห์ และ 52 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Analysis of Covariance และ Repeated measure GEE

ผลการศึกษา: ภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง (Adj Mean Diff =-0.016; 95% CI: -0.021 ถึง -0.011; p<0.001) องศาการงอข้อเข่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.412 องศาต่อสัปดาห์ (95% CI: 0.330 ถึง 0.494; p<0.001) องศาการเหยียดข้อเข่าดีขึ้น (Adj Mean Diff = 0.024; 95% CI: 0.008 ถึง 0.040; p = 0.003) และระยะทางการเดินเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.913 เมตรต่อสัปดาห์ (95% CI: 4.993 ถึง 6.834; p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมออกกำลังกาย ผ่าตัดข้อเข่าเทียม การงอข้อเข่า การเหยียดข้อเข่า การเดิน

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of an exercise program among patients undergoing total knee arthroplasty at Phayakkhaphum Phisai Hospital. This quasi-experimental study was conducted between October 2022 and September 2024. The sample consisted of 25 elderly patients who underwent total knee arthroplasty. The implemented exercise program encompassed preoperative preparation, thigh muscle strengthening, knee range of motion (ROM) improvement, gait training, and continuous postoperative rehabilitation. Follow-up assessments were conducted at 2, 12, 24, and 52 weeks post-operation. Data were analyzed using Analysis of Covariance (ANCOVA) and Repeated Measures Generalized Estimating Equations (GEE).

Results: Following the implementation of the exercise program, patients experienced a statistically significant reduction in pain levels (Adj Mean Diff = -0.016; 95% CI: -0.021 to -0.011; p < 0.001). The degree of knee flexion increased by an average of 0.412 degrees per week (95% CI: 0.330 to 0.494; p < 0.001), and knee extension also significantly improved (Adj Mean Diff = 0.024; 95% CI: 0.008 to 0.040; p = 0.003). Furthermore, the walking distance increased by an average of 5.913 meters per week (95% CI: 4.993 to 6.834; p < 0.001).

Keywords: Exercise program, knee replacement surgery, knee flexion, knee extension, walking

[1] โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรโลกที่อายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593[1] ข้อเข่าเป็นข้อ compound condylar ซึ่งประกอบขึ้นด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือส่วนcondyle ของกระดูกต้นขา กระดูกทิเบียและกระดูกสะบ้า (patella) condyle ของกระดูกต้นขา ประกอบเป็นข้อกับผิวบนของกระดูกทิเบีย (tibial plateau) เกิดเป็นข้อ femorotibial กระดูกสะบ้าประกอบเป็นข้อกับผิวหน้าที่เป็นร่องของส่วนปลายกระดูกต้นขา ซึ่งเป็นช่องที่รองรับกับผิวข้อของกระดูกสะบ้าได้พอดี เกิดเป็นข้อ patello-femoral เหนือกระดูกสะบ้าขึ้นไปทางข้างบนจะมี suprapatellar pouch ยื่นขึ้นไปประมาณ 2-3 นิ้ว เป็นส่วนที่ติดต่อกับช่องภายในข้อ ภายในข้อมีกระดูกอ่อน meniscus 2 ชิ้น ที่มีหน้าตัดเป็นรูปลิ่ม ติดแน่นอยู่บนผิวข้อของกระดูกทิเบีย ช่วยทำให้ผิวข้อส่วนนี้มีลักษณะหวำ เพื่อรองรับผิวข้อของ condyle ขอบกระดูกต้นขาที่มีลักษณะโค้งนูน meniscus ด้านในคือ medial meniscus มีลักษณะเป็นรูปตัว C มีขนาดยาวกว่า meniscus ชิ้นนอก (lateral meniscus) ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปครึ่งวงกลม[2]

ในผู้ป่วยภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะเข่าโก่งจนผิดรูปนั้น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบทั้งข้อ (Total knee arthroplasty: TKA) เป็นวิธีการที่แพทย์มักเลือกใช้ เพื่อช่วยลดอาการปวดเข่า และเพิ่มความสามารถในการกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย โดยทั่วไป ความสำเร็จของการผ่าตัดนั้นมักขึ้นอยู่กับเทคนิคการผ่าตัดและอายุการใช้งานของข้อเข่าเดิม และโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสมจะส่งเสริมให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[3] จุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยรวม[4] 1. เพื่อเพิ่มมุมการเคลื่อนไหวให้อยู่ในมุมที่เหมาะสมสำหรับการเริ่มต้นกิจวัตรประจำวัน 2. เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว 3. เพื่อปรับกลไกการเดินให้ใกล้เคียงกับการเดินปกติมากที่สุด 4. เพื่อลดอาการปวดข้อเข่า

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ในเรื่องอาการปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และระยะทางในการเดิน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลายช่วงเวลา (One-group repeated measures design) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มีข้อมูลครบทุกช่วงเวลา (Complete cases) จำนวน 24 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยปวดเข่าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจากศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ทั้งเพศชายและหญิง รักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถเข้ารับการฟื้นฟูและติดตรมการฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่องที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูและติดตามการฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายทั้งก่อนและ

หลังผ่าตัด โดยวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มีข้อมูลครบทุกช่วงเวลา (Complete cases) จำนวน 24 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ที่อยู่ อายุ เพศ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย วันที่ผ่าตัด ขาข้างที่ผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ระยะทางที่เดินได้ (เมตร) ด้วยเครื่องช่วยเดินแบบ 4 ขา

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยการฝึกหายใจ การบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่า (3ท่า) การเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (3ท่า) ท่ายืดเข่าและเอ็นร้อยหวาย (2ท่า) การวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในท่านอนหงายและท่านั่ง การฝึกเดินด้วยโครงเหล็กหัดเดิน 4 ขา และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด[5] โดยติดตามผลในวันหลังผ่าตัด (Admission day; Ad day) และระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ 24 สัปดาห์ และ 52 สัปดาห์

2. Visual Analogue Scale (VAS) งานวิจัยชิ้นนี้จะใช้เส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร เป็นแนวนอน โดยใช้ปลายด้านหนึ่งคือไม่ปวด และอีกปลายคือ ปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นที่ยาว 10 เซนติเมตร ในตำแหน่งที่เข้าได้กับระดับความปวดของเขาขณะนั้น ระยะเป็นเซนติเมตรจากปลายจะเป็นตัวเลขที่ใช้บอกความแรงของผู้ป่วย

3. Universal Goniometer โกนิโอมิเตอร์มาตรฐาน ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ท่าที่ใช้ในการวัดข้อเข่า คือ ท่านอนหงาย จุดหมุนอยู่ที่ epicondyle ของกระดูก femur แขนอีกข้างหนึ่งของโกนิโอมิเตอร์อยู่ที่ตำแหน่งระหว่าง greater trochanter กับตรงกลางของกระดูก femur ส่วนอีกแขนหนึ่งจะอยู่ที่ตำแหน่งระหว่าง lateral malleolus กับตรงกลางของกระดูก fibular[6]

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ตัวแปรผลลัพธ์ประกอบด้วย ระดับความปวด (Visual Analog Scale: VAS) องศาการงอข้อเข่า (Knee Flexion Range of Motion) องศาการเหยียดข้อเข่า (Knee Extension Range of Motion) และระยะทางการเดิน (Walking Distance) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์แต่ละช่วงเวลาใช้ Analysis of Covariance (ANCOVA) เพื่อประมาณค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) โดยรายงานค่า Crude Mean Difference, Adjusted Mean Difference, ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval; 95% CI) และค่า p-value ทั้งนี้ Ad day ถูกกำหนดเป็นค่าอ้างอิง (Reference) สำหรับการวิเคราะห์แนวโน้มโดยรวมตลอดระยะเวลาติดตาม ใช้วิธี Generalized Estimating Equations (GEE) ภายใต้กรอบ Generalized Linear Model เพื่อคำนึงถึงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่วัดซ้ำในบุคคลเดียวกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย หนังสือรับรองเลขที่ 14/2565 ให้ไว้ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 25 ราย อายุ 52-75 ปี อายุเฉลี่ย 62.04 ปี เพศหญิง (ร้อยละ95.83)ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีแนวโน้ม

ฟื้นตัวด้านการทำงานของข้อเข่าอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 52 สัปดาห์ ด้านระดับความปวด (VAS) พบว่าค่าเฉลี่ยลดลงจาก 6.59±0.67 คะแนนในวันหลังผ่าตัด เหลือ 5.73±0.46, 5.59±0.50 และ 5.64±0.49 คะแนน ที่ 12, 24 และ 52 สัปดาห์ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับวันหลังผ่าตัดพบว่าระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 12 สัปดาห์ (Adjusted Mean Difference = -0.86; 95% CI: -1.26 ถึง -0.47; p<0.001) 24 สัปดาห์ (Adjusted Mean Difference = -1.00; 95% CI: -1.36 ถึง -0.64; p<0.001) และ 52 สัปดาห์ (Adjusted Mean Difference = -0.95; 95% CI: -1.35 ถึง -0.56; p<0.001) ขณะที่ผลการวิเคราะห์ GEE พบแนวโน้มระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดช่วงการติดตาม (β = -0.016; 95% CI: -0.021 ถึง -0.011; p<0.001) ด้านองศาการงอข้อเข่า (Flexion) พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 90.91±4.26 องศา ในวันหลังผ่าตัด เป็น 117.05±10.31 องศา ที่ 52 สัปดาห์ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกช่วงเวลาหลังผ่าตัด (p<0.01) และผลการวิเคราะห์ GEE แสดงให้เห็นว่าองศาการงอข้อเข่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.412 องศาต่อสัปดาห์ (95% CI: 0.330 ถึง 0.494; p<0.001) ด้านองศาการเหยียดข้อเข่า (Extension) พบว่าในระยะเริ่มต้นหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเหยียดข้อเข่า แต่มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงสัปดาห์ที่ 52 โดยผลการวิเคราะห์ GEE พบว่าองศาการเหยียดข้อเข่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.024; 95% CI: 0.008 ถึง 0.040; p = 0.003) ด้านระยะทางการเดิน พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 25 เมตร ในวันหลังผ่าตัด เป็น 343.18±118.82 เมตร ที่ 52 สัปดาห์ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกช่วงเวลาหลังผ่าตัด (p<0.001) และผลการวิเคราะห์ GEE พบว่าระยะทางการเดินเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.913 เมตรต่อสัปดาห์ (95% CI: 4.993 ถึง 6.834; p<0.001) โดยสรุป โปรแกรมการออกกำลังกายที่ดำเนินการทั้งก่อนและหลังผ่าตัดสามารถช่วยลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และเพิ่มความสามารถในการเดินของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างมีประสิทธิผลและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาติดตาม 52 สัปดาห์

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่ดำเนินการทั้งก่อนและหลังผ่าตัดสามารถช่วยลดความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และเพิ่มความสามารถในการเดินของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะตั้งแต่สัปดาห์ที่ 12 เป็นต้นไป และคงประสิทธิผลต่อเนื่องจนถึง 52 สัปดาห์ ด้านระดับความปวด พบว่าคะแนน VAS ลดลงอย่างต่อเนื่องหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่เน้นการเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่างเหมาะสมและการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งช่วยลดการอักเสบ ลดภาวะข้อติด และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของข้อเข่า ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Artz และคณะ[7] ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบมีโครงสร้างภายหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียมช่วยลดความปวดและเพิ่มสมรรถภาพการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านองศาการงอข้อเข่า พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 90.91 องศา เป็น 117.05 องศา ภายใน 52 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่าได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การงอข้อเข่ามากกว่า 110 องศาถือว่าเพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การลุกนั่ง การขึ้นลงบันได และการนั่งยองในบางกิจกรรม ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่รายงานว่าการ

ออกกำลังกายแบบต่อเนื่องร่วมกับการติดตามประเมินผลเป็นระยะสามารถเพิ่ม Range of Motion ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านองศาการเหยียดข้อเข่า แม้ว่าหลังผ่าตัดระยะแรกจะพบข้อจำกัดในการเหยียดข้อเข่า แต่ผลการติดตามพบแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจนใกล้เคียงภาวะปกติในสัปดาห์ที่ 52 สะท้อนถึงประสิทธิผลของการบริหารกล้ามเนื้อ Quadriceps และการฝึกเหยียดข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มเสถียรภาพของข้อเข่าและลดความผิดปกติของรูปแบบการเดิน

ด้านระยะทางการเดิน พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 25 เมตร เป็น 343.18 เมตร ภายใน 52 สัปดาห์ แสดงถึงการฟื้นตัวของสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความมั่นใจในการเคลื่อนไหว ผลการวิเคราะห์ GEE ยืนยันว่าระยะทางการเดินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความสามารถในการเดินและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายนี้ไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมทั้งก่อนและหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรพัฒนาระบบติดตามผลการออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE Official Account หรือ Tele-rehabilitation เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการฟื้นฟูและลดการขาดการติดตาม

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบเป็นการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized Controlled Trial) และเพิ่มตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในระดับที่สูงขึ้น

ข้อยุติ (conclusion)

โปรแกรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมทั้งในด้านการลดความปวด การเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และการเพิ่มความสามารถในการเดิน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

รายงานผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพยัคฆภูมิ-พิสัย จังหวัดมหาสารคาม ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.พญ.สาธิตา ภัทรบุณย์พงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ที่ปรึกษารายงานผลการศึกษา ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาในด้านการทำวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณ ดร.นภาลัย พูนศิริ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำในด้านการทำวิจัย และช่วยตรวจทานแก้ไขรายงานผลการศึกษาฉบับนี้ จนเสร็จ

สมบูรณ์ ขอขอบคุณ คุณจิตรา สุวรรณพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้ความสะดวกขณะเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ตลอดมา ขอขอบคุณ นักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดทุกท่านที่ช่วยให้กำลังใจทั้งขณะทำรายงานและจัดทำเล่มรายงานผลการศึกษาฉบับนี้ตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณ คุณสมจิตต์ เกียรติมานะโรจน์ มารดาผู้คอยดูแลอบรมสั่งสอนด้วยความรัก ห่วงใยและเป็นกำลังใจให้ลูกคนนี้เสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน ทำให้เกิดมีการศึกษาครั้งนี้ และได้ศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ท้ายที่สุดนี้ หากมีสิ่งขาดตกบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขออภัยเป็นอย่างสูงในข้อบกพร่องและความผิดพลาดนั้น และผู้เขียนหวังว่ารายงานผลการศึกษาฉบับนี้คงมีประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อยสำหรับผู้ที่สนใจในโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO.(2023). Thailand’s leadership and innovations toward healthy ageing. [Internet]. 2023. [Cited 2023 June 2] Available from : https://www.who.int/thailand
2. เจริญ โชติกวณิชย์.(2531). การตรวจกายภาพทางออร์โธปีดิคส์ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2531.
3. พัชริดา กุลครอง.(2564). การออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล. [online] [3 พฤษภาคม 2564] https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=2127
4. สุรศักดิ์ ศรีสุข.(2529). กายภาพบำบัดในภาวะกระดูกหัก . พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: ไทยมิตรการพิมพ์ ; 2529.
5. ธัญชนก ดำริห์. ผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563 ; 605 -616.
6.Denis M,Moffet H, Caron F, Ouellet D, Paquet J, Nolet L.(2006). Effectiveness of continuous passive motion and conventional physical therapy after total knee arthroplasty: a randomized clinical trial. Phys Ther 2006;86(2): 174-85.
7. Neil Artz, Karen T Elvers, Caterine Minns Lowe.(2015). Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskeletal disorders 2015; 16:15 1-21.

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Preparation and Continuity Care Model for Elderly Patients Who Elective Surgery, Scheduled Surgery, Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 23,2026 ; Accepted: October 28,2026)

จินตนา แดงจันทึก[1]
Jintana Dangjunthek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุในพื้นที่การวิจัยดำเนินตามแนวคิด Borg & Gall ประกอบด้วย 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบประเมิน และข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความไม่ต่อเนื่อง ขาดแบบประเมินด้านโภชนาการ การเคลื่อนไหว พฤติกรรมเสี่ยง และสุขภาพจิต รวมทั้งผู้สูงอายุจำนวนมากยังเตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้อัตราการเลื่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 8.89 ในปี 2566 จากสาเหตุความดันโลหิตสูง น้ำตาลไม่คงที่ และการลืมงดน้ำงดอาหาร จากผลการสังเคราะห์ข้อมูลได้พัฒนารูปแบบ CARE-ElderS (Continuity of Pre-Postoperative Care for Elderly Surgery Patients) ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก การเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคล สื่อการสอนเฉพาะผู้สูงอายุ และระบบติดตามหลังผ่าตัดผ่าน LINE OA “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” การทดลองใช้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนผ่าตัดถูกต้องมากขึ้น อัตราเลื่อนผ่าตัดลดลง ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การผ่าตัดแบบนัด, การเตรียมตวามพร้อมก่อนผ่าตัด , การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This research employed a Research and Development (R&D) approach based on the Borg & Gall framework to design and implement a context-appropriate preparation and continuity care model for elderly patients undergoing elective surgery. The study comprised three phases: (1) situational and problem analysis, (2) model development, and (3) pilot implementation. Data were collected from 60 elderly patients and 15 healthcare providers using focus-group discussions, questionnaires, assessments, and medical record reviews. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics, while qualitative data underwent content analysis.

Findings revealed that the existing preoperative preparation system lacked continuity and systematically failed to assess critical domains such as nutrition, mobility, risk behaviors, and psychological health. As a result, a substantial proportion of older patients were inadequately prepared before surgery, contributing to a postponement rate of 8.89% in 2023 due to reasons such as uncontrolled blood pressure, unstable blood glucose, and failures to fast or stop medications. In response, the research developed the CARE-ElderS model (Continuity of Pre–Postoperative Care for Elderly Surgery Patients), integrating proactive risk assessment, individualized preparation plans, elderly-friendly educational media, and a postoperative follow-up system via a LINE OA platform. Pilot use of CARE-ElderS was associated with improved preoperative compliance, reduced postponement rates, and high satisfaction among both patients and providers.

Keywords: elderly, elective surgery, preoperative preparation, continuity of care

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพ รวมถึงการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพิ่มสูงขึ้น เช่น การผ่าตัดต้อกระจก ผ่าตัดไส้เลื่อน และผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น[1] การผ่าตัดในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย การมีโรคร่วม และการตอบสนองต่อยาที่แตกต่าง[2] จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลเฉพาะที่เน้นความปลอดภัยและคุณภาพบริการ โดยสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกา (ASA) และคณะกรรมการร่วมรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (JCAHO) ได้เน้นความสำคัญการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก โดยระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย[3] แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับ Patient Safety Goal: SIMPLE ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ให้ความสำคัญต่อการลดปัจจัยเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด[4] และการทบทวนวรรณกรรมชี้ว่า การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม งานวิจัยของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย[5] พบว่า การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[5]

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง บริการจริง 165 เตียง โดยปี 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 18,249 คน และมีผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด ปี 2564–2566 จำนวน 128, 130, 135 ราย ตามลำดับ พบอัตราการเลื่อนหรืองดผ่าตัด ร้อยละ 6.34, 7.69 ,8.89 ตามลำดับ สาเหตุได้แก่ การไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตไม่คงที่ หรือการไม่งดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความปลอดภัยในการระงับความรู้สึก อย่างไรก็ตาม การดูแลในโรงพยาบาลบรบือยังขาดความต่อเนื่องระหว่างการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่บ้าน ทำให้พบภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่ควร[6] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามนัด ลดอัตราการเลื่อนและงดผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์แนวคิดของ Borg และ Gall[7] ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะสำคัญ ได้แก่ (1) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (2) การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง และ (3) การทดลองใช้และทบทวน ประเมินผลรูปแบบ โดยมุ่งพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการ

ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 – สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 60–80 ปี 2) ได้รับการวางแผนผ่าตัด Elective ที่ต้องใช้การระงับความรู้สึก 3) มี ASA Physical Status ระดับ 1–3 4) สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาทางการมองเห็นหรือการได้ยิน และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ระดับการรู้สึกตัวลดลงถึงระดับกึ่งมีสติอยู่ในภาวะวิกฤต, มีปัญหาในการสื่อสาร 2) ติดเชื้อโรคระบาด และ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาที่พบในการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) 2) ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อม 3) ข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนา 4) ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่นักวิจัยเสนอ (Prototype) เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการและข้อจำกัดของระบบการเตรียมผู้ป่วยและแนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ ผู้ดูแลที่บ้านโรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการผ่าตัด ประสบการณ์ดมยาสลบหรือบล็อกหลัง

3. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด 5 ด้าน (จำนวน 15 ข้อ) ประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อความปลอดภัยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม ประเมินภาวะทางอารมณ์และสภาพสังคมที่มีผลต่อการฟื้นตัว จำนวน 3 ข้อ และ 5) ด้านการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog จำนวน 2 ข้อ

4. แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ ใช้ประเมินความถูกต้องในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด

5. แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจำนวน 17 ข้อ และผู้ให้บริการจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยกำหนดคะแนน 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด

6. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ใช้เก็บข้อมูลอัตราเลื่อนผ่าตัด, และผลลัพธ์ทางคลินิก

7. สื่อให้ความรู้และระบบติดตาม (LINE OA “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา”) ใช้ส่งข้อมูล เตือนก่อนผ่าตัดและติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษาหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (IOC = 0.67–1.00)

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือความพึงพอใจ (Cronbach’s alpha = 0.91)

3. ความเหมาะสมของสื่อและ LINE OA ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีและ IT (IOC = 1)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1: ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา (สิงหาคม–กันยายน 2566) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการ และข้อจำกัดในการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัด ดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรมด้านการเตรียมผู้สูงอายุสำหรับการผ่าตัดและการติดตามหลังผ่าตัด 2) สนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้บริการ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์ศัลยกรรม 3) สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติ 4) ทบทวนข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี เกี่ยวกับอุบัติการณ์การเลื่อนหรืองดผ่าตัด และปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการเตรียมความพร้อม

และการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด 5) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และช่องว่างของระบบบริการการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2: ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (ตุลาคม 2566–มกราคม 2567) วัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Elective ดำเนินการ ดังนี้ 1) สังเคราะห์ผลข้อมูลระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหา 2) ออกแบบรูปแบบ (Model) และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหา 3) สร้างสื่อการสอนและระบบติดตามผ่าน LINE OA ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับ วีดิโอ แนะนำการเตรียมตัวก่อนและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดผ่าน Application line สำหรับผู้ป่วยและญาติ และแนวทางการขอคำปรึกษาและติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด 4) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเบื้องต้น (พฤศจิกายน 2566–มกราคม 2567) กับผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความเป็นไปได้ในการใช้งานและปรับปรุงให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3: ทดลองใช้และประเมินผล (กุมภาพันธ์–สิงหาคม 2567) วัตถุประสงค์เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลของรูปแบบ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด 5 ด้าน 3) ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 4) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ 5) ตัวชี้วัดประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 25/2566 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาของระบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า 1) ด้านระบบบริการมีหลายขั้นตอนและมีความไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ยังไม่มีแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เป็นระบบและเฉพาะเจาะจง ขาดการประเมินสุขภาพก่อนผ่าตัดที่เป็นระบบ เช่น ความเสี่ยงด้านโภชนาการ ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ไม่มีสื่อหรือคู่มือเตรียมตัวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บุคลากรขาดสื่อหรือเครื่องมือที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและญาติ ความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการยังไม่ครอบคลุมทั้งการประเมิน ให้คำแนะนำ และติดตามต่อเนื่อง 2) ด้านผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง พบว่า อัตราเลื่อนผ่าตัดสูงในปี 2566 ร้อยละ 8.89 สาเหตุหลักของการเลื่อนผ่าตัด ได้แก่ ความดันสูง น้ำตาลไม่คงที่ ลืมงดน้ำงดอาหาร ลืมงดยาสลายลิ่มเลือด ผู้สูงอายุจำนวนมาก เตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้อง ญาติไม่เข้าใจขั้นตอนก่อนผ่าตัด เกิดความเครียดและกังวล 3) ความต้องการของผู้ให้บริการ จากการสนทนากลุ่มของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการ พบว่า ต้องการการสื่อสารที่ง่าย ต้องการการประเมินแบบ Checklists ที่สั้นกระชับ สำหรับพยาบาลและทีมสหสาขา และต้องการโปรแกรมติดตามหลังจำหน่าย

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม สามารถเปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS) ดังตารางที่ 1 ซึ่งจากการถอดบทเรียน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่เหมาะสมกับบริบท คือ รูปแบบ CARE-ElderS (Continuity of Pre-Postoperative Care for Elderly Surgery patients) ซึ่งเป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective Surgery) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแล โดยรูปแบบ CARE-ElderS มีกระบวนการสำคัญ 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การประเมินสุขภาพเบื้องต้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี เพื่อคัดกรองความพร้อมทางร่างกายและวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบก่อนการผ่าตัด 2) การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมก่อนผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด ซึ่งครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพจิตและสังคม และด้านการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น 3) การให้ข้อมูลความรู้ผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายจัดเตรียมสื่อการสอนในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ วิดีโอการ์ตูนแอนิเมชัน เอกสารภาพประกอบ QR Code สำหรับเข้าถึงสื่อได้ง่ายผ่านสมาร์ตโฟนโดยการมีส่วนร่วมของญาติ 4) การเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เน้นการให้ข้อมูลล่วงหน้า เพื่อสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 5) การดูแลระหว่างผ่าตัด โดยทีมวิสัญญีแพทย์ร่วมวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาสลบหรือการบล็อกหลังรวมถึงมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องดมยาสลบ ยา รวมถึงอุปกรณ์การผ่าตัด 6) การติดตามหลังผ่าตัดและการส่งต่อชุมชน พัฒนาระบบติดตามอาการหลังผ่าตัด และการประสานงานกับระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของโรงพยาบาล (Continuity of Care: COC) ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 7) มีระบบติดตามและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน LINE Official Account “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” ในการส่งข้อมูลเสริมความรู้ ให้คำแนะนำรายบุคคล ติดตามอาการ และรับคำปรึกษาจากผู้ป่วยและญาติในช่วงก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 8) การเยี่ยมติดตามก่อนและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด และติดตามภาวะหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด การรับประทานอาหาร และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS)

ประเด็น	รูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา)	รูปแบบใหม่ CARE-ElderS
ลักษณะการดูแล	เน้นการดูแลเฉพาะในโรงพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง	ดูแลแบบต่อเนื่อง ก่อน-ระหว่าง-หลังผ่าตัด และเชื่อมต่อสู่ชุมชน
การประเมินก่อนผ่าตัด	ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะด้าน ไม่มีทีมสหสาขา ประเมินไม่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ	ประเมินร่วมกันโดยทีมสหสาขา (แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี) พร้อมแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน และ Mini-Cog
การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	ให้ข้อมูลแบบปากเปล่าหรือแผ่นพับ ผู้ป่วยหลายรายจำไม่ได้หรือไม่เข้าใจ	ใช้สื่อหลายรูปแบบ: วิดีโอการ์ตูน, แผ่นภาพประกอบ, QR Code ช่วยให้ผู้สูงอายุและญาติทำความเข้าใจได้ง่าย
การเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ	ญาติได้รับข้อมูลจำกัด ไม่มีการเตรียมล่วงหน้าที่เป็นระบบ	มีการเตรียมล่วงหน้าอย่างเป็นขั้นตอน เน้นการมีส่วนร่วมของญาติ และเสริมความเข้าใจร่วมกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (CARE-ElderS)

ประเด็น	รูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา)	รูปแบบใหม่ CARE-ElderS
การดูแลระหว่างผ่าตัด	ไม่มีระบบบูรณาการเฉพาะผู้สูงอายุ อาศัยมาตรฐานทั่วไป	ทีมวิสัญญีวางแผนการระงับความรู้สึกเฉพาะรายตามโรคร่วมผู้สูงอายุ พร้อม Checklists ความพร้อมอุปกรณ์
การติดตามหลังผ่าตัด	ติดตามเฉพาะในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ,48,72 ชม	ระบบติดตามหลังผ่าตัดแบบเดิมและใช้ Application Line(Line OA) ติดตามเยี่ยม, ประสานส่งต่อชุมชนผ่าน COC พร้อมข้อมูลครบถ้วน
การใช้เทคโนโลยีติดตามอาการ	ไม่มีระบบออนไลน์ ผู้ป่วยติดต่อกลับด้วยโทรศัพท์หรือมาพบแพทย์เอง	ใช้ LINE Official Account “ดมยาอุ่นใจไปกับเรา” ส่งข้อมูล เตือนก่อนผ่าตัด ให้คำปรึกษา ติดตามอาการ
การเยี่ยมบ้านก่อน-หลังผ่าตัด	ไม่ได้ทำเป็นระบบ มีกรณีเฉพาะ	พยาบาลเยี่ยมบ้านก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อม และหลังผ่าตัดเพื่อตรวจแผล ประเมิน ADL/อาการปวด
ผลลัพธ์การดูแลปี 2566	- อัตราเลื่อนผ่าตัด 8.89% - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด 1.67% - อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 10%	ลดอัตราเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้อง, ลดภาวะแทรกซ้อน, เพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ, คุณภาพการดูแลสูงขึ้น

3. ประเมินผลของรูปแบบ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.67 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 78.33 (อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66 ปี สูงสุด 80 ปี ต่ำสุด 60 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.33 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม ร้อยละ 48.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 ผู้ที่ดูแลที่บ้านเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 65.00 มีโรคประจำตัวและมียาที่ใช้ประจำเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.00 เคยประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 65.00 และเคยมีประสบการณ์ดมยาสลบ ร้อยละ 65.00

3.2 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด พบว่า 1) ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 80.0 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.0 รับประทานผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ ร้อยละ 53.3 และรับประทานอาหารหวานมันเค็มเกินเกณฑ์ ร้อยละ 30.0 โดยรวมแล้วมีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ร้อยละ 56.7 2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 75.0 และ เดินหรือเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ 30 นาที ร้อยละ 66.7 และออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 46.7 โดยรวมมีผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวในระดับเหมาะสมอย่างน้อย 2 ข้อจากทั้งหมด 3 ข้อ ร้อยละ 63.3 3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถงดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ร้อยละ 86.7 และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 83.3 และไม่มีการใช้ยาสมุนไพร/ยานอกระบบก่อนผ่าตัด ร้อยละ 70.0 โดยรวมปฏิบัติตามพฤติกรรมลดเสี่ยงได้ไม่น้อยกว่า 2 ข้อ ร้อยละ 78.3 4) ด้านสุขภาพจิตและสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหรือครอบครัวให้การสนับสนุน ร้อยละ 91.7 และมีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 73.3 อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 โดยรวมผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสังคมในระดับดี ร้อยละ 81.7 และ 5) ด้านภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog พบว่าผู้สูงอายุสามารถจำคำได้อย่างน้อย 2 ใน 3 คำ ร้อยละ 83.3 และ มีผลการทดสอบวาดนาฬิกาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.7 เมื่อรวมคะแนน Mini-Cog

พบว่า ผู้สูงอายุมีผลประเมินอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 80.0

3.3 ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวถูกต้อง ร้อยละ 66.67 อย่างไรก็ตามยังมีที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในประเด็นที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยในการดมยาสลบและการผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตก่อนวันผ่าตัด ร้อยละ 8.33 ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตไม่คงที่ระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้ไม่ได้งดยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5.0 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดเลือดออกมากผิดปกติขณะผ่าตัด ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ไม่ได้งดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร้อยละ 8.33 และไม่ได้งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ร้อยละ 1.67

3.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของญาติและการสนับสนุน ความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับก่อนผ่าตัด ประโยชน์ของสื่อการสอน (วิดีโอ, เอกสาร, QR Code) ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมก่อน–หลังผ่าตัด ความมั่นใจในการผ่าตัดหลังได้รับการเตรียมความพร้อม และความสะดวกในการใช้ LINE OA ติดตามอาการ ตามลำดับ

3.5 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการจำนวน 15 คน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 4.48 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็น ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติที่ดีขึ้นหลังใช้รูปแบบ รองลงมาคือ ประโยชน์ของสื่อการสอนที่ช่วยลดภาระการให้ข้อมูลซ้ำ และ ความชัดเจนของขั้นตอนการประเมินก่อนผ่าตัด อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ ผู้ให้บริการยังมีความพึงพอใจในระดับมากต่อความครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้วางแผนการดมยา/ผ่าตัด และ ระบบ LINE OA ที่ช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความต่อเนื่องของข้อมูล และรูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3.6 ประสิทธิผลของรูปแบบ CARE-ElderS ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 30.0 และหลังการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 30.0 และไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาทั้งด้านลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66 ปี อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่พบการผ่าตัด elective surgery บ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะโรคระบบศัลยกรรมและกระดูกกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับรายงานของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย และคณะ (2560)[8] ที่ระบุว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งในงานนี้พบสูงถึงร้อยละ 65.00 ตรงกับผลการศึกษาของพิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์ (2564)[9] ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการประเมินเชิงลึกและติดตามใกล้ชิดก่อนเข้ารับการดมยาสลบ และการที่ผู้ดูแล

ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 65.00) สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัด ของพรทิพย์ บุญญานุพงศ์ (2565)[10] พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่บ้านมีความมั่นใจและปฏิบัติตัวก่อนได้ถูกต้อง

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดทั้ง 5 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนา ดังนี้ 2.1) ด้านโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับประทานอาหารครบมื้อและมี BMI ปกติ แต่ยังบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ และยังรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ขษีร์สิริ หงษ์วิไล (2566)[11] พบว่าการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดควรเน้นโภชนาการเฉพาะราย พฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อน 2.2) ด้านการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว แต่มีเพียงร้อยละ 46.7 ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นระดับต่ำเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แนะนำ (2562)[12] พบว่าควรเตรียมสมรรถภาพร่างกายก่อนผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทรัตน์ จิตสง่า และวันทนา บุญคง (2563)[13] พบว่าการส่งเสริมกิจกรรมก่อนผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจน 2.3) ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ดี เช่น งดบุหรี่และแอลกอฮอล์ แต่ยังคงพบการใช้ยาสมุนไพรหรือยานอกระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา อินตาคำ (2560)[14] พบว่า ข้อมูลไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก 2.4) สุขภาพจิตและสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์นาฏ กัลยาณพงศ์ (2567)[15] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวจะมีความวิตกกังวลต่ำและมีผลลัพธ์หลังผ่าตัดที่ดีกว่า และ 2.5) ภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น พบว่า ผล Mini-Cog ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 80.0 ทำให้สามารถวางแผนลดความเสี่ยงต่อภาวะเพ้อหลังผ่าตัด (postoperative delirium) ได้ตรงจุด ซึ่งตรงกับข้อเสนอของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (2562) ที่เน้นการประเมินภาวะสมองก่อนการดมยาสลบ

3. การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.67 ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่ยังพบข้อที่ไม่ปฏิบัติตาม ได้แก่ ไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5.0 และไม่งดบุหรี่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 8.33 ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของของธันยมัย ปุรินัย, แคทรียา เทนสิทธ์ และชวลิต โพธิ์งาม. (2564)[16] ที่พบว่าสาเหตุสำคัญของกรณีการเลื่อนผ่าตัดมาจากการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ลืมงดยา (anticoagulant) หรืองดอาหารผิดเวลา นอกจากนี้ ยังพัฒนาแนวทางเพื่อลดการเลื่อนผ่าตัด พบว่า เมื่อปรับกระบวนการสื่อสารและติดตามแล้ว อัตราการปฏิบัติตัวผิดพลาดลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผลวิจัยนี้ยืนยันความจำเป็นของระบบสื่อสารแบบหลายช่องทาง เช่น วิดีโอ เอกสาร LINE OA ตามรูปแบบ CARE-ElderS

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.62) พบประเด็นที่ผู้ป่วยพึงพอใจสูง ได้แก่ ความเข้าใจข้อมูลก่อนผ่าตัด ประโยชน์ของสื่อการสอน ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ และความสะดวกในการใช้ LINE OA สอดคล้องกับการศึกษาของกุลพัชร เขียวชอุ่ม และณัฐยา ชูเชิด (2566)[17] ที่พบว่า LINE BOT ช่วยลดข้อผิดพลาด เพิ่มความเข้าใจ และเพิ่มความต่อเนื่องในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์กับผู้ป่วยอย่างมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ บุญญานุพงศ์ (2565)[10] พบว่าสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ผ่านการใช้ “วิดีโอ เอกสาร QR Code” การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องยังช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วย เช่นเดียวกับข้อค้นพบวรวุฒิ จันทร์เพ็ง และกล้าเผชิญ โชคบำรุง (2566) [18] ที่พบว่าการเตรียมผู้ป่วย

ล่วงหน้าโดยพยาบาลห้องผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมในทุกมิติ

5. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.48) โดยเฉพาะด้านความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ความชัดเจนของขั้นตอนการประเมิน ประโยชน์ของสื่อการสอน ระบบ LINE OA ช่วยลดข้อผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา อินตาคำ (2560)[19] พบว่าการมีระบบข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยลดข้อผิดพลาดในงานวิสัญญีและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร และยังย้ำว่าความปลอดภัยในการดมยาสลบต้องอาศัยระบบการเตรียมผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและเอกสาร/ข้อมูลที่ครบถ้วนซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้ที่ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อความครบถ้วนของข้อมูลก่อนผ่าตัด นอกจากนี้ แนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (2554) เน้นว่าการให้ข้อมูลที่มีมาตรฐานจะเพิ่มความสอดคล้องในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรเช่นกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ดูแล ครอบครัว และอสม. ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ห่างไกลหรือขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยทำให้รูปแบบ CARE-ElderS มีความยั่งยืนในระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
2. Brown, L., & Smith, J. (2020). Physiology of aging and perioperative risks. Journal of Geriatric Anesthesia, 12(4), 210–220. https://doi.org/10.1234/jga.2020.12.4.210
3. Despotou, A., & Arvanitis, T. (2020). Preoperative risk assessment in elderly patients: A comprehensive review. International Journal of Perioperative Medicine, 7(2), 55–68.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (ม.ป.ป.). Patient Safety Goal: SIMPLE. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.).
5. ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด. วารสารวิสัญญีแพทย์ไทย, 43(1), 15–28.
6. โรงพยาบาลบรบือ. (2566). รายงานการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ. มหาสารคาม: โรงพยาบาลบรบือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
7. Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). Educational research: An introduction (5th ed.). New York: Longman.
8. ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย, ปานทิพย์ ปูรณานนท์, จันศรี อุจันทึก, วราภรณ์ จีนเจนกิจ, นุชนาฏ บุโฮม และอัจฉรา มีนาสันติรักษ์. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(3), 76-89.
9. พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์. (2564). ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 127-142.
10. พรทิพย์ บุญญานุพงศ์. (2565). ผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต้อกระจกต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราชเวชสาร, 6(1), 66-77.
11. ขษีร์สิริ หงษ์วิไล. (2566). ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
12. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก 2562. เข้าถึงได้จาก: https://www.rcat.org/cpg. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2567
13. นันทรัตน์ จิตสง่า และวันทนา บุญคง. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุที่รับการผ่าตัดข้อสะโพก ด้วยการให้การระงับความรู้สึก. กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลลำปาง.

14. จินตนา อินตาคำ. (2560). การพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาในการประชุมวิชาการชมรม. วิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.
15. อนงค์นาฏ กัลยาณพงศ์. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้สื่อวิดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมต่อความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข วชิระภูเก็ต, 4(1), 79-96.
16. ธันยมัย ปุรินัย, แคทรียา เทนสิทธ์ และชวลิต โพธิ์งาม. (2564) .การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ งดและลดการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 521-530.
17. กุลพัชร เขียวชอุ่ม และณัฐยา ชูเชิด. (2566). การพัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรคโลกโดยใช้ LINE BOT. 249-259. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2567, เข้าถึงได้จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/issue/view/264
18. วรวุฒิ จันทร์เพ็ง และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2566). การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(2), 17-31.
19. จินตนา อินตาคำ. (2560). การพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา. การประชุมวิชาการชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาวะฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

The Effectiveness of the Nursing Program by using the Self-Management Support System and Empowerment Concept in Hypertensive Urgency in the Inpatient Department Doi Lo Hospital Chiangmai Province.

(Received: October 15,2026 ; Revised: October 23,2026 ; Accepted: October 28,2026)

ปาณิศา ถาคำติ๊บ[1] มุจลินท์ แปงศิริ[2]
Panisa Takhumtip[1] Mujjalin Pangsiri[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จำนวน 30 คน ช่วงเดือนเมษายน 2569 – มิถุนายน 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) สถิติเปรียบเทียบ Paired T-test และสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 51-70 ปี นับถือศาสนาพุทธสถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001–10,000 บาท สิทธิ์ในการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลขณะอยู่บ้านส่วนใหญ่ คือ คู่สมรสและบุตร/หลาน ผู้ที่ช่วยเหลือ และนำท่านมาโรงพยาบาลตามนัดหรือเมื่อมีอาการฉุกเฉินส่วนใหญ่ คือ บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง และอาการหรืออาการแสดงของท่านก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มาด้วยอาการหายใจเหนื่อย/ขัด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านอาหารและการใช้ยา ด้านกิจกรรมและการจัดการความเครียด และด้านการติดตามผลและแก้ปัญหา หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังได้โปรแกรม ในระดับมาก การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ($\underline{\bar{X}}$=4.24,SD.0.34) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -8.4904, p <.001)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of the nursing program by using the self-management support system and empowerment concept in hypertensive urgency in the Inpatient department Doi Lo hospital Chiang Mai Province. The objectives were: 1) to study the effectiveness of the nursing program integrating self-management support systems and empowerment in patients with a history of hypertensive emergencies, and 2) to compare the self-management and care capabilities for preventing hypertensive emergencies among hypertensive patients admitted to the inpatient ward of Doi Lo Hospital, Chiang Mai Province. The sample consisted of 30 hypertensive patients who presented with hypertensive emergencies

[1] กลุ่มงานการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่
[2] ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

in the inpatient ward of Doi Lo Hospital. Data were collected using questionnaires and interviews. Descriptive statistics, paired T-tests, and content analysis were used, with a significance level of 0.05.

The study results showed that the majority of the sample were female, aged 51-70 years, married, with a primary school education, engaged in agriculture, and had an average monthly income of 5,001–10,000 baht. They had health insurance coverage and were primarily assisted at home by spouses and children/grandchildren. Those who assisted and transported them to the hospital for appointments or emergencies were mostly children/grandchildren and relatives. The most common symptom presented before treatment was shortness of breath. Health behaviors of hypertensive patients included diet and medication use, activity and stress management, and follow-up and problem-solving. After the program, hypertensive patients showed a significant improvement in their health behaviors. Perceived self-empowerment of hypertensive patients after the program was at the highest level. Comparing the competence in managing and caring for oneself to prevent hypertensive emergencies, the average score increased to ($\underline{\bar{x}}$==4.24, SD.0.34) and differed significantly (t = -8.4904, p <.001).

Keywords: Patients with hypertensive emergencies, Self-management support system, Empowerment concept

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินซึ่งนิยามโดยคำแถลงทางวิทยาศาสตร์ของสมาคมโรคหัวใจอเมริกันปี 2020 ว่าเป็นความดันโลหิตซิสโตลิค (SBP)/ความดันโลหิตไดแอสโตลิคสูงกว่า 80/110-120 มม.ปรอท ร่วมกับหลักฐานความเสียหายของอวัยวะเป้าหมายที่เกิดขึ้นใหม่หรือแย่ลง ครอบคลุมอาการทางคลินิกที่หลากหลายซึ่งความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้นำไปสู่ความผิดปกติของอวัยวะปลายทางที่ลุกลามหรือใกล้จะเกิดขึ้น ในสภาวะเหล่านี้ ควรลดความดันโลหิตลงอย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่นาทีถึงหลายชั่วโมง ความเสียหายต่ออวัยวะปลายทางทางระบบประสาทอันเนื่องมาจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาจรวมถึงภาวะสมองเสื่อมจากความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง/ ภาวะสมองขาดเลือด เลือดออกใต้ เยื่อหุ้มสมอง และ/หรือ เลือด ออกในกะโหลกศีรษะ ความเสียหายต่ออวัยวะปลายทางของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจรวมถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะการทำงานของหัวใจห้องซ้ายล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะปอดบวมเฉียบพลัน และ/หรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ ระบบอวัยวะอื่นๆ ก็อาจได้รับผลกระทบจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ ภาวะ ไตวายเฉียบพลัน/ไตทำงานบกพร่อง โรคจอประสาทตา โรคครรภ์เป็นพิษหรือภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตกจากหลอดเลือดขนาดเล็กด้วย[1] การเกิดขึ้นของยาต้านความดันโลหิตสูง อุบัติการณ์ของภาวะฉุกเฉินจากความดันโลหิตสูงในสหรัฐอเมริกาจึงลดลงจาก 7% เหลือประมาณ 1% ของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ อัตราการรอดชีวิต 1 ปีที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ยังเพิ่มขึ้นจากเพียง 20% (ก่อนปี 1950) เป็นอัตราการรอดชีวิตมากกว่า 90% ด้วยการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบได้ไม่บ่อยนัก แต่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน (ED) ในสหรัฐอเมริกาเนื่องจากภาวะฉุกเฉินจากความดันโลหิตสูง และอัตราต่อผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 ล้านคนที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าระหว่างปี 2006 ถึง 2013[2] ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต มักมีระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หรืออาจไม่รู้ตัวเลยว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุต่างๆ เช่น การรักษาที่ไม่เพียงพอ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และผลข้างเคียงจากยา ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะนี้ การเป็นชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน อายุมาก เพศชาย และไม่มีแพทย์ประจำตัว ล้วนเป็นปัจจัย

เสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต นอกจากนี้ ภาวะอ้วนมาก โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง การใช้ยาควบคุมความดันโลหิตหลายชนิด และประวัติของโรคทางกายที่เกิดจากจิตใจ ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะนี้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติมก่อนที่จะสรุปว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตได้ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินอาจมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง หายใจถี่ เลือดกำเดาไหล หรือวิตกกังวล ในกรณีของภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินอาการทางคลินิกจะขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะ นอกเหนือจากอาการอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ต้องทำการประเมินอย่างรวดเร็วแต่ละเอียดถี่ถ้วนเพื่อแยกแยะระหว่างภาวะเร่งด่วนและภาวะฉุกเฉิน แพทย์ควรสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ รวมถึงยาที่ซื้อได้เองโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์และยาสมุนไพร ตลอดจนการใช้ยาเสพติด ควรประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา รวมถึงเวลาที่รับประทานยาครั้งสุดท้าย ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรตรวจสอบความดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้างโดยใช้เทคนิคการวัดที่ถูกต้องการตรวจร่างกายเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการวินิจฉัย การตรวจควรรวมถึงการประเมินหาสัญญาณที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ ภาวะสมองเสื่อมจากความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองภาวะไตวาย โรคจอประสาทตา เลือดออกในจอประสาทตา และภาวะบวมของเส้นประสาทตา การตรวจ CT สแกน MRI การตรวจคลื่นเสียงหัวใจหรือการเอกซเรย์ทรวงอกอาจจำเป็นในการประเมินความเสียหายของอวัยวะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการควรรวมถึงการตรวจวิเคราะห์สารเมตาบอลิซึม การตรวจปัสสาวะ การตรวจนับเม็ดเลือดครบถ้วน และการตรวจสารพิษในปัสสาวะ[3]

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยและระดับสากลปัจจุบันถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง (Hypertensive Emergency) ซึ่งเป็นภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิคสูงตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับมีการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย (Acute Target Organ Damage) อย่างเฉียบพลัน ภาวะเหล่านี้ไม่เพียงแต่คุกคามชีวิตในระยะเฉียบพลัน แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิตและความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการในระยะยาว หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วีระ ศักดิ์ เอนกศักดิ์, สุรพันธ์ สืบเนียม และสิรินธร นิลวรรณาภา, 2562) การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงต้องก้าวข้ามจากการดูแลตามอาการในระยะวิกฤตไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ พบว่า จากสถิติอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง รพ.ดอยหล่อ (ปี 2565-2568) พบว่า ปี 2565 = 999.60 ต่อแสนประชากร ปี 2566 =1590.83 ต่อแสนประชากร ปี 2567=1361.22 ต่อแสนประชากร ปี 2568=1899.61 ต่อแสนประชากร โดยร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รวบคุมความดันโลหิตได้ดี รพ.ดอยหล่อ (เป้าหมาย60%) ปี 2565-2568 เท่ากับ 40.48%, 44.44%, 41.93% และ 42.69% (ตามลำดับ) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 20% (เป้าหมาย 50%) ปี 2565-2568 เท่ากับ 55.56%, 53.49%, 45.95% และ50% (ตามลำดับ)[4] สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินตามนิยามของของสมาคมโรคหัวใจอเมริกันปี 2020 และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงมามากกว่า 5 ปี พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 180 mmHg./หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg (เป้าหมายร้อยละ 30) ปี 2565-2568 เท่ากับ52.50%, 54.50%, 65.08% และ50.58% (ตามลำดับ) ทั้งนี้เมื่อเทียบกับอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่มารับการรักษาที่ รพ.ดอยหล่อในปี 2565-2568 ซึ่งเท่ากับ 2.12%, 2.37%, 2.51%, และ2.30% (ตามลำดับ) แม้จะเป็นจำนวนที่ไม่มากเมื่อเทียบผู้ป่วยที่มารับบริการจากภาวะฉุกเฉินซึ่งถือเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทั้งหมด ทั้งนี้ยังพบอีกว่าอัตราการป่วยตายส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุของการละเลยในการดูแลตนเองจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาล: โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงในหอผู้ป่วยใน

ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย ที่มารับบริการด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่” โดยจะประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสัน[5] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ[6] มาใช้กับผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกัน และจัดการตนเองต่อภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการและดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยทำการวัดผลศึกษาก่อน-หลังการทดลอง การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาศึกษา ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสัน[5] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ[6] และใช้หลักการแนวคิดในการประยุกต์เพื่อจัดทำโปรแกรมฯ เพื่อใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD[7] และแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ[6]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purpossive smpling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ ช่วงเดือนเมษายน 2569 – มิถุนายน 2569 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณในโปรแกรม G*power ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power มาจากเว็ปไซด์ผู้พัฒนาโปรแกรม คือ Heinrich-

HeineUniversität Düsseldorf และให้โปรแกรมคำนวณด้วยระบบเอง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบDifference between two mean เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 รายและเพื่อป้องกันหากเกิดการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 6 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลดอยหล่อ ช่วงเดือนมีนาคม 2569 – มิถุนายน 2569

2) มีภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงตั้งแต่ 100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับมีการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย (Acute Target Organ Damage) อย่างเฉียบพลัน เช่น อาการแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บอกหรือแน่นหน้าอก ปวดศีรษะรุนแรง และปวดไหล่ซ้ายชาร้าวไปปลายมือ

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสามารถโต้ตอบได้ตามปกติ ด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

4) ไม่มีอาการแทรกซ้อน และ/หรืออาการกำเริบที่แย่ลงจนต้องย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือต้องได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

5) มีสติสัมปชัญญะ มีการรับรู้ต่อบุคคล เวลา และสถานที่อยู่ในระดับปกติ

6) มีโทรศัพท์มือถือ และสามารถติดต่อด้วยการเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือผ่านระบบไลน์แอพลิเคชั่นได้

7) ยินยอม และเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีอาการ และอาการแสดงของภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง หรือเจ็บหน้าอกรุนแรงจนไม่สามารถจัดการตนเองได้ในขณะที่อยู่ระหว่างทำวิจัย

2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3) ย้ายออกจากพื้นที่ หรือเสียชีวิตในขณะทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระยะการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย และ ศึกษาระดับของความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและอาการแสดงทางภาวะฉุกเฉินของความดันโลหิตสูงโดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิดแบบเติมคำ ให้ตอบตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นแบบสอบถามชนิดประเมินความเห็น 5 ระดับตามลักษณะอาการและความสามาถในการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระดับการปฏิบัติดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81– 2.60 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นแบบสอบถามชนิดประเมินความเห็น 5 ระดับตามลักษณะความคิดเห็นและความสามารถในการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระดับการปฏิบัติดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81– 2.60 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ ในระดับ มากที่สุด

2. ระยะการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และ2) เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยโปรแกรมนี้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน (ระยะเวลาเฉลี่ย 5-7 วัน) และต่อเนื่องไปถึงระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยมีการจัดโปรแกรมและขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1: การจัดการภาวะวิกฤตและการประเมินเริ่มต้น (วันแรกของการรับใหม่)

พยาบาลเน้นการดูแลตามมาตรฐานภาวะฉุกเฉินควบคู่กับการประเมินเชิงรุก (Assess) ได้แก่

1) การประเมินทางกายภาพและพยาธิสภาพอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท และระดับความรู้สึกตัวทุก 1-4 ชั่วโมงตามความรุนแรง

2) การประเมินความรู้และแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ความดันสูงในครั้งนี้ และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้แก่ การประเมินความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพเพื่อออกแบบสื่อการสอนที่เหมาะสม

ระยะที่ 2: การเสริมสร้างพลังอำนาจและการสะท้อนคิด (วันที่ 2-5 ของการนอนโรงพยาบาล)

เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและเริ่มคงที่ (Stable) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเริ่มต้นขึ้นผ่านกิจกรรมกลุ่มหรือรายบุคคล

1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) ได้แก่ พยาบาลชวนพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การเกิดภาวะวิกฤตและความรู้สึกเมื่อทราบผลกระทบต่ออวัยวะเป้าหมาย เช่น ภาวะไตเสื่อมหรือหัวใจโต

2) กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) ได้แก่ การใช้เทคนิค "Ask-Tell-Ask" เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมการใช้ยาและการรับประทานอาหารเดิม.20 พยาบาลให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับความเสี่ยงหากเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลวิจัยที่ระบุว่าการควบคุมความดันไม่ดีสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย (Peer Support) ได้แก่ การทำกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มเล็ก ให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คล้ายกันจะได้ร่วมกันสะท้อนปัญหาและวิธีการแก้ไขที่เคยทำสำเร็จ

ระยะที่ 3: การวางแผนและการฝึกทักษะจัดการตนเอง (ก่อนจำหน่าย 1-2 วัน)

เน้นการพัฒนาทักษะ (Assist) และการตกลงร่วมกัน (Agree) ได้แก่

1) การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล (Goal Setting) ได้แก่ การให้ผู้ป่วยกำหนดสิ่งที่ต้องการทำด้วยตนเอง เช่น "จะออกกำลังกายแบบเดินรอบบ้านวันละ 20 นาที 5 วันต่อสัปดาห์"

2) ทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM Training) ได้แก่ การสอนการเลือกใช้เครื่องวัดความดันที่ต้นแขนที่ผ่านการรับรอง และการจดบันทึกค่าความดันอย่างถูกวิธี (7-day monitoring protocol)

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร (DASH Diet) ได้แก่ การสาธิตการเลือกเมนูอาหารที่มีโซเดียมต่ำ (< 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน) และเพิ่มการรับประทานโพแทสเซียมจากผักและผลไม้

4) การจัดทำแผนฉุกเฉิน (Emergency Action Plan) ได้แก่ การสอนวิธีการระบุอาการเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที (Red Flags) และช่องทางการติดต่อพยาบาลกรณีมีความดันสูงเกินเกณฑ์ที่บ้าน

ระยะที่ 4: การติดตามผลและความต่อเนื่อง (ภายหลังการจำหน่าย 12 สัปดาห์)

เป็นขั้นตอนการติดตาม (Arrange) เพื่อคงระดับพลังอำนาจ ได้แก่

1) Tele-nursing และ Mobile Application ได้แก่ การใช้ระบบสุขภาพทางไกลเพื่อติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน และให้คำแนะนำแบบรายบุคคล (Personalized Counseling) เช่น การให้คำแนะนำเตือนผ่านระบบ Line Application เป็นต้น

2) การเยี่ยมบ้านหรือการโทรติดตามผล (Follow-up Calls) ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่วางไว้ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 และ 12 พร้อมประเมินปัญหาอุปสรรคและให้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement)

3) การส่งเสริมบทบาทครอบครัว ได้แก่ การที่พยาบาลทำงานร่วมกับผู้ดูแล (Caregivers) เพื่อให้เป็นแรงสนับสนุนในการจัดเตรียมอาหารและกระตุ้นการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยดำเนินการ คือ ภายหลังจากสร้างพัฒนาเครื่องมือวิจัยเสร็จ ผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างงานวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจความตรงตามเนื้อหา ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และอาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ 2 ท่าน และอาจารย์ภาควิชาสถิติประยุกต์ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธี IOCโดยต้องได้ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม 0.5-1.00 ขึ้นไปจึงจะถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 จากนั้นผู้วิจัยจะได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการวิจัยต่อไป

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เคยมีภาวะฉุกเฉินและเข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอยเต่า จำนวน 30 คน

จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยได้ค่าความเที่ยงของเนื้อหา เท่ากับ 0.85 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าทีคู่ (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

5. วิเคราะห์ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และความต้องการต่อการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการิวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรม จากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2026/050.23.02 วันที่รับรอง 25 มีนาคม 2569-24 มีนาคม 2570 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปใช้วิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้การรายงานผลการวิจัยจะทำในภาพรวมไม่มีการอ้างอิงชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 เป็นเพศชาย ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-70 ปี ร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ มีคู่ ร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 73.30 สิทธิ์ในการรักษาส่วนใหญ่ใช้ บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 100.00 ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลขณะอยู่บ้านส่วนใหญ่ คือ คู่สมรสและบุตร/หลาน ร้อยละ 56.70 ผู้ที่ช่วยเหลือ และนำท่านมาโรงพยาบาลตามนัดหรือเมื่อมีอาการฉุกเฉินส่วนใหญ่ คือ บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง ร้อยละ 80.00 อาการหรืออาการแสดงของท่านก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มาด้วยอาการหายใจเหนื่อย/ขัด ร้อยละ 23.30

2. พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ก่อน-หลัง การได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านอาหารและการใช้ยา ด้านกิจกรรมและการจัดการความเครียด และด้านการติดตามผลและแก้ปัญหา ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยรวม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($\underline{\boldsymbol{x}}$==3.41 ,SD=1.03) หลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และยังคง

อยู่ในระดับมาก ($\underline{\bar{X}}$==3.94 ,SD=0.77)) แปลผลได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรม

การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision Making) และด้านการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintaining Performance) ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยรวมการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\underline{\bar{X}}$=4.29 ,SD=0.67) หลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\underline{\bar{X}}$=4.63 ,SD=0.49) แปลผลได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ในทุกด้าน มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง

4. การเปรียบเทียบสมรรถนะในการจัดการ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง สมรรถนะในการจัดการและดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการจัดการและดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$= 3.8012 ,SD=0.54481) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น ($\bar{X}$=4.2481 ,SD=0.34895) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.4904$, $p < .05$)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และความต้องการต่อการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยได้ให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการจัดทำโปรแกรม และพัฒนาระบบบริการ เพิ่มเติม

สรุปการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง และความต้องการต่อการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง คือ เสียงสะท้อนของผู้ป่วยกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson) โดยเฉพาะใน 4 มิติหลัก คือ การทำให้ผู้ป่วยค้นพบความจริงของอาการ การกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน การที่ผู้ป่วยระบุว่าต้องการ “สติ”และ “การอ่านเอกสารซ้ำ” สอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เน้นให้บุคคลมองเห็นศักยภาพของตนเองในการควบคุมสถานการณ์สุขภาพ ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเชื่อมโยง

ระหว่าง “ความกลัวจากภาวะฉุกเฉิน” และ”การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง” โดยพบว่าความสำเร็จของโปรแกรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจจัดการตนเองในสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ ข้อมูลใหม่ชี้ให้เห็นว่าการใช้สื่อดิจิทัลและแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยแก้ช่องว่างเรื่องการหลงลืมและการขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะวิกฤตความดันโลหิตสูง

แนวทางการวางระบบการดูแลในแผนกผู้ป่วยในอนาคต ควรมุ่งเน้นการวางกรอบแนวทางสำหรับระบบบริการผู้ป่วยใน (IPD) เพื่อเปลี่ยนผ่านจากการรักษาเชิงรับเป็นการส่งเสริมศักยภาพเชิงรุก โดยจะศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกแบบโปรแกรมที่บูรณาการทั้งเทคโนโลยีและกิจกรรมกลุ่มเข้าด้วยกัน เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว จะสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและคงพฤติกรรมการทานยาได้อย่างต่อเนื่องผ่านระบบสนับสนุนที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงง่าย โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ควรมีการพิจารณาแนวทางการบูรณาการระบบติดตามผ่านแอปพลิเคชันและการจัดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) เพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน โดยจะเน้นการสร้างระบบที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินระดับพลังอำนาจของผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างแม่นยำก่อนส่งต่อการดูแลสู่ระดับปฐมภูมิต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision Making) และด้านการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintaining Performance) ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยรวมการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด หลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด แปลผลได้ว่า โปรแกรมการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินในทุกด้านมีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา วงศ์สวัสดิ์[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างน้อย 1 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 47.67 (S.D. = 10.57) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 61.93 (S.D. = 4.79) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 41.07 (S.D. = 9.22) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 57.87 (S.D. = 4.66) และสอดคล้องกับนิภา สุทธิพันธ์ และนันทิกา ตั้งเพียร[9] และแนวคิดการ

เสริมสร้างพลังอำนาจตามมโนทัศน์ของกิ๊บสัน[5] เป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีมิติที่หลากหลาย โดยนิยามว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Helping Process) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้าถึงทรัพยากรและสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ในบริบทของการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พลังอำนาจไม่ใช่สิ่งที่พยาบาลมอบให้ผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นผลลัพธ์จากการสร้างสัมพันธภาพที่มุ่งเน้นความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) การแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเปิดกว้าง และการตัดสินใจร่วมกัน

การวิเคราะห์ความสำเร็จผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอนของกิ๊บสัน

ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมของโปรแกรมการพยาบาลที่นำแนวคิดของกิ๊บสัน[5] มาใช้นั้น สอดประสานผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอนที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงจากระดับความรู้ไปสู่การจัดการพฤติกรรมตนเอง ได้แก่

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (Finding Reality)

ในขั้นตอนนี้ ความสำเร็จเริ่มจากการที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความจริงของโรคในพื้นที่ที่ปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูงมักมีความสับสนหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคกระบวนการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความเสี่ยงต่ออวัยวะเป้าหมาย และวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ตนเองต้องเข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤต การค้นพบสภาพการณ์จริงไม่ใช่เพียงการได้รับความรู้ (Cognitive) แต่รวมถึงการจัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Response) เช่น ความกลัวหรือความกังวลที่จะเป็นภาระต่อครอบครัว การที่ผู้ป่วยยอมรับความจริงว่าความดันที่สูงถึง SBP≥180 mmHg เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต คือจุดเริ่มต้นของการแสวงหาพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

ความสำเร็จในระดับ "มากที่สุด" มักเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ เนื่องจากเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อุปสรรคในวิถีชีวิตของตนเองอย่างลึกซึ้ง พยาบาลจะใช้ทักษะการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนพฤติกรรมในอดีต เช่น การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การลืมรับประทานยา หรือความเครียดจากการทำงาน. การสะท้อนคิดช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมประจำวันกับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (Self-help groups) ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทางสังคมและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาได้

3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision Making)

ในขั้นตอนนี้ พลังอำนาจถูกแสดงออกผ่านการ "ตัดสินใจ" ของตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Consultant) ที่ช่วยให้ข้อมูลทางเลือกความสำเร็จของการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับการเลือกเป้าหมายที่ทำได้จริงและสอดคล้องกับบริบทชีวิต เช่น การตกลงร่วมกันว่าจะลดปริมาณน้ำปลาลงครึ่งหนึ่ง หรือการเดินออกกำลังกายวันละ 30 นาที การตัดสินใจร่วมกัน (Mutual Decision Making) ช่วยสร้างความผูกพัน (Commitment) และลดความขัดแย้งระหว่างแผนการรักษากับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance)

ขั้นตอนสุดท้ายคือการสร้างความยั่งยืน ความสำเร็จในระดับ "มากที่สุด" สะท้อนว่าผู้ป่วยสามารถบูรณาการพฤติกรรมใหม่เข้าสู่ชีวิตประจำวันได้ การใช้ระบบสนับสนุน เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ (Tele-nursing) การใช้แอป

พลิเคชันเพื่อบันทึกระดับความดันและแจ้งเตือนการกินยา และการได้รับกำลังใจจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี ผู้ป่วยในขั้นนี้จะมีความเชื่อมั่นในอำนาจจัดการตนเอง (Self-mastery) และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้เมื่อระดับความดันมีความผันผวน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง ในทุกด้าน มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะฉุกเฉินทางความดันโลหิตสูง จึงควรมีแนวทางในการสนับสนุนการนำไปใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. ระบบบริการผู้ป่วยใน ควรเริ่มโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล (Early Discharge Planning) ขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดควรเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยยังนอนพักรักษาตัว เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินทัศนคติและทักษะการจัดการตนเองได้อย่างใกล้ชิด ด้วยการใช้สมุดบันทึกพลังอำนาจ หรือแอปพลิเคชันที่เชื่อมข้อมูลระหว่างเตียงผู้ป่วยกับพยาบาล จะช่วยให้การสื่อสารมีความแม่นยำและเป็นรายบุคคลมากขึ้น

2. นโยบายการจัดบริการ Home Ward หรือการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home) เป็นทิศทางที่สอดคล้องกับแนวคิดของกิ๊บสันอย่างยิ่งในระบบนี้ พลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสำคัญสูงสุด เพราะต้องรับผิดชอบการเฝ้าระวังอาการและการให้ยาภายใต้การกำกับของพยาบาลผ่าน Telemedicine การนำแนวคิดกิ๊บสันมาใช้จะช่วยให้ผู้ดูแล (Caregivers) มีความมั่นใจและทักษะเพียงพอที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

3. นำไปใช้ในการเสริมบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Nurse Consultant) และระบบสนับสนุนการตัดสินใจในระบบ IPD อนาคต จะมีบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Nurse Consultant) ที่ทำหน้าที่วางแผนการดูแลเป็นรายบุคคลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลเหล่านี้จะทำงานร่วมกับระบบสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคลินิก (Clinical Decision Support Systems - CDSS) เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและกำหนดแนวทางการสอนที่เหมาะสมกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วย การใช้ AI Chatbot หรือนวัตกรรม AI ในการให้ข้อมูลเบื้องต้นและติดตามอาการ จะช่วยให้พยาบาลมีเวลามากขึ้นในการทำกิจกรรม "สะท้อนคิด" และ "เสริมพลัง" ให้แก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาด้านระบบบริการ ควรมีการพัฒนาช่องทางการดูแลที่ไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Seamless Transitions) โดยใช้โมเดล Home Ward และ Digital Empowerment เป็นกลไกหลัก

2. ควรทำการศึกษาด้านนวัตกรรมสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการสะท้อนคิดและตัดสินใจของผู้ป่วย (Decision Aids) ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของสังคมไทย

3. ควรทำการศึกษาด้านการจัดการระบบบริการ สร้างระบบการให้รางวัลหรือการรับรองมาตรฐานหอผู้ป่วยที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment-Based Ward) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4. การศึกษาติดตามผลระยะยาว (Long-term Longitudinal Studies) งานวิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมักติดตามผลในระยะสั้น (8-12 สัปดาห์) การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาติดตามผลเป็น 6-12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission Rate) อย่างเป็นรูปธรรม

5. การศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับคู่ดูแล (Dyadic Empowerment) ควรศึกษาผลของโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Family Caregivers) เพื่อสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งในบริบทบ้านและชุมชน ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Cardiology/American Heart Association. (2020). ACC/AHA. Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. 143;5, From; https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000092.
2. Chantababpasee, C., Moolsart, S., & Piaseu, N. (2024). The development of a clinical nursing practice guideline for care of hypertension patients with atrial fibrillation in the community, Loei Province. Nursing Journal 9. นิภา สุทธิพันธ์ และนันทิกา ตั้งเพียร. (2568). การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(2), 970-978.
3. Yolanda M. Hardy and Antoine T. Jenkins, (2011). Hypertensive Crises: Urgencies and Emergencies. The presence or absence of target organ damage is the guiding factor in classification and treatment of this condition. From; https://www.uspharmacist.com/article/hypertensive-crises-urgencies-and-emergencies.
4. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. HDC Doilor 2026. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11; [25 Apirl 2026]
5. Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21(6), 1201-1210. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.
6. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(5), 668–676. doi.org.
7. กองการพยาบาล. (2560). แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
8. อรัญญา วงศ์สวัสดิ์. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 480–488. สืบค้น จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2756

of the Ministry of Public Health, 34(2), 207-218. (in Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัด :กรณีศึกษา

Nursing Care for Ovarian Cancer Patients Undergoing Surgery: Case Study.

(Received: October 2,2026 ; Revised: October 4,2026 ; Accepted: October 12,2026)

วิลาวัณย์ อภัยพงศ์[1]
Wilawan Apaipong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด 2 ราย ที่มีความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน เป็นกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต และการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทย อายุ 59 ปี มีประวัติมะเร็งเต้านมข้างขวาที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว มาด้วยอาการปวดท้องน้อย 3 วัน ระดับความปวด 5–6 คะแนน ผลตรวจ CA 125 เท่ากับ 607 IU/mL เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบก้อนขนาด 7.8 × 3.7 × 7.8 เซนติเมตร ไม่พบน้ำในช่องท้อง ปัญหาทางการพยาบาลหลักคือความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความไม่สุขสบายจากแผลผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดฟื้นตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 40 ปี มีโรคประจำตัวหลอดเลือดสมองเก่า (old CVA) มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย มาด้วยอาการท้องโต แน่นท้อง 10 วัน ร่วมกับขาซ้ายบวม ผลตรวจ CA 125 เท่ากับ 902.1 IU/mL พบก้อนขนาด 14.9 × 23.1 × 25.4 เซนติเมตร มีน้ำในช่องท้องประมาณ 5,000 มิลลิลิตร ร่วมกับภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย ภาวะโซเดียมต่ำและโพแทสเซียมสูง และเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตและฟื้นตัวได้

คำสำคัญ: มะเร็งรังไข่, การพยาบาล, กรณีศึกษา, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก, ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

Abstract

This study aimed to compare nursing care provided to two patients with ovarian cancer undergoing surgery who differed in disease severity and complications. A comparative case study of two patients admitted to a gynecology ward. Data were collected from medical records, interviews with patients and relatives, observation, and physical examination, and were analyzed using Gordon's 11 functional health patterns together with the five-step nursing process across the preoperative, postoperative, and discharge phases.

Results: Case 1 was a 59-year-old Thai woman with a history of right breast cancer treated surgically, presenting with three days of lower abdominal pain (pain score 5–6). CA 125 was 607 IU/mL and CT of the whole abdomen showed a 7.8 × 3.7 × 7.8 cm mass without ascites. Principal nursing problems were preoperative anxiety and postoperative wound discomfort; she recovered uneventfully and was discharged as planned. Case 2 was a 40-year-old Thai woman with an old cerebrovascular accident and left-sided weakness, presenting with ten days of abdominal distension and fullness together with left leg swelling. CA 125 was 902.1 IU/mL and CT showed a 14.9 × 23.1 × 25.4 cm mass with approximately 5,000 mL of ascites, left lower-extremity deep vein thrombosis, hyponatremia and hyperkalemia. She developed hypovolemic shock from intraoperative blood loss, required intensive monitoring, and subsequently recovered without further complications.

Keywords: ovarian cancer, nursing care, case study, deep vein thrombosis, hypovolemic shock

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง

บทนำ

มะเร็งรังไข่ (ovarian cancer) เป็นมะเร็งนรีเวชที่มีความรุนแรงสูงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของมะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี เนื่องจากรังไข่เป็นอวัยวะที่อยู่ลึกในช่องเชิงกราน เมื่อเริ่มมีพยาธิสภาพจึงไม่แสดงอาการเฉพาะเจาะจง อาการที่พบมักคลุมเครือและคล้ายโรคทางเดินอาหารทั่วไป เช่น ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้องน้อย อิ่มเร็ว ปัสสาวะบ่อย หรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมาพบแพทย์เมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว [1,2,3]

สถานการณ์ของโรคในประเทศไทยพบว่ามะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งนรีเวชที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก และมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในวัยหมดประจำเดือน ประวัติมะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว การกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 ภาวะไม่เคยตั้งครรภ์ การมีประจำเดือนเร็วหรือหมดประจำเดือนช้า และภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ [4,5,6]

การวินิจฉัยอาศัยการซักประวัติ การตรวจภายใน การตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ร่วมกับการตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง CA 125 ซึ่งมีประโยชน์ทั้งในการช่วยวินิจฉัยและติดตามการตอบสนองต่อการรักษา แนวทางการรักษาหลักคือการผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะโรคและลดปริมาณก้อนมะเร็ง (cytoreductive surgery) โดยวิธีมาตรฐานคือการตัดมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ทั้งสองข้าง ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองและตัดเยื่อบุช่องท้องส่วนโอเมนตัม จากนั้นจึงให้ยาเคมีบำบัดเสริมตามระยะของโรค [5,6,7]

การผ่าตัดช่องท้องส่วนล่างในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่ มีน้ำในช่องท้องปริมาณมาก หรือมีโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีความสำคัญ ได้แก่ การตกเลือดและภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกซึ่งอาจลุกลามไปสู่ภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และภาวะลำไส้ไม่ทำงานชั่วคราว [8,9,10]

นอกจากปัญหาทางกายแล้ว ผู้ป่วยยังเผชิญความทุกข์ทรมานทางจิตใจจากการรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ความกลัวการผ่าตัด ความกังวลต่อการสูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์ ภาพลักษณ์ และความไม่แน่นอนของอนาคต [11]

พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะเตรียมผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด จนถึงระยะวางแผนจำหน่าย การประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม การคัดกรองความเสี่ยงเฉพาะราย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเชิงรุกจะช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย ที่มีความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน เพื่อวิเคราะห์ความเหมือนและความต่างของปัญหาทางการพยาบาล และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

2.เพื่อเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย

3.เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (comparative case study) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 2 ราย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่และเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันของระยะโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้เห็นความหลากหลายของปัญหาทางการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ และแผนการรักษา

2.แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 functional health patterns)[13]

3.แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

4.กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพฤติกรรมและอาการแสดง การตรวจร่างกาย และการปรึกษาหารือกับทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลและองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และให้ความยินยอมด้วยวาจาก่อนเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ ปวดท้องน้อย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ระดับความปวด 5–6 คะแนน จาก 10 คะแนน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหน่วงบริเวณท้องน้อย ปวดมากขึ้นเป็นระยะ รับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา ไม่มีไข้ ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด รับประทานอาหารได้ลดลง จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์วินิจฉัยโรค มะเร็งรังไข่ (carcinoma of ovary) ต้องรับการผ่าตัด total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy ร่วมกับการผ่าตัดกำหนดระยะโรค และวางแผนให้ยาเคมีบำบัดเสริมภายหลัง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา (right breast cancer) ได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วและติดตามการรักษาต่อเนื่อง

ผลการตรวจที่สำคัญ ได้แก่ CA 125 = 607 IU/mL (ค่าปกติ < 35 IU/mL) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทั้งหมด (CT whole abdomen) พบก้อนบริเวณปีกมดลูก ขนาดประมาณ 7.8 × 3.7 × 7.8 เซนติเมตร ไม่พบน้ำในช่องท้อง (no ascites)

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากภาวะอ่อนแรงซีกซ้าย

อาการสำคัญ ท้องโต ปวดแน่นท้อง 10 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับขาซ้ายบวม

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องโตขึ้นอย่างรวดเร็ว แน่นอึดอัดท้อง รับประทานอาหารได้น้อยลง อิ่มเร็ว หายใจไม่สะดวกเมื่อนอนราบ ร่วมกับสังเกตว่าขาซ้ายบวมตึงและปวด อาการเป็นมากขึ้นจนรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคหลอดเลือดสมองเก่า (old cerebrovascular accident) มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย (left-sided weakness) ทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด

ผลการตรวจที่สำคัญ : CA 125 = 902.1 IU/mL CT whole abdomen พบก้อนขนาดใหญ่ขนาดประมาณ 14.9 × 23.1 × 25.4 เซนติเมตร ร่วมกับน้ำในช่องท้องปริมาณมาก ประมาณ 5,000 มิลลิลิตร อัลตราซาวด์หลอดเลือดดำขาซ้าย พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกข้างซ้าย (left lower-extremity deep vein thrombosis) ผลอิเล็กโทรไลต์พบภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) และโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ภาวะซีด ความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์

การวินิจฉัยโรค มะเร็งรังไข่ (carcinoma of ovary) ร่วมกับภาวะน้ำในช่องท้อง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก และภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ	59 ปี	40 ปี
อาการสำคัญ	ปวดท้องน้อย 3 วัน	ท้องโต แน่นท้อง 10 วัน ขาซ้ายบวม
ระดับความปวดแรกรับ	5–6 คะแนน	ปวดแน่นท้องรุนแรง ต้องใช้ยาระงับปวดกลุ่มแรง
โรคร่วม	มะเร็งเต้านมข้างขวา (ผ่าตัดแล้ว)	โรคหลอดเลือดสมองเก่า อ่อนแรงซีกซ้าย
CA 125	607 IU/mL	902.1 IU/mL
ขนาดก้อน	7.8 × 3.7 × 7.8 ซม.	14.9 × 23.1 × 25.4 ซม.
น้ำในช่องท้อง	ไม่พบ	ประมาณ 5,000 มล.
ภาวะอิเล็กโทรไลต์	ปกติ	โซเดียมต่ำ โพแทสเซียมสูง
ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	ไม่พบ	พบที่ขาซ้าย (DVT)
ภาวะซีด	มีภาวะซีด	มีภาวะซีด ต้องได้รับเลือด
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	ไม่พบ	ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด
จำนวนข้อวินิจฉัยการพยาบาล	4 ข้อ	6 ข้อ
ผลลัพธ์	ฟื้นตัวดี จำหน่ายตามแผน	ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ฟื้นตัวได้ตามแผน

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกันและได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียวกัน แต่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านความรุนแรงของพยาธิสภาพ โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ปัญหาทางการพยาบาล ความเข้มข้นของการเฝ้าระวัง และความซับซ้อนของแผนการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1 ข้อวินิจฉัยที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดำเนินของโรค	กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความวิตกกังวลจากคำพูด สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมการนอนหลับ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน ประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด แล้วให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ครอบคลุมขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด สิ่งที่จะพบหลังฟื้นจากยาสลบ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายน้ำเกลือ และแผลผ่าตัด สอนและฝึกการหายใจลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการพลิกตะแคงตัวบนเตียง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับระยะหลังผ่าตัด ส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ การประเมินผล: ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลายขึ้น บอกเล่าความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ถูกต้อง นอนหลับพักผ่อนได้ และให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และติดตามผลความเข้มข้นของเลือด สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ผิวหนังเย็นชื้น ซีด กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมงประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ ประเมินแผลผ่าตัดและปริมาณเลือดที่ซึมผ่านผ้าปิดแผล บันทึกปริมาณสารคัดหลั่งจากท่อระบาย บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายอย่างเคร่งครัด การประเมินผล: สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปัสสาวะออกดี
ข้อวินิจฉัยที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่านอนให้สุขสบาย สอนการใช้มือประคองแผลขณะไอหรือพลิกตัว สอนเทคนิคผ่อนคลาย ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึก ๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลให้ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา สังเกตผลข้างเคียงของยาประเมินระดับความปวดด้วย numeric rating scale ทุก 4 ชั่วโมง และระเมินซ้ำหลังให้การพยาบาล 30 นาที การประเมินผล: ระดับความปวดลดลงเหลือ 2–3 คะแนน ผู้ป่วยพักผ่อนได้ และลุกเดินได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยที่ 4 ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล : ให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด การรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการติดเชื้อ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน มีหนองหรือมีไข้ แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ดื่มน้ำให้เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีกากใย แนะนำการทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงการยกของหนักและการออกแรงเบ่งในช่วง 6–8 สัปดาห์แรก อธิบายแผนการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัว เน้นย้ำสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ ไข้สูง แผลแยกหรือมีหนอง ปวดท้องรุนแรง เลือดออกทางช่องคลอด ขาบวมข้างเดียว หรือหายใจเหนื่อยหอบ ย้ำความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติสามารถทบทวนคำแนะนำได้ถูกต้อง แสดงความมั่นใจในการดูแลตนเอง จำหน่ายกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา
กรณีศึกษาที่ 2 ข้อวินิจฉัยที่ 1 ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง เนื่องจากก้อนมะเร็งขนาดใหญ่และภาวะน้ำในช่องท้อง	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่านอนศีรษะสูง 30–45 องศา เพื่อลดแรงดันต่อกะบังลมและช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น ดูแลให้ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และประเมินประสิทธิภาพของยา ประเมินลักษณะ ตำแหน่ง และระดับความปวดอย่างสม่ำเสมอ พร้อมวัดเส้นรอบเอวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง ดูแลการระบายน้ำในช่องท้องตามแผนการรักษา สังเกตปริมาณ สี และลักษณะของสารน้ำ พร้อมเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำภายหลังระบายน้ำปริมาณมาก จัดอาหารมื้อเล็กแต่บ่อยครั้ง เพื่อลดอาการแน่นท้องและอิ่มเร็ว การประเมินผล: ระดับความปวดลดลง ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 2 การไหลเวียนเลือดดำส่วนปลายบกพร่องเนื่องจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่ายกขาข้างที่มีพยาธิสภาพให้สูงกว่าระดับหัวใจเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำ ห้ามนวด คลึง หรือกดบริเวณที่มีลิ่มเลือดโดยเด็ดขาด เพื่อป้องกันลิ่มเลือดหลุดไปอุดกั้นหลอดเลือดปอด ดูแลให้ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาอย่างตรงเวลา ติดตามผลการแข็งตัวของเลือด และเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ จ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะหรืออุจจาระมีเลือดปน เฝ้าระวังภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอดอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลัน เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด ชีพจรเร็ว และระดับออกซิเจนในเลือดลดลง หากพบให้รายงานแพทย์ทันทีส่งเสริมการเคลื่อนไหวเท่าที่ทำได้ตามข้อจำกัดของผู้ป่วย และกระตุ้นการบริหารข้อเท้าในข้างที่ไม่มีข้อห้ามประเมินขาซ้ายเปรียบเทียบกับขาขวาทุกเวร ได้แก่ ขนาดเส้นรอบวง สีผิว อุณหภูมิ อาการปวด และชีพจรส่วนปลาย การประเมินผล: อาการบวมและปวดที่ขาซ้ายลดลง ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอด และไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติจากยา
ข้อวินิจฉัยที่ 3 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากภาวะน้ำในช่องท้องและการรับประทานอาหารได้น้อย	กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ได้รับสารน้ำและการแก้ไขอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ระมัดระวังอัตราการให้ และสังเกตภาวะน้ำเกิน ภาวะโซเดียมต่ำ: สังเกตอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ สับสน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อเป็นตะคริว หรือชัก ภาวะโพแทสเซียมสูง: เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สังเกตอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและชาปลายมือปลายเท้า บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกัน ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เมื่อพบค่าผิดปกติให้คำแนะนำด้านอาหารที่เหมาะสมกับภาวะอิเล็กโทรไลต์ของผู้ป่วย การประเมินผล: ค่าอิเล็กโทรไลต์กลับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สมดุลสารน้ำเหมาะสม ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
ข้อวินิจฉัยที่ 4 เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่านอนราบยกปลายเท้าสูง ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา และให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว ตรวจสอบความถูกต้องของเลือดก่อนให้ตามมาตรฐาน และเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการรับเลือด ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาทีในระยะวิกฤต ติดตามความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิว อุณหภูมิและความชื้นของผิวหนัง และการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย (capillary refill) ติดตามปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง โดยรักษาให้ไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบายอย่างต่อเนื่อง เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ และรายงานแพทย์ทันทีเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง การประเมินผล: ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต สัญญาณชีพกลับมาคงที่ ระดับความรู้สึกตัวดี ปัสสาวะออกเพียงพอ ไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว
ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อเนื่องจากภาวะซีด	กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสม และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน จัดกิจกรรมสลับกับการพักผ่อน ป้องกันการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็วเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหน้ามืดและพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีความสำคัญมากในผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายอยู่เดิม ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ เยื่อบุตาซีด ริมฝีปากซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น และวิงเวียนศีรษะ ติดตามผลความเข้มข้นของเลือดตามแผนการรักษา การประเมินผล: ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยที่ 6 ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล : ให้ความรู้เรื่องการดูแลแผล การสังเกตอาการติดเชื้อ และการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล เน้นย้ำการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา การสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ และการมาตรวจติดตามผลเลือดตามนัด แนะนำการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซ้ำ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ บริหารข้อเท้าสม่ำเสมอ ดื่มน้ำให้เพียงพอ และการใช้ถุงน่องป้องกันหลอดเลือดดำตามคำแนะนำของแพทย์ สอนญาติเรื่องการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแรงซีกซ้าย อธิบายแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัว เน้นย้ำสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที โดยเฉพาะอาการหายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลัน เจ็บหน้าอก ขาบวมมากขึ้น หรือมีเลือดออกผิดปกติ การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถทบทวนแผนการดูแลได้ถูกต้อง จำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 2 ราย พบว่าแม้ผู้ป่วยทั้งสองจะได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกันและได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีเดียวกัน แต่ความรุนแรงของพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่มาพบแพทย์ และโรคร่วมที่มีอยู่เดิมเป็นตัวกำหนดความซับซ้อนของปัญหาทางการพยาบาลอย่างชัดเจน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ข้อ ซึ่งเน้นด้านจิตใจและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นหลัก ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ข้อ ที่ครอบคลุมทั้งปัญหาวิกฤตด้านการไหลเวียนโลหิต สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต

ประเด็นที่ 1 การมาพบแพทย์ล่าช้ากับความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาสะท้อนธรรมชาติของมะเร็งรังไข่ที่มักไม่แสดงอาการในระยะแรก สอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่กว่าร้อยละ 70 ได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคลุกลามแล้ว [1,2,3] กรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งมีอาการท้องโตขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีก้อนขนาดใหญ่กว่า 25 เซนติเมตร ร่วมกับน้ำในช่องท้องถึง 5,000 มิลลิลิตร แสดงให้เห็นถึงการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า และสัมพันธ์กับระดับ CA 125 ที่สูงกว่าอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าระดับ CA 125 มีความสัมพันธ์กับปริมาณก้อนมะเร็งและระยะของโรค[4,5,6] ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่สตรีในชุมชนเกี่ยวกับอาการเตือนที่ไม่จำเพาะของมะเร็งรังไข่ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น

ประเด็นที่ 2 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดหลายประการซ้อนทับกัน ได้แก่ ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายจากตัวโรคมะเร็ง ก้อนขนาดใหญ่ที่กดเบียดหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน และภาวะเคลื่อนไหวจำกัดจากโรคหลอดเลือดสมองเดิม ซึ่งครบองค์ประกอบของ Virchow's triad ทั้งสามด้าน สอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันสูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่า[8,9] การพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินขาทั้งสองข้างเปรียบเทียบกันอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณที่มีลิ่มเลือดโดยเด็ดขาด และการเฝ้าระวังภาวะ ลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอดซึ่งเป็นภาวะที่อาจทำให้เสียชีวิตเฉียบพลัน ผลการศึกษานี้สนับสนุนข้อเสนอว่าควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชทุกรายตั้งแต่แรกรับ

ประเด็นที่ 3 ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด การผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่และมีพังผืดในช่องท้องมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดปริมาณมาก ประกอบกับภาวะซีดที่มีอยู่เดิมทำให้

ผู้ป่วยทนต่อการสูญเสียเลือดได้น้อยลง[10] การที่กรณีศึกษาที่ 2 ผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้โดยไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว สะท้อนถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังเชิงรุก การประเมินสัญญาณเตือนตั้งแต่ระยะแรกของภาวะช็อก โดยเฉพาะการติดตามปริมาณปัสสาวะและระดับความรู้สึกตัวซึ่งเป็นตัวชี้วัดการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสำคัญและการรายงานแพทย์อย่างทันท่วงที

ประเด็นที่ 4 มิติด้านจิตใจและโรคร่วม กรณีศึกษาที่ 1 แม้จะมีพยาธิสภาพไม่ซับซ้อน แต่มีประวัติมะเร็งเต้านมมาก่อน ทำให้ประสบการณ์การเป็นมะเร็งซ้ำเป็นครั้งที่สองส่งผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงเป็นการพยาบาลที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าการดูแลด้านร่างกาย[11] ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายจากโรคหลอดเลือดสมองเดิมเป็นปัจจัยที่เพิ่มทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และภาระในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายจึงต้องครอบคลุมถึงผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทุกราย โดยเฉพาะการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก การประเมินภาวะน้ำในช่องท้อง และการประเมินภาวะโภชนาการ

2. ควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่และมีภาวะซีดก่อนผ่าตัด

3. ควรวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย โดยคำนึงถึงโรคร่วมและข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยแต่ละคน

4. ควรเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการสังเกตสัญญาณอันตรายและการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ด้านการพัฒนาระบบบริการ

1. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (clinical nursing practice guideline) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับการผ่าตัด ให้ครอบคลุมการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันและการเฝ้าระวังภาวะช็อก

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ควรส่งเสริมการให้ความรู้แก่สตรีในชุมชนเกี่ยวกับอาการเตือนของมะเร็งรังไข่ เพื่อลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา

ด้านการศึกษา

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์และขยายองค์ความรู้ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล แพทย์และทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนบุคลากรในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่ง และขอขอบพระคุณผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พร้อมทั้งญาติ ที่ให้ความร่วมมือและอนุญาตให้นำข้อมูลมาใช้ในการศึกษา ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อาบอรุณ เลิศขจรสุข.(2561). มะเร็งรังไข่. ใน: ตำราสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561.
2. ธันวา ตันสถิตย์, วิไล ชินธเนศ.(2561). มะเร็งนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

3. บุษบา สมใจวงษ์.(2559). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ หาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
4. วิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562.
5. สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษามะเร็งนรีเวช. กรุงเทพฯ: สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย; 2562.
6. กริชา ไม้เรียง.(2563). สารบ่งชี้มะเร็งกับการวินิจฉัยก้อนในอุ้งเชิงกราน. วารสารการแพทย์. 2563;15(2):45-52.
7. วสกร เสือดี.(2557). การผ่าตัดรักษามะเร็งรังไข่และการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัด. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2557;9(3):12-25.
8. สุเทพ จันทร์เทศ.(2561). ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยมะเร็ง: การวินิจฉัยและการรักษาวารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2561;28(2):123-132.
9. พิสมัย เจริญปัณญวิชย์, และคณะ.(2559). การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาล. 2559;65(3):40-48.
10. อัจฉรา บุญหนุน.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;40(2):45-58.
11. โรงพยาบาลตรัง.(2569). แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชแบบองค์รวม. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2569.
12. ศิริวรรณ ตั้งจิตสมใจ.(2560). การประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2560.

ผลการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

Effects of the Health Literacy Development Program among Anemic Pregnant Women at Khok Pho Chai Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

เบญจวรรณ รัตนวรรณ[1]
Benjawan Rattanawan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ร่วมกับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับค่าฮีมาโตคริตหลังเข้าร่วมโปรแกรม กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ร่วมกับการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น และตรวจพบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Hct < 33 Vol%) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ถึงหลังคลอด 1 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกค่าฮีมาโตคริต และแบบบันทึกน้ำหนักแรกเกิดของทารก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test, Cohen's d และ Fisher's Exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา: พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับค่าฮีมาโตคริต (Hct) หลังเข้าร่วมโปรแกรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หาความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก จำแนกตามน้ำหนักแรกเกิดของทารก (< 2,500 กรัม และ ≥ 2,500 กรัม) พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .018 และ p = .002 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าฮีมาโตคริต น้ำหนักทารกแรกเกิด
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effects of a health literacy program for pregnant women with anemia, and to examine the relationships between post-intervention health literacy levels, self-care behaviors, hematocrit levels and birth weight. This quasi-experimental research one-group pretest-posttest design combined with a correlational research design. The sample comprised 34 pregnant women receiving antenatal care at Khok Pho Chai Hospital, Khon Kaen Province, who were diagnosed with iron-deficiency anemia (Hct < 33 vol%) between 2022 October 1 to 2024 March 31. The intervention tool was a Health Literacy Development Program for pregnant women with anemia, program for 8 weeks through 1 week postpartum. The tools used for data collection were the general information questionnaire and a health literacy questionnaire, a self-care behavior questionnaire, a hematocrit record form and birth weight record

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย

form. Data were analyzed using descriptive statistics (percentages, means, standard deviations) and inferential statistics, including paired-samples t-test, Cohen's d, and Fisher's exact test. with the significance level set at 0.05.

Results: The findings revealed that after intervention, the mean health literacy was statistically significantly higher than that before receiving the program ($p < .05$). Similarly, the mean self-care behavior score for promotion program was statistically significantly higher than that before receiving the program ($p < .05$), and the mean hematocrit (Hct) level was statistically significantly higher than that before receiving the program ($p < .05$). the relationship with birth weight (< 2,500 g and ≥ 2,500 g), post-intervention health literacy levels and self-care behavior levels were significantly associated with birth weight ($p = .018$ and $p = .002$ respectively).

Keywords: Health literacy Self-care behaviors Hematocrit Birth weight Pregnant women with anemia

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด[1] และมีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและด้านสติปัญญาของทารกด้วย โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง[2]

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2023 หญิงตั้งครรภ์อายุ 15–49 ปีทั่วโลกมีความชุกของภาวะโลหิตจางประมาณร้อยละ 35.5[3] สำหรับประเทศไทย ปี 2560-2562 พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.35 16.03 และ 16.45 ตามลำดับ[4] จังหวัดขอนแก่นพบ 17.60 15.40 และ 18.43 ตามลำดับ และอำเภอโคกโพธิ์ไชย ปี 2560-2564 พบ 19.72 18.30 15.00 12.78 11.86 ตามลำดับ[5] กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีอัตราของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 10[6] จากปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม การฝากครรภ์เป็นขั้นตอนสำคัญในการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การใช้ยา การประเมินความเสี่ยง และการส่งเสริมการดูแลตนเอง การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่เพียงพอจะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ รวมถึงองค์การอนามัยโลกเน้นว่าการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพควรให้ข้อมูล การสนับสนุน และการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องร่วมกับสนับสนุนการใช้ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางตามบริบทและแนวทางของประเทศ รวมถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความเหมาะสมต่อการพัฒนาความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ สื่อสาร ประเมินข้อมูล ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเอง

จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของนัทบีม[7] ซึ่งแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความ รอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์(interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น วิจารณญาณ (critical health literacy) เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะ เกิดขึ้นกับมารดาและทารก ได้เล็งเห็น

ความสำคัญของการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบบริการฝากครรภ์อย่างรวดเร็วและได้รับการประเมินตั้งแต่ไตรมาสแรก ซึ่งอาจช่วยลดผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อมารดาและทารกได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย จากการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม มีแนวทางขับเคลื่อนทักษะ 6 ด้าน มาออกแบบพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางพัฒนาความโดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลให้เกิดความเข้าใจตรงกันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อันจะนำไปสู่การสร้างสุขภาวะที่ดีให้แก่มารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริต ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับค่าฮีมาโตคริตหลังการทดลองกับน้ำหนักทารกแรกเกิดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
3. เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ร่วมกับการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) หลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ทีมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่นระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2567 มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ทีมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น และตรวจพบว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power กำหนด Effect Size 0.5, Power of Analysis 0.80[8] และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทดสอบแบบ One-tailed ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 (Attrition rate) การวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1) ตั้งครรภ์เดี่ยวและมีอายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์

2) มีระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 ในการตรวจเลือดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์

3) มีผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมียปกติ ค่าเอ็มซีวี (MCV) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 fl และดีซีไอพี (DCIP) เป็นลบ

4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และสูติกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือตั้งครรภ์แฝด

5) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนด้วยภาษาไทย และสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์

6) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการศึกษาได้

2) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตกเลือดก่อนคลอด ครรภ์แฝด โรคเลือด หรือทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ถึงหลังคลอด 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) แนะนำข้อมูลและให้ความรู้ (45–60 นาที) โดยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ก่อนเรียน (Pre-test) สอนโปรแกรมความรอบรู้ 6 ด้าน และเสริมแรงนัดหมาย

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2–3) ติดตามและให้คำปรึกษาเฉพาะราย (5–10 นาที/ครั้ง) ผ่านทางแอปพลิเคชัน LINE หรือการโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4–5) ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (30 นาที) เข้าพบตามนัด แลกเปลี่ยนแนวทางแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจ และติดตามผ่าน LINE Group "หญิงตั้งครรภ์ รพ.โคกโพธิ์ไชย" โดยมีแอดมินดูแล

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6-7) ติดตามเยี่ยมบ้าน (30–40 นาที) เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และกำกับติดตามประเมินผลการปฏิบัติตัว

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ติดตามและประเมินผล (60 นาที) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมหลังการทดลอง (Post-test) ร่วมกับการตรวจติดตามค่าฮีมาโตคริต (%Hct)

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 1 หลังคลอด): ติดตามการเยี่ยมบ้านหลังคลอด (30–40 นาที) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่, ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด และไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

โดยใช้เกณฑ์การวัดแบบอ้างอิงเกณฑ์[9] ได้ดังนี้

สูง หมายถึง ได้คะแนน 13 – 16 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 10 – 12 คะแนน

ต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 0 – 9 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (interval scale) เกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ[10] ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

โดยการแปลผลค่าคะแนนโดยคำนวณหาช่วงการวัดของ Best[11] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 2.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.00 – 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงคือค่าฮีมาโตคริต วัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์น้ำหนักทารกแรก วัดผลหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1) เอกสารบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน เป็นแบบฟอร์มที่ให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกอาหารที่รับประทานทุกมื้อใน 1 วัน โดยบันทึกติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ก่อนพบกับพยาบาล ที่แผนกฝากครรภ์ตามนัด

2) เอกสารบันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกวันติดต่อกัน 8 สัปดาห์

3) แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หญิงตั้งครรภ์

4) อินโฟกราฟิก (infographic) เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดูแลตนเองในภาวะโลหิตจาง

การตรวจสอบคุณภาพของของเครื่องมือ

1. แผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง นำเครื่องมือมาตรวจหาประสิทธิภาพโดยนำแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้นำให้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา ความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาทำการตรวจสอบตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(content validity) ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน ท่าน ได้แก่สูติแพทย์ชำนาญการ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้างานคลินิกสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน และเพื่อตรวจสอบรายละเอียดและพิจารณาความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การใช้ภาษาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.734 เมื่อได้รับการตรวจที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) โดยนำทดสอบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ที่จำนวน 34 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์ทางคลินิก โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับค่าฮีมาโตคริต ของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical Data) ได้แก่ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับค่าฮีมาโตคริตหลังการทดลองกับกับกลุ่มน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยใช้สถิติทดสอบ Fisher's Exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่ามีอายุ ระหว่าง 20 – 34 ปี ร้อยละ 82.24 และ ร้อยละ 91.18 สถานภาพสมรสเป็นคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 58.82 และร้อยละ 38.24 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือแม่บ้าน ส่วนใหญ่มี

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 38.24 และพบว่ามีลำดับการตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 82.35

2. ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.29 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.71 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังได้รับการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -11.43, P-value < .001) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -4.70 (95% CI: -5.738 ถึง -3.850) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลของโปรแกรม/นวัตกรรม พบว่ามีค่า Cohen's เท่ากับ 1.77 ซึ่งแสดงว่าการทดลองนี้มีขนาดอิทธิพลต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงมาก ดังตารางที่ 1

3. ผลการเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พบว่าในภาพรวมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 94.12 (ค่าเฉลี่ย = 3.26, S.D. = 0.20) รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.88 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.32, p < .001) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.60 (95% CI: -0.727 ถึง -0.467) และมีขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's d = 1.60) ดังตารางที่ 2

4. ผลการเปรียบเทียบระดับค่าฮีมาโต คริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พบว่า ระดับค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง มีระดับค่าฮีมาโตคริตที่ผิดปกติ (<33 Vol%) ร้อยละ 100 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีระดับค่าฮีมาโตคริต ระดับปกติ (>33 Vol%) เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 70.59 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า ระดับค่าฮีมาโตคริตเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -5.83, p < .001) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ -2.15 (95% CI: -2.895 ถึง -1.398) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	$\overline{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	P-value	Cohen's
ก่อนทดลอง	34	10.58	2.19	-4.7	-5.738 ถึง -3.850	-11.43	< 0.001	1.77
หลังทดลอง	34	15.38	2.38					

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	n	$\overline{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	P-value	Cohen's
ก่อนทดลอง	34	2.67	0.35	-0.60	-0.727 ถึง -0.467	-9.32	< 0.001	1.60
หลังทดลอง	34	3.27	0.20					

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับค่าฮีมาโตคริต	n	$\overline{X}$	S.D.	95% CI	t	P-value	Cohen's
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34	31.56	1.41	-2.895 ถึง -1.398	-5.83	< 0.001	1.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	34	33.71	2.78				

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

5.1 **ระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง** พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.018) โดยกลุ่มทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัม ขึ้นไป มารดาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.62 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.38 ในขณะที่กลุ่มทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนัก < 2,500 กรัม มารดาทั้งหมด มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100

5.2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด ร้อยละ 100เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.002) โดยกลุ่มที่ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป มีสัดส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีมากสูงกว่ากลุ่มที่ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

5.3 ระดับค่าฮีมาโตคริตหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.508) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกับน้ำหนักทารกแรกคลอด

ตัวแปร	n = 34	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (หลังทดลอง)				
สูง	29 (85.29)	0 (0.00)	29 (90.62)	0.018*
ปานกลาง	5 (14.71)	2 (100.00)	3(9.38)	
ต่ำ	0	0	0	
ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (หลังทดลอง)				
ดีมาก	32 (94.12)	0 (0.00)	32 (100.00)	0.002*
ปานกลาง	2 (5.88)	2 (100.00)	0	
น้อย	0	0	0	
ระดับค่าฮีมาโตคริต (หลังทดลอง)				
< 33	10 (29.41)	1 (50.00)	9 (28.12)	0.508
≥ 33	24 (70.59)	1 (50.00)	23 (71.88)	

*p < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นตามแนวคิดของนัทบีม เกิดการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จนถึงระดับที่สามารถคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ และการตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ[12] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ภายหลังการทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ[13] พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการพัฒนาความรู้ แก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้มากขึ้น เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น ช่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมให้คำแนะนำและกำลังใจหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง อีกทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการพัฒนาความรู้และทักษะปรับเปลี่ยนความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้มากขึ้น[(14)] เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้นการที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางปรับตัวดีขึ้นอย่างชัดเจนนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากกระบวนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมที่ส่งเสริมทั้ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงปฏิบัติต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับ[15] พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ[8] ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กถูกต้องเหมาะสม

การที่ระดับค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ยกระดับสูงขึ้นจนกลับเข้าสู่เกณฑ์ปกติหลังการทดลอง ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ทางชีววิทยาและทางคลินิก ที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาบำรุงเลือดอย่างได้ผล ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอถูกต้อง ทำให้ร่างกายได้รับธาตุเหล็กอย่างเพียงพอไปใช้ในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoiesis) ส่งผลให้ระดับค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ[16] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรม ร่วมกับคำแนะนำตามปกติจากคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง การรับประทานยาที่เหมาะสม อาการข้างเคียงของยา และปัญหาที่พบในการรับประทานยา หลังการทดลองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่า ดังนั้นบทบาทพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและ รายบุคคล เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ความรุนแรง ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา การรับประทานอาหาร และวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่

เหมาะสม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีระดับค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ[17] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทารกได้รับการเลี้ยงดูและเจริญเติบโตในครรภ์อย่างสมบูรณ์จนมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (≥ 2,500 กรัม)

พฤติกรรมการดูแลตนเองส่งผลต่อผลลัพธ์การเจริญเติบโตและน้ำหนักแรกเกิดของทารกอย่างเป็นรูปธรรม การที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนอยู่ในระดับดีมากอย่างเคร่งครัด ทั้งการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีธาตุเหล็กสูง การรับประทานยาบำรุงเลือดอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการสังเกตความผิดปกติของตนเอง จะช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ทารกมีการเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน (≥ 2,500 กรัม) สอดคล้องกับการศึกษาของ[17] พบว่ามารดาที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางถึงน้อยมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย คณะกรรมการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย และขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลอย่างเต็มใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Shi, H., Chen, L., Wang, Y., Sun, M., Yim, S. F., & Chang, A. M. (2022). Severity of anemia during pregnancy and maternal and fetal outcomes: A retrospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth, 22(1), 1–10.
2. Mir MK, Yousaf S, Ilyas A, Tahir S. Maternal anemia is a risk factor for low birth weight babies at term. Pakistan J Med Heal Sci 2016;10(3): 741–3.
3. World Health Organization (2023). Accelerating anaemia reduction: a comprehensive framework for action [Internet].2023 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/367661.
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2560–2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/
5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.
7. Best, J. W. (1977). Research in education (3rd ed.). Prentice-Hall.
8. Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, University of California. Boudewijn, B., Steunenberg, B.
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). วิทยาการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5).ยูเนี่ยนไทม์ส.

10. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd. อ้างอิงใน สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553
11. ดวงหทัย เกตุทอง. (2562). การใช้โปรแกรมเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี. สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย.
12. สมาพร สุรเตมีย์กุล, และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2564). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44(4), 41–54.
13. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.
14. อัจฉราวดี มั่งจิตร. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(2), 310–321.
15. ศิริกนก กลั่นขจร. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 25–34.
16. นงเยาว์ สุวานิช. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(3), 45–56

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
Nursing Care for Mothers in Preterm Labor Who Use Substances: A Comparative Case Study Two Cases.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

นัยนา ปาระมี[1]
Naiyana Paramee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษารายกรณี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษามารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้คลอดอายุ 23 ปี G2P1001 ไม่ได้ฝากครรภ์ Last child 7 ปี 2 - 3 วันก่อนมา รพ.ใช้ยาบ้า ด้วยวิธีสูดดม ดื่มเบียร์ขณะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนคลอด มาโรงพยาบาลโดย ทีมกู้ชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ออกเหตุรับที่บ้าน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมา 2 ชม 5 นาที ร่วมกับปากมดลูกเปิด 1 cm ผล USG at LR GA $35^{2/7}$ wk, Breech presentation ผ่าตัดคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,380 กรัม ตัวยาว 48 ซม. ประเมิน APGAR SCORE = 5, 6, 9 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX 68 mg/dl, Hct 50% ทารกหลังคลอดมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ต่อมาหลังคลอด 9 ชั่วโมงแรก มีภาวะหายใจลำบาก หายใจเร็วตื้น RR 60-78 bpm On High flow 4 LPM, FiO2 0.4, Try wean off อยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 9 วัน อาการดีขึ้นกุมารแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 G4P3003 ไม่ทราบอายุครรภ์ Last child 1 ปี ไม่ได้ฝากครรภ์ เริ่มเสพยาบ้าตั้งแต่อายุ 16 ปี เสพต่อเนื่อง ขณะตั้งครรภ์เสพตลอดจนคลอด ด้วยวิธีสูดดม สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ 1 วันก่อน มีน้ำใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด แรกรับ ปากมดลูกเปิด 10 ซม น้ำคร่ำมีกลิ่น คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,510 กรัม ตัวยาว 50 ซม. แรกเกิด ประเมิน APGAR = 9, 10, 10 ประเมิน Ballard score GA 35 wk ทารกหลังคลอด 1 ชั่วโมงแรก DTX 77 mg/dl, Hct 47 % ทารกหลังคลอดมีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิด และภาวะหายใจล้มเหลว กุมารแพทย์จึงส่งต่อทารกไปรักษาที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

คำสำคัญ: การพยาบาล, คลอดก่อนกำหนด, สารเสพติด

Abstract

This study employed an individual case study design. Its objective was to examine nursing care for mothers in preterm labor who used substances through a comparative study of two cases admitted to the labor room at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province. The two women with preterm labor were compared using Gordon's 11 Functional Health Patterns and the nursing process as frameworks for nursing care planning.

The findings showed that Case 1 was a 23-year-old woman, G2P1001, who had received no antenatal care. Her last childbirth had been 7 years earlier. Two to three days before hospital admission, she had used methamphetamine by inhalation and had continued drinking beer throughout pregnancy until delivery. The Ban Phai Hospital emergency medical services team transported her from her home. She had experienced blood-stained mucus vaginal discharge for 2 hours and 5 minutes before presentation, and her cervix was dilated to 1 cm. Ultrasonography in the labor room indicated a gestational age of $35^{2/7}$ weeks and breech presentation. A cesarean section was performed. The male neonate had a birth weight of 2,380 g and a length of 48 cm, with Apgar scores of 5, 6, and 9. During the first 2 hours after birth, the neonate's DTX was

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

68 mg/dL and hematocrit was 50%. The neonate experienced birth asphyxia. At 9 hours after birth, respiratory distress developed, with rapid, shallow breathing at 60–78 breaths/min. High-flow oxygen was administered at 4 L/min with an FiO_2 of 0.4, followed by an attempt to wean the neonate from respiratory support. The neonate remained hospitalized for an additional 9 days. After clinical improvement, the pediatrician approved discharge. Case 2 was G4P3003, with an unknown gestational age. Her last childbirth had been 1 year earlier, and she had received no antenatal care. She began using methamphetamine at 16 years of age and continued using it by inhalation throughout pregnancy until delivery. She also smoked cigarettes during pregnancy. One day before presentation, clear fluid began leaking from the vagina. On admission, the cervix was fully dilated to 10 cm, and the amniotic fluid had a foul odor. She delivered vaginally. The female neonate had a birth weight of 2,510 g and a length of 50 cm, with Apgar scores of 9, 10, and 10. The Ballard score indicated a gestational age of 35 weeks. During the first hour after birth, the neonate's DTX was 77 mg/dL and hematocrit was 47%. The neonate developed congenital pneumonia and respiratory failure; therefore, the pediatrician referred the neonate to a tertiary care hospital in the province.
Keywords: nursing care, preterm labor, substance use

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) นับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพโดยรวม แม้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้น แต่ทารกกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจ ภาวะติดเชื้อ ความผิดปกติทางพัฒนาการ และความบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและทารกในระยะยาว องค์การอนามัยโลก [WHO] รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ในปีงบประมาณ 2566 – 2568 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 10.44, 9.99 และ 10.14 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 อัตราการคลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 12.37, 9.71 และ 10.02 ตามลำดับ แยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดขอนแก่น มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.72, 8.53 และ 7.67 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูล แยกระดับอำเภอ รายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลบ้านไผ่ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 8.29, 8.14 และ 7.31 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบ สรุปรายงานการคลอด และการป่วย/การตายของมารดาและทารก (ก-2) โรงพยาบาลบ้านไผ่ อัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 6.73, 7.79 และ 7.71 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกัน[1,2]

การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด (tocolysis) เป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการยับยั้งการคลอดจะประสบผลสำเร็จในระยะเฉียบพลัน แต่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเจ็บครรภ์ซ้ำ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทันท่วงที ในปีงบประมาณ 2566 – 2568 จากฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลบ้านไผ่ พบจำนวนหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยับยั้งการคลอดสำเร็จ 81, 71 และ 55 ราย ตามลำดับ จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลับมายับยั้งการคลอดซ้ำ 13, 9, 8 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ อายุครรภ์ที่พบส่วนใหญ่ 30 – 36 สัปดาห์ 6 วัน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายอย่างใกล้ชิดและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[3,4]

การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังการคลอดจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน รวมทั้งปัญหาด้านสังคม ที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะต้องให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก และต่อเนื่องตลอดระยะการตั้งครรภ์ การเกิดภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมทั้งต่อมารดาและทารกภายหลังคลอด เช่น ปัญหาของอาการถอนพิษยาในมารดาหรือทารกแรกเกิด การเลี้ยงดูทารก การเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโอกาสเสี่ยงต่อการที่มารดากลับไปเสพยาซ้ำอีก การบริการห้องคลอดที่จะพบผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น สรุปรายงานการคลอด และการป่วย/การตายของมารดาและทารก (ก-2) โรงพยาบาลบ้านไผ่ ปีงบประมาณ 2566 – 2568 พบจำนวนมารดาคลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด จำนวน 12, 9, และ 16 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด 4, 1 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33, 11.11, 25.0 ตามลำดับ พบไม่ฝากครรภ์ 2, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ ทำให้เกิดปัญหาในการดูแล ขาดความรู้ ขาดทักษะในการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน[5] การพยาบาลมารดาที่คลอดและติดสารเสพติดเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงทั้งทางกายภาพและจิตใจ กรณีศึกษานี้อาจครอบคลุมถึงแนวทางในการดูแลมารดาที่มีประวัติเสพสารเสพติด ซึ่งต้องการการเฝ้าระวังทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก การพยาบาลในกรณีนี้จำเป็นต้องให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การจัดการความเจ็บปวด และการส่งเสริมความรู้สึกเป็นแม่ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสารเสพติดเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น[6,7,8]

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ให้มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษามารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เพื่อหาโอกาสพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติด ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด โดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการพยาบาล [10,12]

2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด เปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย โดยมารดาทั้ง 2 รายใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 27 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 2 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 4 กันยายน 2568 จากข้อมูลเวชระเบียน สัมภาษณ์ สังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล นำสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติดต่อไป [10,12]

ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (case study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผน

สุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะฟื้นฟู/วางแผนการจำหน่าย [12]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 23 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

รับไว้ในการดูแลวันที่ วันที่ 27 กรกฎาคม 2568 เวลา 07.35 น. มาโรงพยาบาลโดย ทีมกู้ชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ออกเหตุรับที่บ้าน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมา 2 ชม 5 นาที ร่วมกับปากมดลูกเปิด 1 cm G_2P_{1001} Last child 7 ปี ไม่ได้ฝากครรภ์ 2 - 3 วันก่อนมา รพ.ใช้ยาบ้าด้วยวิธีสูดดม ดื่มเบียร์ขณะตั้งครรภ์ ผล USG at LR GA $35^{2/7}$ wk, Breech presentation ได้รับการผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LAB I ANC ผล Anti-HIV = Negative, HBsAg=negative, VDRL=Non reactive, Blood gr O, Rh +, DCIP=Positive, Hct 23 Vol%, MCV 72 เป็นพาหะธาลัสซีเมีย ไม่มีผล Hemoglobin typing ไม่มีผลเลือดสามี ทีมกู้ชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ออกเหตุรับที่บ้าน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน มีมดลูกหดรัดตัว Duration 20 วินาที Interval 2 นาที Intensity 2+ เสียงหัวใจทารก 118 ครั้ง/นาที EFM: FHS baseline 110 ครั้ง/นาที แปลผล FHR tracings = **Category II, IUR** ปากมดลูกเปิด 1 cm เข้าสู่ระยะ True labor ความบางของปากมดลูก 25 % station -2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation Room air 99 % ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ CBC : WBC 16,520 cell/uL, Neutrophil 81% Urine Analysis ผล WBC 3-5 /HP, Bacteria few ตรวจ Urine amphetamine พบสารเสพติด ผลตรวจ USG พบ ทารกท่าก้น มารดาไม่ได้รับยายับยั้งคลอด ได้รับยากระตุ้นสาร Surfactant ปอดของทารก คือ Dexamethasone 1 dose แพทย์วินิจฉัย Maternal care for Breech presentation with Preterm labor with Acute Hemorrhagic anemia with Maternal care for Amphetamine used จึงได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ $35^{2/7}$ สัปดาห์ by USG วันที่ 27 กรกฎาคม 2568 เวลา 13.32 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,380 กรัม แรกเกิดตัวเขียวทั้งตัว แขนขาไม่ขยับ อ่อนปวกเปียก ไม่ร้อง ไม่active กุมารแพทย์ประเมิน APGAR 5 - 6 – 9 ประเมิน Ballard score GA $34^{6/7}$ wk, AGA แพทย์วินิจฉัย Preterm with LBW with Birth Asphyxia with RD with Maternal amphetamine abuse Oxygen saturation Room air 90 – 92 % ให้ Oxygen Box 5 LPM, Oxygen saturation Room air 95 – 97 % ประเมิน neonatal abstinence score ทุก 4 ชม ย้ายตึกหลังคลอดตามมารดา ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด งดนมมารดา ทารกได้ Infant formular เสริม และทารกมีภาวะ Birth Asphyxia, respiratory distress หลังคลอด 9 ชั่วโมงแรก มี

ภาวะหายใจลำบาก หายใจเร็วตื้น RR 60-78 bpm On High flow 4 LPM, FiO_2 0.4, Try wean off วินิจฉัยมารดาครั้งสุดท้าย Emergency cesarean section with TR ขณะให้การดูแลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย และทารกแรกเกิด ขณะให้การพยาบาลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทั้งหมด 16 ข้อ ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 16 ข้อ บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทุกข้อ มารดาคลอดก่อนกำหนดใช้สารเสพติดกลับบ้านโดยแพทย์อนุญาต วันที่ 30 กรกฎาคม 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน และทารกกลับบ้านโดยแพทย์อนุญาตวันที่ 5 สิงหาคม 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 9 วันและนัดตรวจหลังคลอดวันที่ 11 สิงหาคม 2568 ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 25 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

รับไว้ในการดูแลวันที่ วันที่ 2 กันยายน 2568 เวลา 08.00 น. เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำใสๆ ออกเพิ่ม ก่อนมา 2 ชม ให้ประวัติเพิ่มเติม 1 วันก่อน มีน้ำใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด (1 กันยายน 2568 เวลา 08.00น.) ไม่เจ็บครรภ์ ไม่ได้ฝากครรภ์ เริ่มเสพยาบ้าตั้งแต่อายุ 16 ปี เสพต่อเนื่อง ขณะตั้งครรภ์เสพตลอด ด้วยวิธีสูดดม สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ แรกรับ at LR G_4P_{3003} ไม่ทราบอายุครรภ์ Last child 1 ปี ได้รับการผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LAB I ANC ผล Anti - HIV = Negative, HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive, Blood gr B, Rh + , DCIP = Negative , Hct 35 Vol% , MCV 87 ไม่มีผลเลือดสามี น้ำเดิน มีมดลูกหดรัดตัว Duration 40 วินาที Interval 2 นาที Intensity 2+ เสียงหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที EFM: FHS baseline 140 ครั้ง/นาที แปลผล FHR tracings = **Category I** ปากมดลูกเปิด 10 cm ความบางปากมดลูก (effacement) 100% น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/77 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation Room air 99 % ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ CBC : WBC 21,260 cell/uL, Neutrophil 86% Urine amphetamine พบสารเสพติด มารดาไม่ได้รับยายับยั้งคลอด ไม่ได้รับยากระตุ้นสาร Surfactant ปอดของทารก แพทย์วินิจฉัย Preterm labor with Maternal care for Amphetamine used คลอดปกติ อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ by BS วันที่ 2 กันยายน 2568 เวลา 08.18 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,510 กรัม แรกเกิดประเมิน APGAR 9 - 10 – 10 ประเมิน Ballard score GA 35 wk, แพทย์ วินิจฉัยPreterm with Maternal chorioamnionitis with Congenital Pneumonia with Respiratory failure Oxygen saturation Room air 97% หลังคลอดนาทีที่ 57 RR 60 bpm มี retraction กุมารแพทย์ พิจารณา PPV PIP 20 PEEP 5 เวลา 10.00น. On ET-tube No.3.5 ขีด 8 On OG, Oxygen saturation 99% refer KKH เวลา 11.00น. มารดาย้ายตึกหลังคลอดไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ขณะให้การดูแลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย และทารกแรกเกิด ขณะให้การพยาบาลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทั้งหมด 13 ข้อ ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 13 ข้อ บรรลุเป้าหมายการพยาบาล 11 ข้อ มารดาคลอดก่อนกำหนดใช้สารเสพติด กลับบ้านโดยแพทย์อนุญาต วันที่ 4 กันยายน 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 2 วัน และนัดตรวจหลังคลอดวันที่ 11 กันยายน 2568 ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

จากการศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายในครั้งนี้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติงาน ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1.มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากใช้ยาบ้าก่อนมาโรงพยาบาล

2.มารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว

3.ส่งเสริมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอด

4.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว ออกซิเจนไปยังรกลดลง

5.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)

6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดระยะผ่าตัดคลอดในห้องผ่าตัด

7.มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

9.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

10.ทารกหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะถอนยา เนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์

11.ทารกเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากระบบหายใจยังไม่สมบูรณ์

12.ทารกเสี่ยงต่อภาวะตัวเย็นเนื่องจากพื้นที่ผิวมากและระบบควบคุมอุณหภูมิยังไม่สมบูรณ์

13.ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์

14.มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

15.มีความวิตกกังวลร่วมกับขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย และอาการเจ็บป่วยของบุตร

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย พบว่า ข้อมูลทั่วไป คืออายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ไม่มีรายได้ และสถานภาพสมรส เหมือนกันทั้ง 2 ราย แตกต่างกันพื้นที่อาศัย กรณีศึกษาที่ 1 พื้นที่อำเภอโนนศิลา กรณีศึกษาที่ 2 อำเภอบ้านไผ่ ข้อมูลการเจ็บป่วย เหมือนกัน ครรภ์หลังไม่ได้ฝากครรภ์ และมีประวัติใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง และไม่ได้ยายับยั้งเหมือนกัน สาเหตุเพราะกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาล มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมา 2 ชม 5 นาที ร่วมกับปากมดลูกเปิด 1 cm เข้าสู่ระยะ True labor ทารกท่าก้น ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาถึงโรงพยาบาลขณะที่ปากมดลูกเปิดหมด ทำให้การประเมินความเสี่ยง การคัดกรองโรคร่วม การวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดทำได้จำกัด กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 คลอดก่อนกำหนดช่วงอายุครรภ์ประมาณ 35 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากเขตสุขภาพที่ 8 ระบุว่า วิกฤตยาเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ : ผลกระทบของแอมเฟตามีนและกัญชาต่อแม่และลูก” ช่วงปี 2566-2568 สถานการณ์และผลกระทบของการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามีนและกัญชา) พบว่าการได้รับแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยและทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายงานความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น และน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยลดลงในกลุ่มที่ได้รับแอมเฟตามีน นอกจากนี้การศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเมทแอมเฟตามีนมีอัตราคลอดก่อนกำหนดสูงมาก อยู่ที่ 4.11 เท่า ส่วนทารกมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ อยู่ที่ 3.97 เท่า จึงสนับสนุนว่าปัจจัยการใช้สารเสพติดและการขาดการฝากครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ของมารดาและทารก[1,6,7,8,9]

กรณีศึกษารายที่ 1 ทารกท่าก้นร่วมกับมารดามีภาวะซีด และมีผล FHR tracings = **Category II** จึงได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ส่งผลให้การพยาบาลมุ่งเน้นการเตรียมผู้คลอดก่อนผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดระหว่างและภายหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแล

แผลผ่าตัดอย่างเหมาะสม ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาในระยะที่ 1 ของการคลอด ปากมดลูกเปิดหมด มีประวัติน้ำเดินนานประมาณ 24 ชั่วโมง และน้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น ย้ายคลอดทางช่องคลอด จึงเกิดผลกระทบต่อทารกแรกเกิดมากกว่า ความแตกต่างดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจทางการพยาบาลจำเป็นต้องพิจารณาตามระดับความเร่งด่วน สภาพปัญหาเฉพาะราย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและทารกอย่างรอบด้าน[4,6,8,9]

ความแตกต่างด้านผลลัพธ์ทารกแรกเกิด

ทารกของกรณีศึกษารายที่ 1 ทารกน้ำหนักน้อย มีภาวะ birth asphyxia และ respiratory distress หลังคลอด ต้องได้รับออกซิเจนและเฝ้าระวังอาการถอนยา ภายหลังคลอดทารกมีภาวะหายใจเร็วตื้น On High flow 4 LPM, FiO2 0.4, Try wean off ได้รับการรักษาจนอาการปลอดภัย ที่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ ไม่ได้ส่งต่อ สามารถกลับบ้านพร้อมมารดาได้ ขณะที่ทารกของกรณีศึกษารายที่ 2 ทารกน้ำหนักปกติ APGAR score อยู่ในเกณฑ์ดีกว่าในช่วงแรก แต่ภายหลังมีอาการหายใจเร็ว มี retraction ต้องได้รับ PPV ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์วินิจฉัย congenital pneumonia with respiratory failure และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ภาวะวิกฤตของทารก กรณีศึกษารายที่ 2 สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดและ chorioamnionitis มีความสัมพันธ์กัน[4]

ข้อเสนอแนะของการศึกษาในครั้งนี้

จากการศึกษากรณีมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย พบว่า ไม่ฝากครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพสามารถช่วยคัดกรองและการรักษาปัญหาทางสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามยังคงมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อคุณภาพของการฝากครรภ์ การศึกษา พบว่า การมาฝากครรภ์เร็วเป็นผลลัพธ์ของเครือข่าย การสนับสนุนในครอบครัว และความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับชุมชน มากกว่าปัจจัยด้านบุคคลหรือเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว จึงควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมบทบาทคู่สมรส และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงได้ง่ายและทั่วถึงในระดับพื้นที่ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในหน่วยงาน

2.ควรพัฒนาทักษะและฟื้นฟูความรู้การพยาบาลกู้ชีพทารกแรกเกิด (Neonatal Resuscitation Protocols) ในห้องคลอดให้กับพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเป็นการเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

3.สร้างเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care Network) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเสพสารเสพติดซ้ำในหญิงหลังคลอด

4.เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างอสม. – รพ.สต. – อบต. – ชุมชนในการสนับสนุนการมาฝากครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย.(2569). ห่วงวิกฤต! หญิงตั้งครรภ์ใช้ยาเสพติด พบ 80% ไม่ฝากครรภ์ เสี่ยงเด็กคลอดก่อนกำหนด–พัฒนาการผิดปกติ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.thaihealth.or.th/p/0Ft53atbb
2. ฐานข้อมูล HDC เขตสุขภาพที่ 7. ข้อมูลอัตราการคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 7 และโรงพยาบาลบ้านไผ่ [ฐานข้อมูลภายใน]. 2566–2568.
3. ฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลบ้านไผ่. ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและยับยั้งการคลอดสำเร็จ [ฐานข้อมูลภายใน]. 2566–2568.
4. พิมพนิตย์ พ, แสนรังค์ ป, อินทรเกษม ศ.(2568). ปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2568;9:1-12.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2567). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงจาก: https://www.rtcog.or.th/content/readfiles/8
6. วิลาสิณี งามอักษร.(2568). การพยาบาลมารดาคลอดที่ติดสารเสพติด: กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2025/01/บทความเผยแพร่ในวารสาร-วิลาสินี.pdf
7. วรรณภา เจริญสอน.(2568). การพยาบาลมารดาคลอดฉุกเฉินที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://sbo.moph.go.th/sbo/file/Document25.pdf
8. วรางคณา ชัชเวช.(2562). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562. เข้าถึงจาก: https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำราการพยาบาลมารดา%20ทารก%2520และการผดุงครรภ์2เล่ม1.pdf
9. วรางคณา ชัชเวช.(2562). การพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562. เข้าถึงจาก: https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำราการพยาบาลมารดา%20ทารก%2520และการผดุงครรภ์2เล่ม1.pdf
10. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ.(2565). การประเมินภาวะสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
11. ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านไผ่.(2568). รายงานทะเบียนผู้คลอดโรงพยาบาลบ้านไผ่ ขอนแก่น [ฐานข้อมูลภายใน]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลบ้านไผ่; 2568.
12. Gordon M.(1994). Nursing diagnosis: process and application. New York: McGraw-Hill; 1994.
13. World Health Organization.(2023). Preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 May 10. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

ประสิทธิผลของการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย
Effectiveness of Postpartum Care Using Thai Traditional Medicine at Kantharawichai Hospital.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

จรัญญา อุทาทิพย์[1] วิมลิน ใจเอื้อ[1] พิมลดา ลัดดางาม[2]
Jaranya Uthathip[1] Wimalin jai-ouea[1] Pimlada Luddangam[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยต่อน้ำหนักตัวและขนาดรอบเอวของมารดาหลังคลอด และศึกษาความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อบริการบริบาลมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกันทรวิชัย กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 40 ราย จากผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 53 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบริบาลซึ่งประกอบด้วย การนวดไทย การประคบสมุนไพร การทับหม้อเกลือ การอบไอน้ำสมุนไพร และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง 15 นาที ติดต่อกัน 5 วัน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกสัดส่วนร่างกาย เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีแบบไม่อิสระ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 95.0 มีอายุระหว่าง 21–30 ปี ร้อยละ 82.5 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 62.5 ภายหลังได้รับการบริบาลครบ 5 ครั้ง ก่อนได้รับการบริบาล กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 70–79 กิโลกรัมมากที่สุด (ร้อยละ 45.0) หลังได้รับการบริบาลครบ 5 ครั้ง ช่วงที่พบมากที่สุดเปลี่ยนเป็น 60–69 กิโลกรัม (ร้อยละ 50.0) สัดส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 70 กิโลกรัมขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 52.5 เป็นร้อยละ 37.5 สัดส่วนมารดาที่มีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรลดลงจากร้อยละ 97.5 เป็นร้อยละ 70.0 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 70.90 กิโลกรัม (SD = 6.89) เป็น 67.18 กิโลกรัม (SD = 6.76) ผลต่างเฉลี่ย 3.72 กิโลกรัม หรือลดลงร้อยละ 5.25 ของน้ำหนักเริ่มต้น และค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอวลดลงจาก 84.45 เซนติเมตร (SD = 2.51) เป็น 82.30 เซนติเมตร (SD = 2.85) ผลต่างเฉลี่ย 2.15 เซนติเมตร หรือลดลงร้อยละ 2.55 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนความพึงพอใจต่อบริการมารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจต่อบริการโดยรวมในระดับมากที่สุด (M = 4.50 SD = 0.64) โดยด้าน ความเอาใจใส่กระตือรือร้น และเต็มใจให้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.73, SD = 0.45) รองลงมาคือ ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนน้อม และเป็นกันเอง (M = 4.70, SD = 0.46) และความชัดเจนในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์(M = 4.56, SD = 0.50)

คำสำคัญ: การบริบาลมารดาหลังคลอด, การแพทย์แผนไทย, การทับหม้อเกลือ, น้ำหนักตัว, รอบเอว, ความพึงพอใจ

ABSTRACT

This quasi-experimental study used a one-group pretest–posttest design. It aimed to examine the effectiveness of postpartum care using Thai traditional medicine on body weight and waist circumference, and assess client satisfaction with the service at Kantharawichai Hospital. Forty postpartum women who received services between 1 October 2023 and 30 September 2024 and met the inclusion criteria were selected from 53 volunteers. Participants received a care program consisting of Thai massage, herbal compress, salt-pot heat application (tub mor kluea), herbal steam, and postpartum self-care advice, lasting 2 hours and 15 minutes per session for five consecutive days. Data were collected using a demographic record form, a body measurement record, a weighing scale, a measuring tape, and a satisfaction

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

questionnaire, and were analyzed with frequency, percentage, mean, standard deviation, and the paired t-test.

Most participants delivered vaginally (95.0%), were aged 21–30 years (82.5%), and were primiparous (62.5%). After completing five care sessions, the proportion of participants weighing ≥70 kg decreased from 52.5% to 37.5%, and the proportion with a waist circumference >80 cm decreased from 97.5% to 70.0%. Mean body weight decreased from 70.90 kg (SD = 6.89) to 67.18 kg (SD = 6.76), a mean reduction of 3.72 kg (5.25% of baseline), and mean waist circumference decreased from 84.45 cm (SD = 2.51) to 82.30 cm (SD = 2.85), a mean reduction of 2.15 cm (2.55%). Both reductions were statistically significant ($p < .001$). Overall satisfaction with the service was at the highest level (M = 4.50, SD = 0.64). The highest-rated dimension was attentiveness, enthusiasm, and willingness to serve (M = 4.73, SD = 0.45), followed by courteous, respectful, and friendly service (M = 4.70, SD = 0.46) and clarity of useful advice (M = 4.56, SD = 0.50).

Keywords: postpartum care, Thai traditional medicine, salt-pot compression, body weight, waist circumference, satisfaction

บทนำ

การดูแลมารดาหลังคลอด มักใช้วิธีการดูแลตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาไทยซึ่งเป็นเรื่องที่มีมาช้านาน ทั้งในเรื่องการใช้สมุนไพรไทยพื้นบ้าน การนวดไทย การอบสมุนไพรไทย การอยู่ไฟ การประคบสมุนไพรไทย การเข้ากระโจม และการทับหม้อเกลือ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยการใช้แพทย์แผนไทย เช่น การทับหม้อเกลือด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในหญิงหลังคลอด มีประสิทธิผลในการลดลงของระดับมดลูก และระดับความเจ็บปวด รวมถึงช่วยให้น้ำคาวปลาเข้าสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น[1] การอยู่ไฟซึ่งเชื่อว่าเป็นการปรับสมดุลตามหลักทฤษฎีธาตุ ประกอบด้วย การนั่งหรือนอนผิงไฟเข้ากระโจม อาบสมุนไพร การนั่งถ่าน การทับหม้อเกลือ การนวดประคบ และการรับประทานอาหาร โดยมารดาหลังคลอดสามารถเลือก และปรับวิธีการอยู่ไฟตามความเชื่อที่ครอบครัว ได้ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นวัฒนธรรมและความสะดวก ปัจจุบันสามารถเลือกใช้การอยู่ไฟทั้งจากสถานบริการของรัฐหรือปฏิบัติเองที่บ้านเพื่อการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด[2]

การดูแลมารดาหลังคลอดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยหรือเรียกว่าการอยู่ไฟ[3] เมื่อหลังจากการคลอดบุตร จะทำให้ธาตุในร่างกายทั้งสี่ (ดิน น้ำ ลม ไฟ) เกิดการเสียสมดุล โดยเฉพาะธาตุไฟจะส่งผล ให้มารดาหลังคลอดไม่สบายตัว ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลียหรืออาจมีอาการคัดตึงเต้านมร่วมด้วย ซึ่งการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นการฟื้นฟูสุขภาพ มารดาหลังคลอดจะช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ลดอาการ ปวดกล้ามเนื้อ ขับน้ำคาวปลา ลดอาการคัดตึงเต้านม ทำให้ธาตุทั้งสี่ในร่างกายกลับมาอยู่ในภาวะสมดุล อีกทั้งวัฒนธรรมท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดยังคงมีความเชื่อและใช้แบบแผนการดูแลตนเอง โดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้าน การปฏิบัติแบบผสมผสานแพทย์แผนไทย โดยความช่วยเหลือของครอบครัวและหมอพื้นบ้าน แต่ยังมีความขัดแย้งด้านความคิด และด้านปฏิบัติการในการบริการการคลอดแผนปัจจุบัน[4]

ระยะหลังคลอดร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เช่น เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์ ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของมารดาหลังคลอด เพื่อให้กลับสู่สภาพปกติก่อนตั้งครรภ์ การฟื้นฟูร่างกายของมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยเน้นไปที่การดูแลในช่วง 3 เดือนแรก จะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวได้ดี มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว ช่วยขับน้ำคาวปลา และลดการหย่อนยานของหน้าท้อง การดูแลมารดาในระยะนี้เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำใน

การปฏิบัติตัวให้ถูกวิธี เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันให้ได้ประโยชน์สูงสุด การดูแลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การทับหม้อเกลือ นวด ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นการฟื้นฟูร่างกายให้กลับเข้าสู่สภาวะปกติ โรงพยาบาลกันทรวิชัย มีมารดาหลังคลอดที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง พบว่าระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ได้สำรวจและเก็บข้อมูลผู้มารับบริการเป็นจำนวน 77 ราย ซึ่งแยกเป็นคลอดปกติ และผ่าตัด โดยมารดาหลังคลอดปกติสามารถทำหลังคลอดได้หลังจากคลอด 7-10 วัน ส่วนในมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดสามารถทำหลังคลอดหลังจาก 1 เดือน หรือ 45 วัน แต่ไม่เกิน 3 เดือน

ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของร่างกาย เพื่อพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐาน มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ และเป็นอีกทางเลือกในการดูแลมารดาหลังคลอด รวมทั้งเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาหลังคลอดที่มารับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยไปพัฒนาและศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบริบาลมารดาลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยต่อการลดของน้ำหนักตัว และขนาดรอบเอว ในมารดาหลังคลอด

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการมารับบริการบริบาลมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกันทรวิชัย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง Quasi-experimental โดยไม่มีกลุ่มควบคุม

กลุ่มเป้าหมาย/ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการทับหม้อเกลือในงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลกันทรวิชัย เดือน 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลกันทรวิชัย ติดต่อกันต่อเนื่อง 5 ครั้ง จำนวน 40 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ มีอายุระหว่าง 16-40 ปี มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่สามารถมารับบริการทับหม้อเกลือติดต่อกันต่อเนื่อง 5 ครั้ง จากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 53 ราย มีผู้ที่อยู่ในเกณฑ์การวิจัยครั้งนี้จำนวน 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ วิธีการคลอด อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้ของตนเองต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกสัดส่วนร่างกาย บันทึกน้ำหนักตัวและขนาดรอบเอวก่อนและหลังการบริบาลทุกครั้ง พร้อมอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น วัดด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล ความละเอียด 0.1 กิโลกรัมและสายวัดชนิดไม่ยืดหยุ่น ความละเอียด 0.1 เซนติเมตร โดยใช้เครื่องมือชุดเดิมตลอดการวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการเข้าถึงบริการ การชี้แจงข้อมูล ความเสมอภาค ความสุภาพ ความเอาใจใส่ การรับฟังปัญหา การตอบข้อสงสัย ความชัดเจนของคำแนะนำ ความเหมาะสมของขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 สำหรับความพึงพอใจระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ กำหนดไว้ เพื่อขอความร่วมมือ และผู้สมัครใจเข้าร่วม โปรแกรม

2. นัดมารดาหลังคลอดมารับบริการการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินสุขภาพทั่วไปก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ข้อมูลสัดส่วนของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัว ขนาดรอบเอว และสอบถามอาการอื่นๆ

3. ทำการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย รวม 2 ชั่วโมง 15 นาที/ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 การนวดไทย ทั่วร่างกาย 30 นาที เพื่อปรับสมดุล ในร่างกาย และผ่อนคลาย5

3.2 ประคบสมุนไพร ทั่วร่างกาย 30 นาที สมุนไพร ซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกาย คลายความเมื่อยล้า กระตุ้น การไหลเวียนเลือด5

3.3 ทับหม้อเกลือ 45 นาที ท่านอนหงาย บริเวณท้องน้อย เชิงกราน ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวเข้าอู่ได้เร็วขึ้น ขับ น้ำคาวปลา กระตุ้นน้ำนม และลดไขมันหน้าท้อง5

3.4 อบสมุนไพร 15 นาที ช่วยชำระล้างและขับของ เสียออกจากร่างกาย ช่วยให้สบายตัว บรรเทาอาการปวด เมื่อย5

3.5 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด 10-15 นาที6

3.5.1 ควรรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดร้อน เพื่อขับน้ำคาวปลา ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดี น้ำนมมากขึ้น เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ กระชาย6

3.5.2 ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสเย็น เช่น ฟัก แฟง แตงกวา แตงโม5

3.5.3 การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ

3.5.4 ห้ามยกของหนัก

4. หลังรับการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยครบ 5 ครั้งต่อเนื่อง เก็บรวบรวมข้อมูลประเมิน สัดส่วนของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ขนาดรอบเอว และประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ น้ำหนักตัวและขนาดรอบเอววิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) พร้อมแจกแจงความถี่ตามช่วง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบทีแบบไม่อิสระ (paired t-test) ความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1981)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกันทรวิชัย เลขที่ 05/2567 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสอบถามความสมัครใจผู้เข้าร่วมลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรับ
บริการ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นหญิงคลอดบุตรเอง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 95 พบมากอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.5 ลำดับการตั้งครรภ์ที่ 1 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพค้าขาย-ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5

ก่อนเข้ารับบริการน้ำหนักตัวมารดาหลังคลอด 70-79 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 45 ค่าเฉลี่ย = 70.90 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 6.89 รอบเอว 81-85 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 75.0 ค่าเฉลี่ย = 84.45 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 2.51 หลังเข้ารับการบริบาล

มารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย น้ำหนักตัว 60-69 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ย = 67.18 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 6.76 รอบเอว 81-85 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 57.5 ค่าเฉลี่ย = 82.3 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 2.85 หลังผลการทดลองพบว่า น้ำหนักตัวและรอบเอวมารดาหลังคลอดที่ได้รับการบริบาลด้วยการแพทย์แผนไทยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการประเมินความพึงพอใจการบริบาลมารดาลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้รับบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.50, SD=0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความเอาใจใส่ กระตือรือร้น และเต็มใจให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.73, SD=0.45) รองลงมา คือ ให้บริการด้วยความสุภาพ อ่อนน้อมและเป็นกันเอง ($\bar{x}$ =4.70, SD=0.46) และมีความชัดเจนในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ($\bar{x}$ =4.56, SD=0.50) ภาพรวมความพึงพอใจการบริบาลมารดาลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้รับบริการ ($\bar{x}$ =4.50, SD=0.64)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยต่อน้ำหนักตัวและขนาดรอบเอว และความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อบริการโรงพยาบาลกันทรวิชัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 40 ราย ที่ได้รับการบริบาลซึ่งประกอบด้วยการนวดไทย การประคบสมุนไพร การทับหม้อเกลือ การอบไอน้ำสมุนไพร และการให้คำแนะนำ ครั้งละ 2 ชั่วโมง 15 นาที ติดต่อกัน 5 วัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ผลของน้ำหนักตัว ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของมารดาหลังคลอดลดลง 3.72 กิโลกรัมภายหลังได้รับการบริบาล 5 วัน ซึ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของสรัญญา คุ้มไพฑูรย์ และคณะ[8] ที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูแบบผสมผสาน 5 ครั้งและพบการลดลงของน้ำหนักตัวเช่นกัน ผลของขนาดรอบเอว ค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลง 2.15 เซนติเมตร และสัดส่วนของมารดาที่มีรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตรลดลงร้อยละ 30 และสอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา มากนุษย์ และคณะ[9]ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการทับหม้อเกลือสมุนไพร มีรอบเอวเล็กกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และการศึกษาของสุพรรษา มีวิชา[10] ที่พบว่าขนาดหน้าท้องลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการทับหม้อเกลือ 3 ครั้ง ความพึงพอใจต่อบริการ

ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกานต์ นาวาเดช และคณะ[11] ที่พบว่ามารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจสูงต่อการประคบสมุนไพรและการทับหม้อเกลือ และเห็นว่าบริการช่วยให้ผ่อนคลายทางจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีขนาดน้ำหนักตัว ขนาดรอบเอวลดลง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และเป็นบริการที่ผู้รับบริการยอมรับในระดับสูง ดังนั้นจึงเหมาะสมที่จะดำเนินการสนับสนุนการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด ให้เป็นแนวทางในการพัฒนางานแพทย์แผนไทยต่อไป และเผยแพร่ผลการศึกษาให้แก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อน

นำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิชาการฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก นางเบญจพร อินทกรอุดม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรวิชัย ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ อาจารย์กัญยา ทูลธรรม สาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ตลอดจนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงผลงานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก งานห้องคลอดและงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลกันทรวิชัย ที่ร่วมให้บริการและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Magnud P, Fachaiyaphum P, Pechjaturapa J.(2018). The effectiveness of Thai traditional medicine, Tub Moa Gluea, in postpartum care. Journal of Health Science and Community Public Health 2018;1(1):26-38. (in Thai)
2. Wansri U, Ketkaew S.(2017). Yu Fai: an alternative postpartum care. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sappasitthiprasong 2017;1(3):1-11. (in Thai)
3. Langsatan S.(2020). Practice guidelines for maternal care. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2020. (in Thai)
4. Jamjan L, Khantarakwong S, Hongthong S, Jampates N.(2014). Thai traditional medicine for postnatal mother in the community of central region. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(2):195-202. (in Thai)
5. Best, J. W. (1981). Research in education (4th ed.). Prentice-Hall.
6. กระทรวงสาธารณสุข.(2554). สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
7. เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ.(2554). การดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการ แพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์-ทหารผ่านศึก; 2554
8. สรัญญา คุ้มไพฑูรย์, สุภาพร ปัญญาวงษ์, และกาญจนา จันทนุย. (2564). ประสิทธิผลโปรแกรมฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อน้ำหนัก ขนาดรอบเอว รอบสะโพก น้ำคาวปลา และระดับยอดมดลูกในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลยางสีสุราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(ฉบับเพิ่มเติม 2), S262–S269.
9. พนิดา มากนุษย์, ปิยะนันต์ ฝาชัยภูมิ, และจตุพักตร์ เพชรจตุรภัทร. (2561). ประสิทธิผลของการทับหม้อเกลือด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในหญิงหลังคลอด. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 1(1), 26–38.
10. สุพรรษา มีวิชา. (2567). ประสิทธิผลการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(2), 184–191.
11. ณัฐกานต์ นาวาเดช, วรพรรณ อินหมัน, งามศิริ สิงห์คำป้อง, สุจิตรา บุญราศรี, และกุสุมาลย์ น้อยผา. (2563). ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการเข้าร่วมโครงการการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย, 12(3), 483–494.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน

Effects of a health behavior promotion program on cardiovascular disease risk factors in patients with diabetes and hypertension at the chronic disease clinic, Chiang Yuen Hospital.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

นฤมล จำปาบุญ[1] กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร[2]
Narumon Jumpaboon[1] Kanyapat Bundittharwon[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีโอกาสเสี่ยงระดับสูงและสูงมาก ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 จำนวน 43 ราย อายุระหว่าง 15-60 ปี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV Risk Score) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (Blood pressure) โดยใช้สถิติทดสอบ Friedman Test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย Thai CV Risk ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (Systolic Blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ค่าเฉลี่ยของ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

คำสำคัญ: ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental, single-group pre-test and post-test research project aimed at examining the effects of a health behavior promotion program on cardiovascular disease risk factors among patients with diabetes and hypertension. The study sample consisted of 43 patients with diabetes and hypertension—aged 15 to 60 years—who had undergone cardiovascular disease risk assessment and were receiving care at the chronic disease clinic of Chiang Yuen Hospital between October 2023 and September 2024. Data were collected using a general information questionnaire and a health behavior assessment form Descriptive statistics specifically frequencies, percentages, means, and standard deviations were used for analysis. CVD risk scores and health behavior scores were compared before and after the experiment using the paired-sample t-test, while mean HbA1c and blood pressure levels were compared using Repeated Measures ANOVA.

The results showed that, following the experiment, the sample group demonstrated a statistically significant decrease in mean CVD risk scores and a statistically significant increase in health behavior scores ($p < 0.001$). Regarding blood pressure, mean systolic blood pressure decreased significantly ($p < 0.001$), and mean HbA1c levels also showed a statistically significant decrease ($p < 0.001$).

[1] คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร Email: kanyapat@smnc.ac.th

Keywords: Promoting health behaviors regarding, cardiovascular disease risk factors , patients with diabetes and hypertension

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรโลก ทั่วโลกพบผู้เสียชีวิต มากกว่า 20 ล้านคน (ร้อยละ 80) ของการเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ ในประเทศไทยพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง[1] จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ.2568 พบร้อยละ 1.5 ของประชากรไทยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และร้อยละ 2.0 ของคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย และร้อยละ 0.8 ของประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป เคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โดยความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 1.1 และ 0.6 ตามลำดับ) ปัจจัยของโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจมีเพียงปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง ความอ้วนและการสูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นต้น จากข้อมูลยังพบว่าประชากรชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.2 และ 38.7 มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ปัจจัย ร้อยละ 11.5 และ 8.4 มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย ถึงร้อยละ 26.1 และ 21.6 ตามลำดับ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามอายุ ความชุกของการมี 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้น สูงที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ชายร้อยละ 37.6 และหญิงร้อยละ 30.0)[2]

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2563 จากร้อยละ 9.5 เป็นร้อยละ 10.6 โดยความชุกในเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 9.7 ส่วนเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 10.3 เป็นร้อยละ 11.3 และพบว่า ร้อยละ 27.0 ของผู้ป่วยเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้มากถึงร้อยละ 41.3 โดยในเพศหญิงความชุกสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 13.8) ส่วนในผู้ชาย ความชุกสูงที่สุดในภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 11.1) โรคความดันโลหิตสูงความชุก ร้อยละ 29.5 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 30.2 และร้อยละ 28.2 ตามลำดับ) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2663 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 (ชายร้อยละ 26.7และ หญิงร้อยละ 24.2) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.8 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 5.5 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 23.8 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์[2]

การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทางตรงคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ การคัดกรองและควบคุมความดันโลหิตเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และลดระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัสใจและหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการกำกับติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง กินยาสม่ำเสมอ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียด และการลดหรือเลิดบุหรี่และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจได้[3]

โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในส่วนของการรักษาและการป้องกัน จากข้อมูลคลินิกโรคเรื้อรัง พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 2,272 ราย พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ราย และหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ราย จากการประเมินคะแนนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV Risk Score)[4] จำแนกตามความเสี่ยง พบว่า มีความ

เสี่ยงระดับต่ำ จำนวน 1,898 ราย (83.54 %) ความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 314 ราย (13.83 %), ความเสี่ยงระดับสูงจำนวน 46 ราย (2.02%), ความเสี่ยงระดับสูงมาก จำนวน 8 ราย (0.35 %) ความเสี่ยงระดับสูงอันตราย จำนวน 6 ราย (0.26 %) จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน พบว่า มีการให้ความรู้ทั่วไปเป็นรายบุคคลจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่สลับหมุนเวียนให้บริการ จากการสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงาน พบว่าการให้ความรู้รายบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ โดยส่วนมากจะให้คำแนะนำในลักษณะเดียวกันโดยไม่แยกระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวในและหลอดเลือด จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคอื่น เช่น เส้นเลือดในสมองแตก อาจเกิดความพิการด้านการเคลื่อนไหว เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามถึงความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกสบายดี แม้มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ส่วนใหญ่เกิดการทำงานหนัก ไม่เกี่ยวกับโรคที่เป็นแม้จะพบว่าผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติก็ตาม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI) การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ คือการสื่อสารที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นหลัก มุ่งเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง เป็นแนวคิดทางจิตวิทยา พัฒนาขึ้นโดย Miller & Rollnick ปี ค.ศ.1991[5] เพื่อใช้บำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติด ต่อมาได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า จากการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCTs) จำนวน 54 เรื่องในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคต่อมไร้ท่อ/โรคเบาหวานและจิตเวช เป็นต้น พบว่าการใช้เทคนิค MI สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ใน 23 การศึกษาช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นใน 19 การศึกษาและช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยเรื้อรังได้[6] ในประเทศไทยการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและช่วยลดค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจสามารถให้ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้[8, 9, 10]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (Stage of charge) ของ Prochaska & DiClemente[11] โดยมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) ยังไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 เดือนข้างหน้า 2. ขั้นลังเลใจ/ชั่งใจ (Contemplation) รับรู้ปัญหาและคิดจะเปลี่ยนแปลงภายใน 6 เดือน 3. ขั้นเตรียมตัว (Preparation) ตั้งใจเปลี่ยนแปลงใน 30 วัน

ข้างหน้า และเริ่มทำมาบ้างแล้ว 4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เริ่มปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ยังไม่ถึง 6 เดือน 5. ขั้นดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance) ปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป และ 6. ขั้นสิ้นสุด (Termination) มั่นใจว่าจะไม่กลับไปทำพฤติกรรมเดิมอีก โดยนำมาประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจของ 1) การพัฒนาความร่วมมือ (Engaging) มีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ โดยใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ เพื่อทำความเข้าใจ สะท้อนประสบการณ์และมุมมองของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ถือเป็นพื้นฐานของของกระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ 2) การตั้งเป้าหมาย (Focusing) เป็นการสนทนาเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยต้องเป็นข้อตกลงที่สามารถประเมินได้ 3) การกระตุ้นเร้าการเปลี่ยนแปลง (Evoking) เป็นกระบวนการสำรวจที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหาโดยการใช้เทคนิคการตั้งคำถามกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและสร้างแรงจูงใจในการแก้ปัญหา และ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planning) และแนวคิดการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ โดย Miller และ Rollnick พัฒนาเป็นกระบวนการสื่อสาร ร่วมกับประยุกต์ใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน[12] ดังนี้ 1) การพัฒนาความร่วมมือ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2) การตั้งเป้าหมาย เป็นการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือร่วมกัน 3) การกระตุ้นเร้าการเปลี่ยนแปลง การช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงปัญหา และ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา

ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ชี้แจงข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยให้ตอบแบบประเมินภาวะการณ์รู้คิดฉบับย่อ (ภาษาไทย) เมื่อคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในเอกสารยินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 5-10 นาที และเข้าสู่กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ ดังนี้

การค้นหาระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง

1. ประเมินระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตนเองและความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ เพื่อสนทนาด้วยคำถามปลายเปิด เช่น คิดอย่างไรกับโรคความดันโลหิตสูงที่ตนองเป็น หรือ คิดอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ลำดับขั้น มีความตั้งใจต่อการเปลี่ยนแปลง (Intention to Change) โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สอบถามถึงวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ทำอย่างไรความดันโลหิตจะลดลง ทำอย่างไรเส้นเลือดในสมองจะไม่แตก เป็นต้น ระยะเวลา 5-30 นาที แล้วแต่ระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงแต่ละบุคคล

2. ร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ และแบ่งปันวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา 30 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.3.1 กิจกรรมให้ความรู้ผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ฯ โดยใช้ โปรแกรมนำเสนอ (Power point) เป็นการทบทวนความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.3.2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างุแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวเดิม และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเอง

1.3.3 การพิจารณาปัญหาและร่วมวางแผนแก้ปัญหาที่พบในการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา ในผู้ป่วยแต่ละราย

1.4 นัดหมายการมาตรวจตามนัด 4 สัปดาห์ และให้ช่องทางการติดต่อทางโทรศัพท์แก่กลุ่มตัวอย่าง สามารถสอบถามหรือขอรับความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาก่อนมารับการตรวจตามนัด

สัปดาห์ที่ 4 ซักประวัติและสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวตลอด 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในเรื่องการลดเหล้าและบุหรี่ การรับประทานยาและการจัดการความเครียด ตามสภาพปัญหารายบุคคล ระยะเวลาคนละ 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ซักประวัติและวิธีการปฏิบัติตัวเปรียบเทียบ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โดยให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์เป็นรายบุคคลจากข้อมูลปัญหาที่ผ่านมา โดยใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด เน้นการใช้คำถามที่สร้างสรรค์ ไม่ตำหนิ กล่าวชมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ให้กำลังใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง สรุปความคิดร่วมกันเป็นรายบุคคล ระยะเวลา 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 12 ขั้นสรุปผล ให้ข้อมูลคืนกลับรายบุคคลเกี่ยวกับผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว ระยะเวลา 15 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังการวิจัย ระยะเวลา 10 นาที

หลังครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ทุก 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 16, 20 สัปดาห์ที่ 24 มารับการตรวจตามนัดตามปกติ และติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 28 และ 32 จำนวน สัปดาห์ที่ 36 มารับการตรวจตามนัดตามปกติ โดยติดตามค่าความดันโลหิต และค่า HbA1c ในระยะเวลา 6 เดือน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 40 และ 44 สัปดาห์ที่ 48 มารับการตรวจตามนัดตามปกติ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 52 และ 56 และนัดมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 62 หลังการทดลอง เมื่อครบ 12 เดือน เพื่อติดตามค่าความดันโลหิต และค่า HbA1c

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-60 ปี จำนวน 2,272 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิคโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงยืน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิคโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงยืน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก โดยเลือกผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุระหว่าง 35-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากกว่า6 เดือน

2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดและยาลดความดันโลหิต

3. ค่าคะแนน Thai CV risk score ระดับสูงหรือระดับสูงมาก

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5. สติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

6. ยินยอมเข้าร่วมการรักษา

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ได้รับการปรับเพิ่มขนาดยา หรือเพิ่มชนิดของยาเบาหวานหรือยาลดความดันโลหิต

2. ค่าคะแนน Thai CV risk score เปลี่ยนจากระดับสูงหรือระดับสูงมาก เป็นระดับสูงมากอันตราย

3. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

4. ไม่มารับการตรวจตามนัดเกิน 4 สัปดาห์

5. เปลี่ยนสถานบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick สร้างโดยผู้วิจัย ดัดแปลงมาจากหนังสือสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจรายเดียวในครั้งแรกเพื่อหาลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง จำนวน 1 ครั้ง รายกลุ่ม 3 ครั้ง รายบุคคล 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามทางโทรศัพท์ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เมื่อครบ 6 เดือน และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 12 เดือน

2. สื่อการสอน ได้แก่ โปรแกรมนำเสนอ (Power point) เกี่ยวกับ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีสาเหตุมาจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม 3) การออกกำลังกาย 4) การใช้ยาอย่างถูกต้อง และ 5) การลด ละ เลิกบุหรี่ รวมทั้งหมดจำนวน 5 เรื่อง ตารางการฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต การบันทึก และการแปลผลความดันโลหิตและค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และสื่อประกอบการสอนให้นำกลับไปทบทวนที่บ้าน ได้แก่ เล่มคู่มือการวัดความดันโลหิตและการลงบันทึก การแปลผลความดันโลหิตและค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และ

3. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

3.1 แบบประเมินภาวะการณ์รู้คิดฉบับย่อ (ภาษาไทย) The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) สร้างโดยไฟฟ์เฟอร์ในปี 1975 แปลเป็นภาษาไทยโดย ประคอง อินทรสมบัติ [13] ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความจำการรับรู้วันเวลา สถานที่ การจดจำตัวเลข การตัดสินใจ การคิดคำนวณ ตอบถูกให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน แปลว่าเป็นผู้ที่มีความรู้คิดปกติ

3.2 โปรแกรมประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV Risk Score) ที่พัฒนาขึ้นโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติสุขภาพ

4.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย คำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้ คือ 12-60 คะแนน

5. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานความเที่ยงตรงและความปลอดภัยประจำปี โรงพยาบาลเชียงยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level CVI: I-CVI) เท่ากับ .80 - 1.00 และมีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ (Scale-Level CVI: S-CVI) เท่ากับ .90 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CVD Risk score และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและค่าเฉลี่ย HbA1c ใช้สถิติทดสอบ Friedman Test

จริยธรรมการวิจัย

โดยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลเชียงยืน เลขที่ใบรับรอง CY 39/2566 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.1) อายุเฉลี่ย 57 ปี (SD = 2.70, min-max=50-60) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 65.1) ประกอบอาชีพเกตรกรรม (ร้อยละ 67.4) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 51.2) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 55.8) และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 55.8)

ข้อมูลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 43 คน (คิดเป็นร้อยละ 100) เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน (คิดเป็นร้อยละ 53.48) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน (คิดเป็นร้อยละ 51.16) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 39.53) และความดันโลหิตสูง ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 10 คน (คิดเป็นร้อยละ 43.48)

โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score)

คะแนน CVD risk ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าระดับคะแนน CVD risk น้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (z=4. 83, $p < 0.001$)

พฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยจำแนกตามรายด้าน พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นจำนวน 6 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด (SD=.30, z=5.74, $p<.001$) รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย (SD = .73, z= 5.10, $p<.001$) ด้านการสูบบุหรี่แตกต่างต่ำที่สุด (SD=1.85, z=2.53, $p<.001$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการนอน และด้านการมาตรวจตามนัด โดยด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือด้านการนอน (SD=0.65, z=72, p=448) จากสถิติพบว่า ด้านที่มีคะแนนหลังการทดลองไม่แตกต่างใน 3 ด้าน มีค่าคะแนนก่อนการทดลองสูงกว่าด้านอื่นก่อนการทดลอง

ค่าความดันโลหิต

กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่าความดันซิสโตลิค (Systolic BP) มีค่าเฉลี่ย 135.72 มม.ปรอท (SD=16.15) หลังการทดลอง 6 เดือน Systolic BP มีค่าเฉลี่ย 136.47 มม.ปรอท (SD=17.62) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 12 เดือน พบว่า Systolic BP มีค่าเฉลี่ย 124.21 มม.ปรอท (SD=8.42) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, x^2=21.593, df =2) ค่าความดันไดแอสโตลิค (Diastolic BP) ก่อนการทดลอง Diastolic BP 79.12 มม.ปรอท (SD=10.59) หลังการทดลอง 6 เดือน ค่าเฉลี่ย 77.49 มม.ปรอท หลังการทดลอง 12 เดือน ค่าเฉลี่ย 76.28 มม.ปรอท (SD=7.30) ค่าเฉลี่ย Diastolic BP มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตามระยะเวลา แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.465$)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 6

เดือน และ 12 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2=26.92, df=2, p<0.001) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องจากก่อนการทดลอง (8.80± 2.35%) หลังการทดลอง 6 เดือน (7.71±2.09%) และลดลงเหลือ (7.32 ± 1.19%) ที่ระยะเวลา 12 เดือน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนน CVD risk ค่าเฉลี่ย HbA1c ค่าเฉลี่ย Systolic BP ลดลง และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี[14] พบว่าหลังได้รับรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้ำตาลในเลือด (FBS) ความดันโลหิต ไขมันในเลือด (LDL-C) ดัชนีมวลกาย (BMI) และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ลดลง รวมทั้งอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่และอัตราตายลดลง จากการศึกษาของมนัสนันท์ คำคงและคณะ[15] การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ จากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และระดับไม่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และข้อมูลเชิงคุณภาพบ่งชี้ว่าบางรายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ขณะที่บางรายไม่ได้ดูแลตัวเอง หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ การสร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์สุขภาพสู่การเปลี่ยนแปลงการใช้ใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองและการจัดการให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนโดยองค์กรและครอบครัว หลังการทดลอง 6 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก ทุกรายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 47.06 และระดับความเสี่ยงลดลงร้อยละ 31.37 จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ[16] พบว่าผลของรูปแบบช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การนอน และการมาตรวจตามนัด หลังการทดลองมีค่าคะแนนไม่แตกต่าง จากค่าสถิติแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านสูงกว่าด้านอื่นก่อนการทดลอง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic BP) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lemma N. Bulto, และคณะ[17] ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic review with meta-analysis) ประสิทธิผลของการดูแลหรือการจัดการทางการพยาบาล เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต จากรายงาน 37 เรื่อง ผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 9,731 คน พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นอาจช่วยลดความดันโลหิตตัวบน (ค่าเฉลี่ยต่าง -4.66 มม.ปรอท) และความดันโลหิตตัวล่าง (ค่าเฉลี่ยต่าง -1.91 มม.ปรอท) ค่า Diastolic BP จะลดลงในช่วงแรก อย่างไรก็ตามไม่

มีการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวเมื่อเทียบกับการดูแลปกติ อาจเกิดจากอายุที่มากขึ้น ระยะเวลาการดำเนินของโรค และความเสื่อมของหลอดเลือด การพยาบาลที่จัดทำขึ้นยังส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการปรับเปลี่ยนอาหาร รวมถึงกิจกรรมทางกาย แต่ผลลัพธ์ต่อการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ยังมีความไม่สอดคล้องกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไปศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่และมีความหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ตลอดจนความยั่งยืนของโปรแกรม

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม

3. หน่วยบริการสุขภาพควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน และส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือในเครือข่าย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest–Posttest Design) จึงยังมีข้อจำกัดในการยืนยันว่าผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากโปรแกรมเพียงปัจจัยเดียว บทเรียนที่ได้คือการศึกษาครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยง และข้อจำกัดในการดูแลตนเองแตกต่างกัน การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ ผู้วิจัยได้ปรับกระบวนการโดยใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและจัดการสุขภาพของตนเอง

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีได้ด้วยความความช่วยเหลือและคำแนะนำ จากท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน และความร่วมมือจากทีม สหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ขอขอบคุณผู้รับบริการคลินิกเรื้อรังรังโรงพยาบาลเชียงยืน ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณสามีที่ให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

สุดท้ายคุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณพ่อและคุณแม่ผู้เป็นที่เคารพรัก รวมถึงครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน หากงานวิจัยฉบับนี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับข้อเสนอแนะด้วยความขอบพระคุณ และจะนำไปใช้เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323
2. เริงฤดี ปธานวนิช. (บรรณาธิการ). (2568). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568.* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. คณะกรรมการยกรางแผนปฏิบัติการดานการปองกันและควบคุมโรคไมติดตอของประเทศไทย 5 ป (พ.ศ. 2566 - 2570). (2567*). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570).* สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟตแอนดดีไซด กรุงเทพมหานคร.
4. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2015). *Thai CV risk score.* มหาวิทยาลัยมหิดล. https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
5. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. Guilford Press.
6. Papus, M., Dima, A. L., Viprey, M., Schott, A.-M., Schneider, M. P., & Novais, T. (2022). Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling, 105(11), 3186–3203.
7. ปนัดดา ใจมา, และ พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 4*(3), e267206. tci-thaijo.org
8. กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร, ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย, และนฤมล จำปาบุญ. (2566). ผลของการใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11*(4), 359-371.
9. เทอดศักดิ์ เดชคง. (2563). ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซีสโตลิคและไดแอสโตลิคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16*(3), 59-68.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. (2565). แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
11. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102–1114.
12. นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, และภาสกร คุ้มศิริ. (2564). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารคลินิกจิตวิทยา, 52*(1), 62–74.
13. ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2*(3), 44-56.
14. ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย, และสุรัตน์ อนันทสุข. (2569). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 11*(1), 973-985.
15. มนัสนันท์ คำคง, ปนัดดา ชำนาญเพาะ, และ จริยา พงสุวรรณ. (2567). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 17*(2), 25-38.
16. ภัคจิรา นุ้ยเกตุ, และนงณภัทร รุ่งเนย. (2569). การพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 32(2), 40-58.
17. Bulto, L.N., Roseleur J., Noonan, S, Pinero de Plaza, M.A., Champion, S.,Dafny, H.A., Pearson, V., Nesbitt, K.,Gebremichael, L.G., Beleigoli, A., Gulyani, A., Schultz, T., Hines, S., Clark, R.A., and Hendriks, J.M. (2024). Effectiveness of nurse-led interventions versus usual care on blood pressure management: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 23*(1), 21–35.

ผลของการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Effects of 7-Step Foot Massage Combined with Herbal Foot Soaking on Peripheral Numbness in Type 2 Diabetes Patients at Nachuak Hospital, Nachuak District, Mahasarakham Province.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

ศุภนิดา ทองดวง[1] ยุวดี อุทาภักดี[1] ปฐมาวดี สุทธิคีรีสุข[1] สุนิษา แสนลาด[1] ลัดดา ประทุมสา[1] อุไลวัลย์ พุทโธ[1]
Supanida Thongduang[1] Yuwadee Utapakdee[1] Phattamawadee sutthikeereesuk[1]
Sunisa Sanlad[1] Ladda Pratumsa[1] Ulaiwan Phuttho[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับแช่เท้าด้วยสมุนไพร และได้รับคำแนะนำการดูแลเท้าตามปกติ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาคลินิกโรคเรื้อรังและเข้ารับบริการที่คลินิกลดชา(ลดชาปลายเท้า) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่เหมาะในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากในช่วงระยะเวลาการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างขาดการรักษาต่อเนื่องจะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อได้ กลุ่มตัวอย่างได้รับแช่เท้าด้วยสมุนไพร ระยะเวลา 10 นาที โดยสมุนไพรมี 5 ชนิดประกอบด้วย ใบบัวบก ใบย่านาง ใบมะขาม ขมิ้นชัน มะกรูด และนวดฝ่าเท้า 7 ท่าโดยแพทย์แผนไทย ระยะเวลา 30 นาที และได้รับคำแนะนำการดูแลเท้าอย่างเหมาะสม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที นานต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ โดยบันทึกข้อมูลและประเมินผลก่อนและหลังทำทุกครั้ง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะสุขภาพเท้า แบบบันทึกการตรวจติดตามอาการชาที่เท้าประเมินด้วย monofilament และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่าจากแบบประเมินภาวะสุขภาพเท้าด้วยการจำแนกความรู้สึกของปลายเท้า 4 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกชาระดับ 1,2,3 และ 4 พบว่าก่อนการทดลองระดับอาการชาปลายเท้าสัปดาห์แรกอยู่ระดับที่ 4, 3 และ 2 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 พบว่าลดลงอยู่ในระดับที่ 1 และไม่มีอาการชาปลายเท้า และพบว่าค่าเฉลี่ยระดับอาการชาปลายเท้าก่อนทดลอง 4.40 และหลังทดลอง 1.00 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : นวดฝ่าเท้า 7 ท่า, แช่เท้าด้วยสมุนไพร, อาการชาปลายเท้า และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This study aimed to study the effects of 7-step foot massage combined with herbal foot soaking on peripheral numbness in type 2 diabetes patients. This quasi-experimental research involved 50 purposively selected patients with type 2 diabetes. The study was conducted between August 2023 and September 2024 among patients attending the Chronic Disease Clinic and the Numbness Reduction Clinic. Inclusion and exclusion criteria were applied for sample selection, and participants who failed to continue treatment during the study period were excluded. The intervention included a 10 minute herbal foot soak using five types of herbs Centella asiatica, Yanang, tamarind leaves, turmeric, and kaffir lime followed by a 30 minute 7-step foot massage performed by a Thai traditional medicine practitioner. Participants also received appropriate foot care advice. The sessions lasted 30 minutes once a week for six consecutive weeks. Data were recorded and evaluated before and after each session. Data collection tools included a general information form, a foot health assessment form, a monofilament test record for numbness tracking, and a satisfaction survey. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the paired t-test.

Results: The foot health assessment classified peripheral sensation into four levels: Levels 1, 2, 3, and 4. Before the experiment, numbness levels in the first week were at Levels 4, 3, and 2. After the 6th week of the experiment,

[1] โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

numbness levels decreased to Level 1 or disappeared entirely. The mean numbness score was 8.62 before the experiment and 1.96 after the experiment, showing a statistically significant difference at the 0.05 level.

Keywords: 7-Step Foot Massage, Herbal Foot Soaking, Peripheral Numbness and Type 2 Diabetes Mellitus.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อาทิ การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล ขาดการออกกำลังกาย และภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจุบันพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นปีละหลายแสนคน ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (กรมควบคุมโรค, 2566) สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2566 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วงอายุ 20-79 ปี โดยคาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน[1] จากการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนาเชือกพบว่า เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกๆปี ซึ่งโรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญมาก และอาการของโรคเบาหวานมักตามมาด้วยอาการแทรกซ้อนต่างๆที่รุนแรงอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคแทรกซ้อนทางตา เช่น ตาพล่า ตามัว เป็นต้น โรคไต โรคฟัน โรคทางหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคแทรกซ้อนทางประสาทส่วนปลายที่พบได้บ่อยมากที่สุด ซึ่งก็คืออาการชาปลายมือปลายเท้า ซึ่งจากการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย ที่เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานานไปเกาะเนื้อเยื่อไขมันที่ห่อหุ้มบริเวณปลอกเซลล์ประสาท (myelin sheath) ทำให้ความสามารถในการนำส่งสัญญาณประสาทได้ช้าลง นำไปสู่อาการประสาทเสื่อม การรับรู้ความรู้สึกช้า หรืออาการชานั่นเอง[2]

อาการชาที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไป แม้ร่างกายจะอยู่ในสภาวะปกติ อาการชาเกิดขึ้นที่เท้านี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก แม้สัมผัสกับของร้อนหรือเย็นหรือเกิดบาดแผล และที่สำคัญคือเมื่อเกิดบาดแผลผู้ป่วยโรคเบาหวานจะใช้เวลาในการรักษานานกว่าคนปกติ นอกจากนี้หากขาดการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม อาจมีโอกาสทำให้แผลเกิดการลุกลามจนอักเสบและติดเชื้อยากแก่การรักษาจนเป็นสาเหตุต้องทำให้ตัดขาได้ ส่วนการแก้ปัญหาอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีหลายวิธี เช่น การรักษาแผลเบาหวานที่เท้าที่เกิดจากโรคหลอดเลือดตีบตัน เริ่มต้นใช้ยารักษา หากมีพยาธิสภาพมากขึ้นต้องทำการสอดสายสวนขยายหลอดเลือด ผ่าตัดตัดต่อ bypass เส้นเลือดให้ไปเลี้ยงขา ปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัดแต่นวัตกรรมมีค่าใช้จ่ายสูง จึงทำให้เกิดปัญหาในการเข้ารับการรักษา อีกทั้งอาการชาปลายมือปลายเท้าในช่วงแรกมีอาการแสบร้อนหรือเจ็บเหมือนถูกเข็มทิ่มแทง ถ้าปล่อยให้น้ำตาลเลือดสูงต่อไปนานๆ ก็จะเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า ไม่มีความรู้สึก เมื่อเหยียบของมีคม ของร้อนๆ เกิดบาดแผลขึ้นก็มีโอกาสติดเชื้ออักเสบ และเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำทำให้แผลหายยาก ทำให้อาจเป็นเนื้อเน่าตาย นำไปสู่การต้องตัดนิ้วเท้าหรือข้อเท้า จนทำให้เกิดความพิการได้ในที่สุด[3]

ปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือกต่างๆ โดยเฉพาะการรักษาทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีหลากหลายวิธี เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค การจ่ายยาสมุนไพร การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการแช่เท้าสมุนไพร เป็นต้น การรักษาด้วยการนวดมีการรักษาด้วยการกดจุดสัญญาณซึ่งเป็นการบังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งต่างๆ ประมาณ 30-45 วินาที[4] อีกทั้งการกดลงน้ำหนักค้างไว้บนกล้ามเนื้อเพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณนั้นขาดเลือดชั่วคราว (Ischemic compression) เมื่อปล่อยจะมีผลเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และกระจายเลือดไปอวัยวะส่วนปลายทางมากขึ้น ทำให้อาการชาลดลง[5] การแช่เท้าด้วยสมุนไพร

สมุนไพรส่วนใหญ่ที่นิยมใช้สามารถหาได้ง่ายในชุมชน เช่น ไพล ขมิ้น ตะไคร้ ผิวมะกรูด เป็นต้น ในน้ำที่อุณหภูมิ 38-40 องศาเซลเซียส ช่วยลดจุดที่ไม่รับความรู้สึกบริเวณเท้าและมีความปลอดภัย[6] ดังนั้นเมื่อทำการนวดกดจุดสัญญาณและการแช่เท้าควบคู่กันจะทำให้เกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงทางเคมีและเมตาบอลิซึม ซึ่งส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้หลอดเลือดภายในกล้ามเนื้อขยายตัวช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ทำให้เลือดมาเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้มากขึ้น โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาจึงทำให้อาการชาลดลง

ดังนั้นในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบันจึงมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือ การควบคุมน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะหรืออาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาการชาปลายมือปลายเท้า เป็นต้น ในผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงการหาวิธีการดูแลป้องกันฟื้นฟูต่างๆ เพื่อลดปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เท้า และเน้นกระตุ้นปลายประสาทเท้าลดอาการชาปลายเท้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยขึ้นด้วยการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า และการแช่เท้าด้วยสมุนไพรเพื่อลดอาการชาปลายเท้าและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณฝ่าเท้าของผู้ป่วยเบาหวานขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ การนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับแช่เท้าต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการ ชาปลายเท้า ในอำเภอนาเชือก จำนวน 186 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 ราย โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานที่มาคลินิกโรคเรื้อรังและเข้ารับบริการที่คลินิกลดชา(ลดชาปลายเท้า) ซึ่งมีขั้นตอนโดย มีการซักประวัติ คัดกรอง ผู้มารับบริการ ผ่านเกณฑ์จึงสามารถร่วมโครงการเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่เหมาะในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากในช่วงระยะเวลาการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างขาดการรักษาต่อเนื่องจะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อได้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. อายุระหว่าง 40-70 ปี
3. มีอาการชาเท้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการยืนยันด้วยการตรวจด้วย monofilament ขนาด 10 กรัม
4. ไม่มีแผลติดเชื้อ แผลเปิด ที่เท้า
5. ไม่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่
6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีบาดแผลเปิด แผลติดเชื้อ แผลเชื้อราบริเวณฝ่าเท้า
2. มีประวัติผ่าตัดบริเวณเท้า นิ้วเท้า หรือมีความผิดรูปของเท้า
3. มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง หรือมีโรคประจำตัวที่รุนแรง และทานยาละลายลิ่มเลือด
4. มีข้อห้ามในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ได้แก่ มีแผลเปิด แผลติดเชื้อที่เท้า อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ มีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส มีกระดูกบริเวณเท้า

แตกหักน้อยกว่า 1 ปี มีความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 mmHg

5. ผู้ป่วยมีอาการหรือประวัติแพ้สมุนไพร

6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ การสื่อสาร การพูด และการได้ยิน

7. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

2. แบบบันทึกการติดตามอาการชาปลายเท้า (คลินิกลดชา) โดยบันทึกการรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่าเท้าโดยทดสอบด้วย Monofilament ขนาด 10 กรัม ที่ 4 ตำแหน่ง ได้แก่ Metatarsal head ที่ 1, 3, 5 และหัวแม่เท้า วิธีการคือกดเส้นใยลงบนผิวหนังจนโค้งเป็นรูปตัว C และค้างไว้นาน 2 วินาที เพื่อทดสอบการรับรู้ความรู้สึกที่แท้จริง

3. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามครอบคลุมด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย

4. คู่มือการดูแลอาการชาเท้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย(คลินิกลดชา) ประกอบด้วย ขั้นตอนการดูแลเท้า การแช่เท้าด้วยสมุนไพร การนวดเท้า การบริหารฝ่าเท้า และให้คำแนะนำอื่นๆเพื่อส่งเสริมสุขภาพฝ่าเท้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ดัชนี IOC (Index of Item-Objective Congruence) พบว่า ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.81

2. การทดลองใช้ (Try-out) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน ไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coafficient) พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเชื่อมั่นสูงและเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิจัย

การรวมรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 สำรวจข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 โดยได้กลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่มเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

1.2 พยาบาลคัดกรองที่คลินิกโรคเรื้อรังเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้ารับบริการที่คลินิกลดชา(ลดชาปลายเท้า) ซึ่งมีขั้นตอนโดย มีการซักประวัติ คัดกรอง ผู้มารับบริการ ผ่านเกณฑ์จึงสามารถร่วมโครงการเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่เหมาะในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากในช่วงระยะเวลาการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างขาดการรักษาต่อเนื่องจะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อได้

1.3 ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่มีใบประกาศนียบัตรรับรอง 2 คน และเป็นผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการจัดเตรียมการวิจัย อุปกรณ์ สถานที่อำนวยความสะดวกในการให้บริการโดยมีผู้วิจัยหลักเป็นแพทย์แผนไทยเป็นผู้ให้บริการ

2. ระยะทดลอง

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาอาการชาปลายเท้าที่คลินิกลดชา โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การแช่เท้าด้วยสมุนไพร ระยะเวลา 10 นาที โดยสมุนไพรมี 5 ชนิดประกอบด้วย

2.1.1 ใบบัวบก เป็นยาฤทธิ์เย็น สรรพคุณลดอาการอักเสบปลายประสาทได้

2.1.2 ใบย่านาง สรรพคุณฆ่าเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราที่บริเวณผิวหนัง

2.1.3 ขมิ้นชัน สรรพคุณทำให้ผิวหนังมีความนุ่มนวลยืดหยุ่นไม่แห้ง ไม่ฉีกขาดง่าย

2.1.4 ใบมะขาม สรรพคุณชำระล้างความสกปรกตามรูขุมขน ขจัดคราบไคล

2.1.5 มะกรูด สรรพคุณเพิ่มความชุ่มชื้น น้ำมันหอมระเหยจากเปลือกลดอาการซึมเศร้า ช่วยทำให้ผ่อนคลาย

2.2 ขั้นตอนการต้มแช่เท้าด้วยสมุนไพร นำสมุนไพรทั้งหมดหั่นเป็นชิ้น ข้อ 2.1.1-2.1.4 อย่างละ 7.5 กรัม ประมาณ 1 กำมือ (30 กรัม) ผสมน้ำ 1 ลิตร ต้มให้เดือด ยกเว้นมะกรูด ต้มพอเดือด 10-15 นาที นำมาผสมน้ำให้อุ่นอุณหภูมิในการแช่เท้าด้วยสมุนไพร 38-40 องศาเซลเซียส จากนั้นนำมะกรูดหั่นเป็นแว่นลงลอยน้ำแช่เท้า

2.3 ขั้นตอนการแช่เท้าด้วยสมุนไพร แช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพรอุณหภูมิ 38-40 องศาเซลเซียส นาน 10 นาที โดยการแช่ 3 นาที แล้วยกเท้าขึ้นจากน้ำอุ่น 1 นาที ทำซ้ำจนครบ 3 รอบ ระยะเวลาในการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร 10-15 นาที

2.4 ข้อควรระวังสำหรับการแช่เท้าด้วยสมุนไพร ระวังการแช่เท้าในน้ำอุ่นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสาทรับรู้ความรู้สึกที่ช้าซึ่งอาจทำให้ผิวหนังพองได้ ไม่ควรใช้กับผู้ที่มีบาดแผลหรือโรคผิวหนังที่เท้า และระวังในผู้ที่แพ้น้ำมันหอมระเหย

2.5 การนวดฝ่าเท้า 7 ท่า โดยแพทย์แผนไทย ระยะเวลา 30 นาที

ท่าที่ 1 มะเหงกครูดลง

ท่าที่ 2 มะเหงกคาดเนินนิ้วเท้า และคอนิ้วเท้า

ท่าที่ 3 ครูดเท้าด้านใน

ท่าที่ 4 กดกึ่งกลางนิ้ว

ท่าที่ 5 จุดใต้เนินฝ่าเท้า

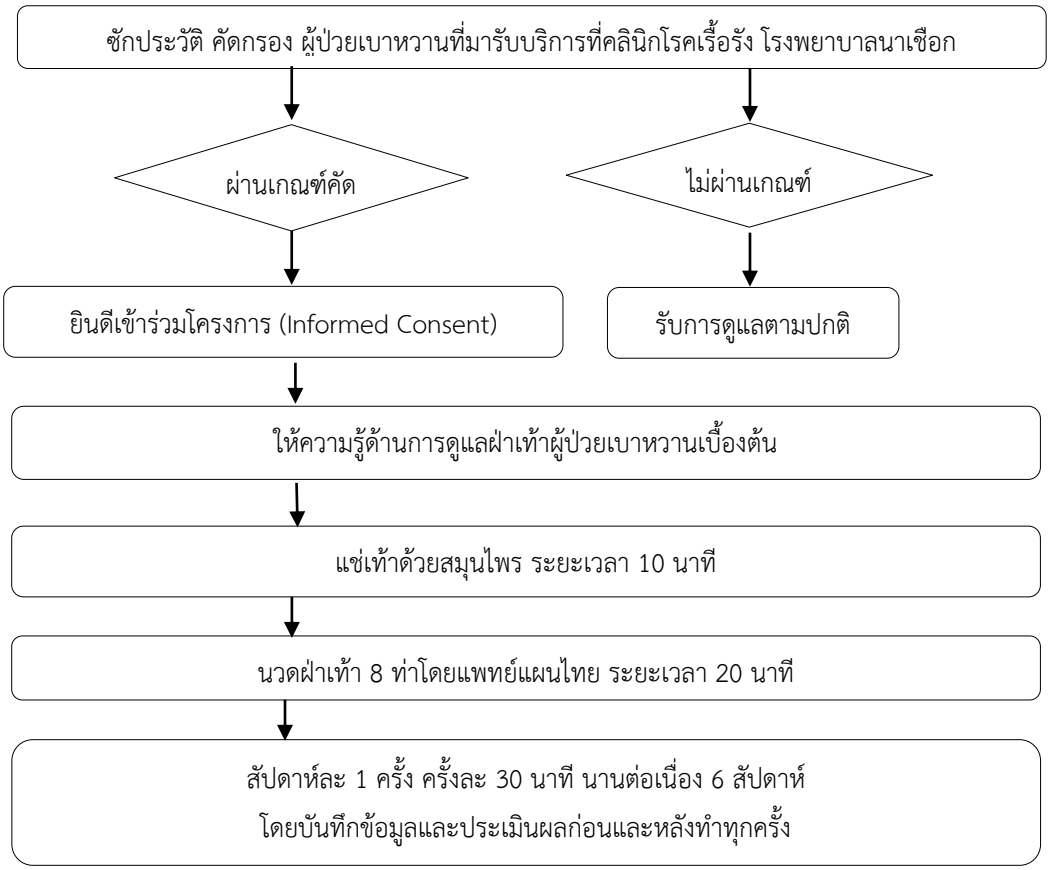
ท่าที่ 6 กึ่งกลางฝ่าเท้า ตรงกับแนวนิ้วก้อย

ท่าที่ 7 ฉีกฝ่าเท้า

ผ่อนคลายฝ่าเท้าด้วยการยืดเหยียด หมุน-ผลัก-ตบ

2.6 ได้รับคำแนะนำการดูแลเท้าอย่างเหมาะสม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที นานต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ โดยบันทึกข้อมูลและประเมินผลก่อนและหลังทำทุกครั้ง

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน



หมายเหตุ : กำหนดการที่ดำเนินการทดลองในแต่ละวัน

คนที่ 1 ช่วง 08.30 น. - 09.00 น.
คนที่ 2 ช่วง 09.15 น. - 09.45 น.
คนที่ 3 ช่วง 10.00 น. – 10.30 น.
คนที่ 4 ช่วง 10.45 น. - 11.15 น.
คนที่ 5 ช่วง 11.30 น. – 12.00 น.

โดยกิจกรรมในการทำหัตถการจะนัดทำการทดลองไม่ตรงกันเพื่อลดการแปรปรวนของข้อมูล

3. ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินการตรวจรับความรู้สึก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ โดยบันทึกข้อมูลและประเมินผลก่อนและหลังทำการทดลองทุกครั้ง

ดำเนินการวิจัย: เดือนสิงหาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบระดับอาการชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าผลของการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการชาปลายเท้า จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 76 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 64 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46 และ 42 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อ้วนระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 50

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการชาปลายเท้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าจากแบบประเมินภาวะสุขภาพเท้าด้วยการจำแนกความรู้สึกของปลายเท้า 4 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกชาระดับ 1,2,3 และ 4 พบว่าก่อนการทดลองระดับอาการชาปลายเท้าสัปดาห์แรกอยู่ระดับที่ 4, 3 และ 2 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 พบว่าลดลงอยู่ในระดับที่ 1 และไม่มีอาการชาปลายเท้า และพบว่าค่าเฉลี่ยระดับอาการชาปลายเท้าก่อนทดลอง 4.40 และหลังทดลอง 1.00 อาการชาปลายเท้าลดลง 3.40 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการชาปลายเท้าของกลุ่มตัวอย่างรายสัปดาห์ก่อนและหลังการทดลองพบว่าสัปดาห์ที่ 1 คะแนนค่าเฉลี่ยอาการชาปลายเท้า 4.40, สัปดาห์ที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ยอาการชาปลายเท้า 3.50, สัปดาห์ที่ 3 คะแนนค่าเฉลี่ยอาการชาปลายเท้า 2.60, สัปดาห์ที่ 4 คะแนนค่าเฉลี่ยอาการชาปลายเท้า 2.38, สัปดาห์ที่ 5 คะแนนค่าเฉลี่ยอาการชาปลายเท้า 1.44 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 คะแนนค่าเฉลี่ยอาการชาปลายเท้า 1.00 เมื่อเปรียบเทียบกันแต่ละสัปดาห์พบว่าคะแนนอาการชาปลายเท้าสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ลดลง 0.90 จากสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ลดลง 0.9 จากสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 ลดลง 0.22 จากสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 5 ลดลง 0.94 จากสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 6 ลดลง 0.44 ซึ่งเห็นได้ว่าผลของการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

จากผลการศึกษาพบว่าการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับแช่เท้าด้วยสมุนไพรมีผลต่อการลดอาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณฝ่าเท้าของผู้ป่วยเบาหวานได้ เมื่อปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ จึงควรการส่งเสริม

สุขภาพในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานโดยประยุกต์นวดตนเอง 7 ท่าและใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อสามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ต่อได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาทดลองพบว่าการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ระดับอาการชาจากการนวดฝ่าเท้า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองการนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการชาปลายเท้า พบว่าหลังการทดลองอาการชาปลายเท้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยการนวดจุดที่ฝ่าเท้า กดจุดละ 30 วินาที มีส่วนในการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและกระตุ้นปลายประสาททำให้อาการชาเท้าลดลง ร่มฉัตร ประเสริฐ และคณะ[5] กล่าวว่าการกดจุดสัญญาณคือการจ่ายหรือบังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งนั้นๆ เป็นการกดลงน้ำหนักค้างไว้บนกล้ามเนื้อเพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณนั้นขาดเลือดชั่วคราว (Ischemic compression) เมื่อปล่อยจะมีผลเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และเป็นการกระจายเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลายทางมากขึ้น ให้อาการชาลดลง และผลการวิจัยของภัชรินทร์ กลั่นคูวัฒน์ และธวัชชัย กมลธรรม[7] พบว่าการใส่รองเท้านวดกดจุดสมุนไพรบรรเทาอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการทดสอบประสาทรับความรู้สึกเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 5.38 และ 1.71 แสดงถึงค่าของระดับอาการชาเท้าลดลง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อีกทั้งการศึกษาของณัททชา ศรัณยวุฒิกุล และมาลินี บุญยรัตน์พันธุ์[8] พบว่าการนวดเท้าแผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในคนไข้เบาหวานเมื่อเปรียบเทียบจุดชาที่เท้าก่อนได้รับการนวด (mean 4.33±1.92) กับหลังจากได้รับการนวดที่ 2 สัปดาห์ (mean 2.10±2.13) และ 4 สัปดาห์ (mean 1.08±1.62) พบว่า หลังจากได้รับการนวดที่ 2 และ 4 สัปดาห์มีจุดชาที่เท้าลดลงตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับอาการชาจากการนวดแช่เท้า จากการศึกษาของพนิดา กมุทชาติ และคณะ[9] เกี่ยวกับผลของการแช่เท้าสมุนไพรต่อการรับความรู้สึกของเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อได้รับการประเมินความรู้สึกด้วย Monofilament พบว่าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีอาการชาเท้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=value <0.05) และจากการศึกษาของปรีชา หนูทิม และคณะ[6] พบว่าการแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพรที่น้ำมีอุณหภูมิ 38-40 องศาเซลเซียส 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาในการแช่เท้าครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังการทดลองกลุ่มแช่เท้าสมุนไพรจุดรับรู้ความรู้สึกที่ผิดปกติ (ข้างซ้าย) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการให้บริการ จากผลการวิจัย พบว่าอาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานบางราย เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาเท้ามา 10 ปีขึ้นไปหรือมีบางจุดบริเวณของฝ่าเท้าที่ไม่รู้สึก หลังจากสิ้นสุดการวิจัยอาการชาอาจกลับมาเป็นเยอะเช่นเดิม ดังนั้นจึงมีคำแนะนำที่อยากให้ผู้ป่วยนำการแช่เท้าสมุนไพรไปใช้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันแต่ต้องระมัดระวังเรื่องความร้อนเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอาการชาการรับรู้ความรู้สึกร้อนอาจช้า หากเป็นไปได้ให้ญาติผู้ที่สุขภาพแข็งแรงเตรียมน้ำในการแช่สมุนไพรเพื่อป้องกันไม่ให้เท้าร้อนเกินไปจนอาจเกิดแผลพุพองตามมาได้

ด้านนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดการแช่เท้าให้มีในหัตถการในระบบ HosXp เพื่อครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจจะเป็นตัวแปรกวนต่องานวิจัย ฉะนั้นควรมีการศึกษากลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบอาการชากับกลุ่มทดลอง

2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปอาจวิจัยเกี่ยวกับการเปรียบเทียบการนวดฝ่าเท้า และ การแช่เท้าด้วยสมุนไพร เพื่อแยกความชัดเจนให้มากขึ้น หรือ การนวดฝ่าเท้าที่หน่วยบริการ และการนวดฝ่าเท้าด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นด้านการใช้งานแพทย์แผนไทยที่หลากหลายสามารถบรรเทาหรือลดอาการชาปลายเท้าได้หรือไม่

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2023). Diabetes facts and figures. สืบค้น เมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2568, จาก https://idf.org/aboutdiabetes/diabetes-facts-figures/.
2. Margolis, D. J., Allen-Taylor, L., Hoffstad, O., & Berlin, J. A. (2005). Diabetic neuropathic foot ulcers and amputation. Wound Repair and Regeneration, 13(1), 230–236.
3. ศศิภัสช์ ช้อนทอง. (2566). โรคเบาหวาน (Diabetes). สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568, จาก https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment.
4. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมในราชูปถัมภ์. (2555). หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์.
5. ร่มฉัตร ประเสริฐ, อาทิตย์ พวงมะลิ และสุรีพร อุทัยคุปต์. (2566). ขีดกั้นระดับการรับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยแรงกด และภาวะทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดคอเรื้อรังแบบไม่ทราบสาเหตุ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 25(2), 203-211.
6. ปรีชา หนูทิม, ลักขณา รามวงศ์, พรชัย สว่างวงค์, พิมพ์ลดา พงศ์ชัยชานนท์ และอมรรัตน์ ราชเดิม. ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการแช่เท้าด้วยสมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการ ชาเท้า. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2565; 20(3). 430-468.
8. ณัททชา ศรัณยวุฒกุล และมาลินี บุญยรัตน์พันธ. (2565). ประสิทธิผลของการนวดเท้าแผนไทยเพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขแลวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(3), 172-186.
7. ภัชรินทร์ กลั่นคูวัฒน์ และธวัชชัย กมลธรรม. (2566). การศึกษาเปรียบเทียบผลของรองเท้านวดกดจุดสมุนไพรบรรเทาอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 21(1), 58-70.
9. พนิดา กมุทชาติ, สุพรรณฉัตร หนูสวัสดิ์, สุภารัตน์ สุขโท, ลลิตา แปนเมือง, ชัยมงคล วันดีรัตน์ และปวีณา เวสา. (2566). ผลของการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรต่อการรับความรู้สึกของเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 5(4), 67-73.

การพัฒนาและประเมินผลแนวทางการนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านบูรณาการกายวิภาคศาสตร์ ในการรักษาโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง คลินิกทวารวดีแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Development and Evaluation of a Khid Sen Massage Guideline Based on Folk Healer Wisdom Integrated with Anatomy for the Treatment of Lom Plai Pattakat Sanyan 5 Lang, Thawarawadee Thai Traditional Medicine Clinic,Maha Sarakham Provincial Public Health Office.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

สุริยา ขันทชาติ[1]
Suriya Khantachat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์เทียบเคียงเทคนิคการนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านกับโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ 2) พัฒนาแนวทางการนวดขิดเส้นร่วมกับการประคบสมุนไพรสำหรับโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง 3) เปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาตามแนวทาง และ 4) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2567 แบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ทบทวนองค์ความรู้ของแม่เกษร โพพันธราช เทียบเคียงกับกายวิภาคศาสตร์ พัฒนาแนวทาง ทดลองใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ในผู้ป่วย 30 ราย ซึ่งได้รับการรักษา 3 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์ และปรับปรุงแนวทาง เครื่องมือ ได้แก่ แนวทางการรักษา แบบสัมภาษณ์ มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข 0–10 และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) เทคนิคการนวด 23 ท่าเทียบเคียงได้กับกล้ามเนื้อหน้าท้องรอบสะดือและกล้ามเนื้อบริเวณบ่า คอ สะบัก ต้นแขน หน้าอก และหลัง โดยกล้ามเนื้อที่เทคนิคกระทำบ่อยที่สุด คือ trapezius 2) แนวทางประกอบด้วย 24 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจท้องและนวดท้อง 3 ขั้นตอน การนวดขิดเส้นท่านั่ง 20 ขั้นตอน และการประคบสมุนไพร 1 ขั้นตอน พร้อมกระบวนการบริการ เกณฑ์การส่งต่อ และแบบบันทึกการรักษา 3) คะแนนความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 5.90 (SD = 0.84) เป็น 2.70 (SD = 0.75) หลังการรักษาครั้งที่ 3 ลดลงร้อยละ 54.24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.87$, $p < .001$) และ 4) ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.57, SD = 0.54)

คำสำคัญ: การนวดขิดเส้น, ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน, กายวิภาคศาสตร์, ลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง, การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This quasi experimental research by one-group pretest–posttest design and development study aimed to 1) map Khid Sen massage techniques derived from folk healer wisdom to anatomical structures, 2) develop a Khid Sen massage guideline combined with herbal compress for Lom Plai Pattakat Sanyan 5 Lang, 3) compare pain intensity before and after treatment according to the guideline, and 4) assess patient satisfaction. The study was conducted from October 2022 to July 2024 in five phases: review of the Khid Sen knowledge of the folk healer Kesorn Phophantharat, anatomical mapping, guideline development and review, a one-group pretest–posttest trial in 30 patients who received three sessions within two weeks, and summary and revision. Instruments were the guideline, an interview form, a 0–10 numeric pain rating scale, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

[1] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

The results showed that 1) the 23 techniques corresponded to the Abdominal muscles and to muscles of the shoulder, neck, scapula, upper arm, chest, and back, with the trapezius most frequently involved; 2) the guideline comprised 24 steps: three abdominal steps, 20 sitting-position Khid Sen steps, and one herbal compress step, with a service process, referral criteria, and a record form; 3) the mean pain score decreased from 5.90 (SD = 0.84) to 2.70 (SD = 0.75) after the third session, a reduction of 54.24% ($Z = -4.87$, $p < .001$); and 4) overall satisfaction was at the highest level (M = 4.57, SD = 0.54).

Keywords: Khid Sen massage, folk healer wisdom, anatomy, Lom Plai Pattakat Sanyan 5 Lang, research and development

บทนำ

การทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และสะบักอยู่ในท่าทางเดิม และนำไปสู่อาการปวดตึงคอ บ่า ปวดศีรษะ และปวดกระบอกตา[1] ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[2] พบว่าผู้ใช้งานอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 93.5 ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน อาการลักษณะนี้จำนวนมากสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain syndrome) ซึ่งมีจุดกดเจ็บในกล้ามเนื้อ trapezius, levator scapulae และกล้ามเนื้อรอบสะบัก[3] ในทางการแพทย์แผนไทย อาการปวดตึงบ่าและต้นคอที่ร้าวขึ้นศีรษะ อาจมีปวดกระบอกตาร่วมด้วย จัดเป็นโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง รักษาด้วยหัตถเวชกรรม ได้แก่ การกด คลึง บีบ ดึง และประคบ[4]

การนวดไทยเป็นมรดกวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติ (UNESCO, 2019) และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่งเสริมการนวดไทยอัตลักษณ์ประจำภาค โดยการนวดขิดเส้นเป็นอัตลักษณ์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[5] หมอพื้นบ้านอีสานใช้คำว่า “เอ็น” แทน “เส้น” และเรียกการรักษาว่า “ขิด” หมายถึง การใช้นิ้วหัวแม่มือ ส้นมือ หรือศอก เขี่ย ผลัก หรือขยับเส้นที่ตึงหรือจมให้คลายและกลับสู่ตำแหน่งเดิม ความรู้นี้เป็นความรู้ฝังลึกในตัวบุคคล ถ่ายทอดด้วยการปฏิบัติ และใช้คำเรียกตำแหน่งในภาษาถิ่น เช่น จุดดึงคอแมว สันในและจุดรากขวัญ ซึ่งไม่ตรงกับศัพท์ทางวิชาการ[6]

ผู้วิจัยได้ถอดองค์ความรู้การนวดขิดเส้นของแม่เกษร โพพันธราช หมอพื้นบ้านอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม และจัดทำเป็นคู่มือมาตรฐานการนวดขิดเส้น ได้แนวคิด ข้อห้าม เทคนิคการนวด 79 ท่า และกลุ่มโรคที่รักษา 23 รายการ[6] แต่องค์ความรู้ดังกล่าวยังมีช่องว่าง 2 ประการ คือ เทคนิคแต่ละท่ายังไม่ได้เทียบเคียงกับโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ ทำให้บุคลากรที่ไม่ได้เรียนกับหมอพื้นบ้านโดยตรงหาตำแหน่งได้ไม่ตรงกัน และยังไม่มีแนวทางการรักษาเฉพาะโรคที่กำหนดขั้นตอน ขนาดการรักษา และระบบส่งต่อสำหรับหน่วยบริการ งานวิจัยการนวดขิดเส้นที่ผ่านมาเป็นการติดตามผลการรักษาของหมอพื้นบ้านรายบุคคล ไม่ได้กำหนดขั้นตอนมาตรฐานสำหรับบุคลากรในหน่วยบริการ[7]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำรวจผู้ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2562 พบว่าร้อยละ 68.18 มีอาการปวดกล้ามเนื้อหรืออาการในกลุ่มออฟฟิศซินโดรม จึงเปิดคลินิกทวารวดีแพทย์แผนไทย ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อดูแลกลุ่มที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ จากข้อมูลการรับบริการปีงบประมาณ 2562–2565 จำนวน 2,265 ครั้ง พบโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลังมากที่สุด 710 ครั้ง (ร้อยละ 31.35)[6] ผู้วิจัยจึงต่อยอดองค์ความรู้เดิมด้วยการเทียบเคียงเทคนิคการนวดขิดเส้นกับกายวิภาคศาสตร์ แล้วใช้ผลการเทียบเคียงพัฒนาแนวทางการรักษาโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง และประเมินผลในคลินิก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์เทียบเคียงเทคนิคการนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านกับโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการนวดขิดเส้นร่วมกับการประคบสมุนไพรสำหรับการรักษาโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษาตามแนวทาง

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรักษาตามแนวทาง

สมมติฐานการวิจัย คือ ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดเฉลี่ยหลังได้รับการรักษาตามแนวทางต่ำกว่าก่อนได้รับการรักษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) นี้ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทบทวนองค์ความรู้เดิมและบริบท (ตุลาคม–ธันวาคม 2565) วิเคราะห์เอกสารจากรายงานการถอดองค์ความรู้และคู่มือการนวดขิดเส้นฉบับเดิม ข้อมูลการรับบริการของคลินิกทวารวดีแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และตำราที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์เทียบเคียงกายวิภาคศาสตร์ (มกราคม–มิถุนายน 2566) ผู้วิจัยเป็นผู้วางแผน ดำเนินการเทียบเคียง วิเคราะห์ และสรุปผล คณะทำงานร่วมตรวจทานผลการเทียบเคียง ผู้ทรงภูมิปัญญายืนยันตำแหน่งและวิธีการนวด และวิทยากรให้ข้อเสนอแนะด้านเทคนิคการนวด โดยมีอาจารย์สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นที่ปรึกษาด้านกายวิภาคศาสตร์ ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระบุตำแหน่งบนพื้นผิวร่างกายของแต่ละท่าและจุดอ้างอิงทางกายวิภาค 2) ระบุกล้ามเนื้อใต้ตำแหน่งที่ถูกกระทำตามทิศทางการขิด โดยอ้างอิงตำรากายวิภาคศาสตร์[8] 3) เทียบคำเรียกตำแหน่งในภาษาถิ่นกับโครงสร้างทางกายวิภาค 4) ให้ผู้ทรงภูมิปัญญาสาธิตและยืนยันตำแหน่ง ทิศทาง และวิธีการนวด และ 5) คณะทำงานพิจารณาร่วมกันจนได้ข้อสรุป และ 6) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดกลุ่มเทคนิคตามบริเวณของร่างกาย และนับความถี่ของกล้ามเนื้อที่เทคนิคกระทำ จัดทำตารางเทียบเคียงคำเรียกตำแหน่ง ตารางเทียบเคียงรายท่า และคู่มือการนวดขิดเส้นเทียบเคียงกายวิภาคศาสตร์

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางการรักษา (กรกฎาคม–กันยายน 2566) ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาแนวทาง โดยมีคณะทำงานชุดเดียวกับระยะที่ 2 ร่วมตรวจทาน และที่ปรึกษา ได้แก่ ผู้ทรงภูมิปัญญาและวิทยากรศูนย์ฝึกอบรม ให้ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย การคัดเลือกเทคนิคท่านั่งที่ผลการเทียบเคียงแสดงว่าครอบคลุมกล้ามเนื้อบริเวณบ่า ต้นคอ สะบัก ต้นแขน และไหปลาร้า กำหนดขนาดการรักษา เกณฑ์การรับบริการตามข้อห้ามในการนวดของตำรามาตรฐานกระบวนการให้บริการ และเกณฑ์การยุติการรักษาและส่งต่อ จัดทำแบบบันทึกการรักษาโดยประยุกต์จากแบบฟอร์มของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[9] แล้วให้คณะทำงานและวิทยากรตรวจสอบความเหมาะสมของร่างแนวทางโดยการพิจารณาร่วมกันใน 4 ประเด็น ได้แก่ ความถูกต้องของวิธีการนวดและการเทียบเคียง ความเหมาะสมของการเลือกเทคนิคกับโรค ความปลอดภัย และเกณฑ์การส่งต่อ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แล้วปรับแก้เป็นฉบับทดลองใช้

ระยะที่ 4 การทดลองใช้และประเมินผล (ตุลาคม 2566–พฤษภาคม 2567) ดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัย ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลังที่มารับบริการคลินิกทวารวดีแพทย์แผนไทย ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย 30 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยผู้ประกอบวิชาชีพ อายุ 25–60 ปี ไม่มีโรคประจำตัว อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตไม่เกิน 140/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวดก่อนการรักษา 2–7 คะแนน ปฏิบัติงานด้านสำนักงาน (back office) และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัด

ออก ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้ หรือเข้าข่ายข้อห้ามในการนวดตามตำรามาตรฐาน[8]

การรักษาตามแนวทางประกอบด้วยการตรวจท้องและนวดท้องในท่านอนหงาย 3 ขั้นตอน และการนวดขิดเส้นท่านั่ง 20 ขั้นตอน ทำท่าละ 3–5 รอบ รวมเวลานวด 60 นาที ตามด้วยการประคบสมุนไพรบริเวณบ่า คอ และสะบัก 30 นาที โดยใช้ตำรับยาประคบตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร[10] รักษา 3 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางชีวสังคม ประวัติอาการปวด และผลการตรวจกระดูกต้นคอและกล้ามเนื้อบ่า 2) มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข 0–10 (0 = ไม่ปวด, 10 = ปวดรุนแรงมากที่สุด)[11] ผู้ป่วยประเมินความปวดตึงต้นคอใน 4 ท่า ได้แก่ ก้มหน้าคางชิดอก แหงนหน้า เอียงคอซ้าย และเอียงคอขวา ก่อนและหลังการนวดทุกครั้ง แล้วใช้คะแนนเฉลี่ยของ 4 ท่า และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจ 7 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ให้ความยินยอมและได้รับรหัส TTM01–TTM30 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานในครั้งที่ 1 แพทย์แผนไทยประเมินความปวดก่อนและหลังการนวดทุกครั้ง และผู้ป่วยตอบแบบประเมินความพึงพอใจหลังการรักษาครั้งที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และมัธยฐาน จัดระดับความปวดเป็น 0 ไม่ปวด 1–3 ปวดเล็กน้อย 4–6 ปวดปานกลาง และ 7–10 ปวดมาก เปรียบเทียบคะแนนก่อนการรักษาครั้งที่ 1 และหลังการรักษาครั้งที่ 3 ด้วย Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากผลต่างของคะแนนไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (Shapiro–Wilk test) และแปลผลความพึงพอใจตามเกณฑ์ของ Best[11] คือ 4.50–5.00 มากที่สุด 3.50–4.49 มาก 2.50–3.49 ปานกลาง 1.50–2.49 น้อย และ 1.00–1.49 น้อยที่สุด

ระยะที่ 5 การสรุปผลและปรับปรุงแนวทาง (มิถุนายน–กรกฎาคม 2567) ผู้วิจัยนำผลการทดลองใช้และข้อสังเกตของผู้ให้บริการมาปรับปรุงเป็นแนวทางฉบับบูรณาการ และรายงานผลต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อเก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวม องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านใช้จากรายงานเดิมซึ่งหมอพื้นบ้านให้ความยินยอมในการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ผลการทบทวนองค์ความรู้เดิมและบริบท

โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง พบมากที่สุดในคลินิกทวารวดีแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (ร้อยละ 31.35) จึงเลือกเป็นโรคเป้าหมาย เทคนิคการนวด 79 ท่าในองค์ความรู้เดิม เป็นการตรวจท้องและนวดท้อง 3 ท่า ท่านอนหงาย 23 ท่า ท่านอนคว่ำ 22 ท่า และท่านั่ง 31 ท่า โรคเป้าหมายอยู่ในกลุ่มโรคคอ บ่า และศีรษะ ซึ่งตามสูตรของผู้ทรงภูมิปัญญาใช้การตรวจและนวดท้องร่วมกับการนวดท่านั่ง

2. ผลการวิเคราะห์เทียบเคียงกายวิภาคศาสตร์

คำเรียกตำแหน่งตามภูมิปัญญาเทียบเคียงได้กับโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ เช่น จุดดึงคอแมว (บ่า ห่างจากฐานคอ 1 นิ้วมือ) ตรงกับ upper trapezius สันใน (ขอบสะบักล่างด้านใน) ตรงกับ rhomboids และ levator scapulae และเอ็นสายบือ (รอบสะดือ) ตรงกับ rectus abdominis เทคนิค 23 ท่าที่สัมพันธ์กับอาการของโรคเป้าหมาย (ตารางที่ 1) ครอบคลุมผนังหน้าท้องรอบสะดือ (ขั้นที่ 1–3) กล้ามเนื้อบ่าและคอ (ขั้นที่ 4, 7, 14, 15) กล้ามเนื้อรอบสะบัก (ขั้นที่ 8–10, 16, 17) กล้ามเนื้อต้นแขนและหัวไหล่ (ขั้นที่ 5, 6, 18–20) กล้ามเนื้อหน้าอกและบริเวณไหปลาร้า (ขั้นที่ 21–23) และแนวกล้ามเนื้อหลังถึงเชิงกราน (ขั้นที่ 11–13) กล้ามเนื้อที่เทคนิคท่านั่งกระทำบ่อยที่สุด คือ trapezius (9

ท่า) รองลงมา คือ deltoid (7 ท่า) และ latissimus dorsi (5 ท่า)

3. ผลการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการรักษา

แนวทางประกอบด้วย 24 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจท้องและนวดท้อง 3 ขั้นตอน (ขั้นที่ 1–3) การนวดท่านั่ง 20 ขั้นตอน (ขั้นที่ 4–23) ประกอบด้วยการนวดด้านหลังทั้ง 16 ท่า และด้านหน้า 4 ท่า โดยตัดเทคนิคด้านหน้า 11 ท่าที่สัมพันธ์กับข้อศอก ข้อมือ และนิ้วมือออก และการประคบสมุนไพร (ขั้นที่ 24) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนของแนวทางการนวดขิดเส้นร่วมกับการประคบสมุนไพรและโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ที่เทียบเคียง

ขั้น	เทคนิค	โครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์
1	ตรวจท้องท่าที่ 1 กดคลำหน้าท้องวนตามเข็มนาฬิกา 2 รอบ	Rectus abdominis, External/Internal oblique
2	ตรวจท้องท่าที่ 2 กดวนขิดสะดือ ตรวจเส้นพันสะดือ	Rectus abdominis รอบสะดือ
3	นวดท้อง โกยและดันเข้าหาสะดือด้วยนิ้วและส้นมือ	Rectus abdominis, External/Internal oblique
4	นวดกล้ามเนื้อบ่า (จุดดึงคอแมว)	Trapezius
5	ขิดกล้ามเนื้อหัวไหล่ด้านหน้าและต้นแขน	Deltoid, Biceps brachii
6	ขิดกล้ามเนื้อต้นแขนด้านหลัง	Posterior deltoid, Triceps brachii
7	ขิดแอ่งสะบัก	Trapezius, Supraspinatus, Infraspinatus
8	ดึงกล้ามเนื้อปีกสะบักด้านนอก (ปีกไก่)	Latissimus dorsi, Teres major/minor
9	ขิดขอบสะบักด้านใน	Latissimus dorsi, Trapezius
10	ดึงเอ็นขิดขอบสะบักล่างด้านใน (สันใน)	Rhomboids, Levator scapulae
11	ขิดแนวกล้ามเนื้อหลัง	Latissimus dorsi, Trapezius
12	ขิดขอบแนวกระเบนเหน็บ	Gluteus maximus, Piriformis
13	ขิดแนวขอบกระดูกเชิงกราน	Gluteus maximus, Piriformis
14	ขิดกล้ามเนื้อขิดแนวกระดูกต้นคอ (เอ็นคอ)	Trapezius, Semispinalis, Multifidus
15	กดและขิดฐานกะโหลกศีรษะ 3 จุด	Trapezius, Semispinalis, Splenius capitis
16	กดขอบสะบักด้านนอก (สัญญาณ 1 หัวไหล่)	Latissimus dorsi, Teres minor
17	ขิดขอบสะบักด้านในขณะยกแขน 90 องศา	Latissimus dorsi, Trapezius
18	บีบกล้ามเนื้อแขนท่อนบน	Deltoid, Biceps brachii, Triceps brachii
19	ตรวจการไพล่หลัง (หักปีกไก่)	Deltoid
20	ประเมินการตึงตัวของกล้ามเนื้อแขน	Deltoid, Supraspinatus, Trapezius, Serratus anterior
21	ดึงกล้ามเนื้อใต้รักแร้	Pectoralis major/minor, Subscapularis, Serratus anterior
22	ขิดใต้กระดูกไหปลาร้า (จุดรากขวัญ)	Pectoralis major, Deltoid, Subclavius
23	ขิดเหนือกึ่งกลางไหปลาร้า (เส้นผู้หัวใจ)	Sternocleidomastoid, Pectoralis major, Deltoid
24	ประคบสมุนไพรบริเวณบ่า คอ และสะบัก 30 นาที	–

หมายเหตุ: ขั้นที่ 1–3 ผู้ถูกนวดนอนหงาย ขั้นที่ 4–23 ผู้ถูกนวดนั่งขัดสมาธิหรือนั่งเหยียดขา ทำท่าละ 3–5 รอบ

แนวทางคงการตรวจท้องและนวดท้องเป็นขั้นตอนแรกตามสูตรของผู้ทรงภูมิปัญญา ซึ่งถือว่าสะดือเป็นจุดรวมของเส้น เมื่อเส้นรอบสะดือตึงหรือพันกันจะดึงรั้งไปยังส่วนอื่นของร่างกาย การตรวจ

ท้องท่าที่ 2 ใช้คัดกรองภาวะเส้นพันสะดือ หากพบ ผู้นวดจะคลายเส้นบริเวณนั้นก่อนนวดบ่าและคอ แนวทางกำหนดกระบวนการให้บริการ 9 ขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการให้คำแนะนำ เกณฑ์ยุติการรักษาและส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบันเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น หรือคลื่นไส้อาเจียน และแบบบันทึกการรักษา คณะทำงานและวิทยากรพิจารณาร่างแนวทางครบทั้ง 4 ประเด็น และผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะเป็นฉบับทดลองใช้ หลังการทดลองใช้ (ระยะที่ 5) ผู้วิจัยปรับปรุงเป็นแนวทางฉบับบูรณาการที่ระบุวิธีการ คำเรียกตามภูมิปัญญาและโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ในทุกขั้นตอน

4. ผลการทดลองใช้แนวทางในคลินิก (ประสิทธิผลของการนวดขิดเส้น)

กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) อายุเฉลี่ย 44.27 ปี (SD = 7.46) ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 21.33 ปี (SD = 7.56) ร้อยละ 66.7 มีอาการปวดเรื้อรัง และผลการตรวจแนวกระดูกต้นคอไม่พบความผิดปกติทุกราย

คะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนการรักษาครั้งที่ 1 เท่ากับ 5.90 (SD = 0.84) อยู่ในระดับปวดปานกลาง หลังการรักษาครั้งที่ 3 เท่ากับ 2.70 (SD = 0.75) อยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ลดลงเฉลี่ย 3.20 คะแนน หรือร้อยละ 54.24 ของค่าเริ่มต้น ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนลดลง และคะแนนหลังการรักษาต่ำกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.87$, $p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อพิจารณารายครั้ง คะแนนลดลงหลังการนวดทุกครั้ง และคะแนนก่อนการนวดลดลงต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 ระยะเวลาจากการรักษาครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 เฉลี่ย 8.43 วัน (ช่วง 6–11 วัน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความปวดก่อนและหลังการนวดรายครั้ง (n = 30)

การวัด	ก่อนนวด M (SD)	หลังนวด M (SD)	ผลต่าง
ครั้งที่ 1	5.90 (0.84)	3.33 (0.71)	2.57
ครั้งที่ 2	5.27 (0.69)	2.70 (0.60)	2.57
ครั้งที่ 3	4.17 (0.70)	2.70 (0.75)	1.47
ก่อนครั้งที่ 1 – หลังครั้งที่ 3	5.90 (0.84), Mdn = 6	2.70 (0.75), Mdn = 3	3.20*

*หมายเหตุ: Mdn = มัธยฐาน; *Wilcoxon signed-rank test, $Z = -4.87$, $p < .001$; ผลต่างไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (Shapiro–Wilk $W = 0.80$, $p < .001$)*

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.57, SD = 0.54) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้ความรู้และคำแนะนำ (M = 4.73) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ขั้นตอนในการให้บริการ (M = 4.47) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 4 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาครบ 3 ครั้ง และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องยุติการรักษาหรือส่งต่อ

สรุปและอภิปรายผล

การเทียบเคียงความรู้ชัดแจ้งจากภูมิปัญญากับกายวิภาคศาสตร์ ตามขั้นการผสมผสานความรู้ทำให้บุคลากรสุขภาพสาขาอื่นเข้าใจคำเรียกในภาษาถิ่นตรงกัน กล้ามเนื้อเป้าหมายของเทคนิค ได้แก่ trapezius, levator scapulae และ rhomboids เป็นกล้ามเนื้อที่พบจุดกดเจ็บบ่อยในผู้ป่วยปวดคอและบ่า และทำให้ปวดร้าวขึ้นศีรษะ ขมับ และบริเวณตา[12] ซึ่งตรงกับอาการของโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง แสดงว่าตำแหน่งที่ผู้ทรงภูมิปัญญาเลือกนวดตรงกับกล้ามเนื้อที่เป็นแหล่งของอาการ

แนวทางเพิ่มองค์ประกอบที่หน่วยบริการต้องใช้แต่ไม่มีในองค์ความรู้เดิม ได้แก่ การเลือกเทคนิคเฉพาะโรค ลำดับขั้นตอน ขนาดการรักษา เกณฑ์การรับบริการ และระบบส่งต่อ ส่วนการนวดท้องเป็นขั้นตอนแรกเป็นลักษณะเฉพาะของการนวดขิดเส้นที่ต่างจากการนวดไทยแบบราชสำนัก และสอดคล้องกับทฤษฎีเส้นประธานสิบที่ระบุว่าเส้นหลักส่วนใหญ่

เริ่มต้นจากรอบสะดือ[8] อย่างไรก็ตาม ความเชื่อมโยงระหว่างการนวดท้องกับอาการปวดคอและบ่า ยังไม่มีหลักฐานทางกายวิภาคศาสตร์หรือสรีรวิทยารองรับโดยตรง

ระดับความปวดลดลงเฉลี่ย 3.20 คะแนน หรือร้อยละ 54.24 สูงกว่าเกณฑ์การเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายทางคลินิกประมาณ 2 คะแนน หรือร้อยละ 30[13] ผลนี้อธิบายได้จาก 3 กลไก ได้แก่ แรงกดและการขิดกระตุ้นใยประสาทรับความรู้สึกสัมผัสซึ่งยับยั้งการส่งสัญญาณปวดที่ระดับไขสันหลังตามทฤษฎีประตูควบคุมความปวด[14] การขิดและดึงกล้ามเนื้อเป้าหมายลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ[15] และความร้อนจากการประคบสมุนไพรทำให้หลอดเลือดขยายและลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ[16]

คะแนนก่อนการนวดที่ลดลงต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 แสดงว่าผลของการนวดคงอยู่ระหว่างการนัด และสนับสนุนขนาดการรักษา 3 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์ ด้านความพึงพอใจ ข้อการให้ความรู้และคำแนะนำมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนว่าผู้รับบริการให้ความสำคัญกับวิธีดูแลตนเอง ส่วนข้อขั้นตอนในการให้บริการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อาจเนื่องจากแนวทางมีหลายขั้นตอนและต้องมารับการรักษา 3 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์

ข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ รูปแบบกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ความปวดที่ลดลงส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการหายเองหรือผลของความคาดหวัง แยกผลของแต่ละองค์ประกอบของการรักษาไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างมาจากหน่วยงานเดียว ไม่ได้ติดตามผลระยะยาว องค์ความรู้มาจากผู้ทรงภูมิปัญญาท่านเดียว และการตรวจสอบความเหมาะสมยังไม่ได้ใช้ดัชนีความสอดคล้อง[17]

ข้อเสนอแนะ

แนวทางที่พัฒนาขึ้นระบุคำเรียกตามภูมิปัญญาและโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ ในทุกขั้นตอน เมื่อนำไปใช้ในคลินิก ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ และผู้รับบริการพึงพอใจในระดับมากที่สุด หน่วยบริการการแพทย์แผนไทย นำแนวทางไปใช้ได้ร่วมกับแบบบันทึกการรักษาและเกณฑ์การส่งต่อ และผู้ให้บริการควรผ่านการฝึกตามแนวทางก่อนให้บริการ การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้รูปแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ แยกศึกษาผลของการนวดท้องและการประคบสมุนไพร ติดตามผล 1 และ 3 เดือน เพิ่มตัวแปรผลลัพธ์ เช่น องศาการเคลื่อนไหวของคอ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญอิสระ

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแม่เกษร โพพันธราช ผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้การนวดขิดเส้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย อาจารย์สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะทำงาน และวิทยากรศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 7

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิติชญา ฉลาดล้น, และพิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม. (2556). การบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานและพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานศูนย์บริการให้ข้อมูล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23*(1), 44–59. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/9819
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565, 26 เมษายน). *การสำรวจข้อมูลผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อ*. https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey
3. Simons, D. G., Travell, J. G., & Simons, L. S. (1999). *Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual: Vol. 1. Upper half of body* (2nd ed.). Williams & Wilkins.
4. กลุ่มงานวิชาการนวดไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2563). *การนวดไทยอัตลักษณ์ไทย: การนวดขิดเส้น*. โรงพิมพ์แมกเนทสโตร์.
5. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2563). *แผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนานวดไทย (ฉบับที่ 1): นวดไทยมรดกไทยมรดกโลก พ.ศ. 2563–2565*. https://ont.dtam.moph.go.th
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2563). *คู่มือมาตรฐานการนวดขิดเส้น จังหวัดมหาสารคาม*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
7. ชลวิทย์ สิงหกุล และคณะ. (2564). ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านการนวดขิดเส้น: กรณีศึกษา นายบุรี แก้วคำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 1*(2), 40–54. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/253678
8. กลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2553). *ตำราผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 372 ชั่วโมง*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
9. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2556). *มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
10. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (2562). ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2562. *ราชกิจจานุเบกษา, 136*(ตอนพิเศษ 95 ง), 8. https://dmsic.moph.go.th/index/detail/7760
11. Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
12. Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research, 63*(S11), S240–S252.
13. Farrar, J. T., Young, J. P., Jr., LaMoreaux, L., Werth, J. L., & Poole, R. M. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain, 94*(2), 149–158.
14. Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*(3699), 971–979.
15. Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Kharmwan, S. (2011). The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 15*(1), 15–23.
16. Nadler, S. F., Weingand, K., & Kruse, R. J. (2004). The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy for the pain practitioner. *Pain Physician, 7*(3), 395–399.
17. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2*, 49–60.

การพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

Development of Guidelines for Screening and Diagnosing Latent Tuberculosis Infection among Healthcare Workers at Nongsonghong Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

จิวาลักษณ์ เดชสังข์[1]
Jiwalug Dechsung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือและวงจรคุณภาพ PDCA 2 วงรอบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการ พัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร และประเมินประสิทธิผลของแนวทาง ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ 10 คน ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน และบุคลากรที่ทดลองใช้แนวทาง 20 คน จาก 5 หน่วยงาน และขยายการใช้แนวทางไปยังบุคลากรทั้งโรงพยาบาล 180 คน ในวงรอบที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของแนวทาง และแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางและตัวชี้วัด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน (IOC ของแนวทางเท่ากับ 0.68 แบบวัดความรู้เท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามเท่ากับ 0.91) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ (KR-20) เท่ากับ 0.77 และแบบสอบถามความคิดเห็น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางเดิมของโรงพยาบาลคัดกรองได้เฉพาะวัณโรคระยะลุกลาม ไม่มีการจำแนกระดับความเสี่ยงและไม่มีการตรวจ IGRA โดยก่อนใช้แนวทางบุคลากรได้รับการคัดกรองอาการร้อยละ 70.00 แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การจำแนกระดับความเสี่ยงและประเมินข้อมูลพื้นฐาน การคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคระยะลุกลาม การตรวจ IGRA การแปลผลและวินิจฉัย และการให้ยาป้องกันวัณโรคและการตรวจติดตาม พร้อมแผนผังการทำงาน (Workflow) ขั้นตอนห้องปฏิบัติการ และการระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ผลการประเมินหลังใช้แนวทาง พบว่า บุคลากรมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.65 (SD = 2.94) เป็น 17.40 (SD = 1.76) คะแนน อยู่ในระดับมากร้อยละ 85.00 ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของแนวทางอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.20) การคัดกรองอาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.00 เป็นร้อยละ 100.00 ในกลุ่มทดลองใช้ และร้อยละ 95.00 เมื่อขยายการใช้ทั้งโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ IGRA ร้อยละ 90.00 พบผลบวกร้อยละ 22.22 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อระยะแฝงได้รับยาป้องกันวัณโรคร้อยละ 82.86 การทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนความรู้หลังใช้แนวทางสูงกว่าก่อนใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: วัณโรคระยะแฝง, การตรวจคัดกรอง, บุคลากรทางการแพทย์

Abstract

This action research study applied collaborative quality improvement concepts and two Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycles. It aimed to investigate the situation, problems, obstacles, and needs; develop a guideline for screening and diagnosing latent tuberculosis infection (LTBI) among personnel; and evaluate the effectiveness of the guideline at Nong Song Hong Hospital, Khon Kaen Province. The study was conducted from April to November 2023, spanning 8 months. The sample consisted of 10 multidisciplinary team members, 4 experts, and 20 personnel who tried out the guideline from 5 departments, selected by purposive sampling; the guideline was then expanded to all 180 hospital personnel in the second cycle.

[1] นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลหนองสองห้อง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

Research instruments included the guideline for screening and diagnosing LTBI, a general information record form, a knowledge test, an opinion questionnaire on the appropriateness of the guideline, and a guideline adherence and indicator record form. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and pre-post comparison of knowledge using Paired t-test.

The findings revealed that the previous hospital guideline could detect only active tuberculosis, with no risk classification and no interferon-gamma release assay (IGRA) testing; before implementation, 70.00% of personnel had been screened for symptoms. The developed guideline comprised five steps: risk classification and baseline assessment, symptom screening for active tuberculosis, IGRA testing, interpretation and diagnosis, and preventive treatment with follow-up, together with a workflow chart, laboratory procedures, and designated persons responsible for each step. Post-implementation evaluation showed that the mean knowledge score increased from 11.65 (SD = 2.94) to 17.40 (SD = 1.76), with 85.00% of personnel at a high level of knowledge. Opinions on the appropriateness of the guideline were at a high level (mean = 4.20). Symptom screening increased from 70.00% to 100.00% in the try-out group and reached 95.00% when expanded hospital-wide; 90.00% of personnel underwent IGRA testing, 22.22% of those tested were positive, and 82.86% of those diagnosed with LTBI received preventive treatment. Statistical testing revealed that knowledge scores after implementation were significantly higher than before at the .05 level ($p < 0.001$).

Keywords: latent tuberculosis infection, screening, healthcare workers, IGRA, action research

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีอุบัติการณ์วัณโรค 133 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 7.5 ล้านราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 16 และมีผู้เสียชีวิต 1.3 ล้านราย ขณะที่ประชากรโลกประมาณ 1 ใน 4 มีการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent Tuberculosis Infection: LTBI)[1] องค์การอนามัยโลกจึงประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตลงร้อยละ 95 และลดอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2578 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558[2]

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศ (NTIP) ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทยขึ้นทะเบียนรักษา 78,955 ราย หรือ 109 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด เพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 8.2 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High TB Burden Countries) ในประเภทวัณโรคและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV)[3] ประเทศไทยจึงจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคเพื่อเร่งรัดการยุติปัญหาวัณโรคของประเทศ[4,5]

การดำเนินโรคของวัณโรคเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่การติดเชื้อจนถึงการป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันและภาวะเจ็บป่วยร่วมของร่างกาย เมื่อได้รับเชื้อ เชื้ออาจถูกกำจัดด้วยภูมิคุ้มกันโดยกำเนิดหรือภูมิคุ้มกันที่อาศัย T cell หากร่างกายกำจัดเชื้อได้หมดจะไม่เกิดการติดเชื้อ แต่หากยังมีเชื้อหลงเหลืออยู่จะเป็นการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ซึ่งเชื้อยังมีชีวิตแต่ไม่เจริญเติบโตและไม่แพร่สู่ผู้อื่น เมื่อร่างกายอ่อนแอหรือมีโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อที่แฝงอยู่จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนจนป่วยเป็นวัณโรค ในระยะแรกอาจยังไม่มี

อาการและตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อ หากวินิจฉัยล่าช้าโรคจะลุกลามจนมีอาการและตรวจพบเชื้อ การค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากต้องสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง[6] การศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ในประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง 7 ประเทศ พบความชุกของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 47 (ช่วง 34–60)[7] การศึกษาของ Uden และคณะพบร้อยละ 37 (ช่วง 28–45)[8] การศึกษาในประเทศจีนซึ่งรวบรวมบุคลากรทางการแพทย์ 9,654 คน พบร้อยละ 51.5 (ช่วง 27.9–88.8)[9] และการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียพบร้อยละ 25 โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศชาย อายุ และการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล[10] สำหรับประเทศไทย การศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบความชุกร้อยละ 30.2 โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ การเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล และการปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรม[11] การศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 24 แห่ง พบร้อยละ 26.13 โดยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น เพศชาย ระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปี และการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[12] และการศึกษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบร้อยละ 9.5 โดยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ระยะเวลาทำงานนาน การสูบบุหรี่ การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน และการทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน[13]

วิธีการตรวจที่แตกต่างกันอาจทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน การทดสอบทางผิวหนังด้วยทูเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test: TST) ตอบสนองต่อการสัมผัสเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* เชื้อมัยโคแบคทีเรียที่ไม่ใช่วัณโรค (Non-tuberculous Mycobacteria: NTM) และการได้รับวัคซีนบีซีจี (Bacillus Calmette–Guérin: BCG) จึงอาจให้ผลบวกลวงได้ ขณะที่การตรวจ Interferon-Gamma Release Assay (IGRA) ใช้แอนติเจนที่มีความจำเพาะต่อเชื้อวัณโรคมากกว่า จึงได้รับผลกระทบจากวัคซีน BCG และการสัมผัสเชื้อ NTM น้อยกว่า[14]

โรงพยาบาลหนองสองห้องเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางในเขตชนบท ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยวัณโรคสูง ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 83 ราย รักษาสำเร็จ 72 ราย เสียชีวิต 6 ราย ปี พ.ศ. 2564 ขึ้นทะเบียน 83 ราย รักษาสำเร็จ 65 ราย เสียชีวิต 7 ราย และปี พ.ศ. 2565 ขึ้นทะเบียน 96 ราย รักษาสำเร็จ 71 ราย เสียชีวิต 11 ราย การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ต้องอาศัยบุคลากร เวชภัณฑ์ สถานที่ เวลา และการสนับสนุนที่มีอยู่อย่างจำกัด บุคลากรจึงมีโอกาสสัมผัสและติดเชื้อวัณโรคมากขึ้น แม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานแล้วก็ตาม

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว แม้แนวทางระดับประเทศจะให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล แต่แนวทางคัดกรองวัณโรคในบุคลากรของโรงพยาบาลหนองสองห้องยังอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเอกซเรย์ทรวงอก และการตรวจเสมหะ ซึ่งตรวจพบได้เฉพาะวัณโรคระยะลุกลาม ไม่สามารถค้นหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้ ผู้วิจัยในฐานะนักเทคนิคการแพทย์ และกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและคณะกรรมการอาชีวอนามัย จึงพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงและผู้ป่วยวัณโรคในบุคลากรได้ตั้งแต่ระยะแรก และพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA 2 วงรอบ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงและแนวทางการตรวจคัดกรองของบุคลากร ก่อนและหลังการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น

3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางที่พัฒนาขึ้นตามความคิดเห็นของบุคลากร และผลการปฏิบัติตามตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการคัดกรอง การตรวจ IGRA และการรับยาป้องกันวัณโรคในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อระยะแฝง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของสถาบันเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement: IHI)[17] ร่วมกับแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 ดำเนินการตามวงจรคุณภาพ PDCA 2 วงรอบ ณ โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 วงรอบที่ 1 เป็นการวางแผน (Plan) โดยศึกษาสถานการณ์และทบทวนวรรณกรรม พัฒนาแนวทางร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.68) จากนั้นปฏิบัติ (Do) โดยทดลองใช้แนวทางกับบุคลากร 20 คน จาก 5 หน่วยงาน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา การเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วม การพัฒนาขอบเขตการดำเนินงานและชุดการเปลี่ยนแปลง การรับสมัครและคัดเลือกทีมเข้าร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินการพัฒนา การวัดและประเมินผล และการสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่ ร่วมกับแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564[15] และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล[16] ดำเนินการที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองสองห้อง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานพยาบาลผู้ป่วยนอก งานคลินิกเฉพาะโรค งานพยาบาลผู้ป่วยในชาย งานพยาบาลผู้ป่วยในหญิง และงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม หน่วยงานละ 4 คน รวม 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าว ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อวัณโรค และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ย้าย เกษียณ หรือไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองสองห้องระหว่างการเก็บข้อมูล มีเหตุจำเป็นต้องออกจากโครงการ หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ 1) แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรควัณโรค ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.68 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงและแนวทางการตรวจคัดกรอง เป็นแบบเลือกตอบ

ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน ใช้วัดก่อนและหลังการใช้แนวทาง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรต่อแนวทาง ซึ่งประยุกต์จากเครื่องมือประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ AGREE II ฉบับภาษาไทยของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4 = เห็นด้วยมากที่สุด ถึง 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด) แปลความหมายค่าเฉลี่ย 3.26–4.00 หมายถึงเหมาะสมมากที่สุด 2.51–3.25 เหมาะสมมาก 1.76–2.50 เหมาะสมน้อย และ 1.00–1.75 เหมาะสมน้อยที่สุด และ 4) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางและตัวชี้วัด ใช้บันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (อายุ อายุงาน หน่วยงาน ระดับความเสี่ยง) จำนวนที่ได้รับการคัดกรอง การตรวจ IGRA ผลการตรวจ และการรับยาป้องกันวัณโรคในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อระยะแฝง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) จำนวน 2 วงรอบ ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของ IHI17 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยวงรอบที่ 1 เป็นการพัฒนาและทดลองใช้แนวทาง เริ่มจากขั้นวางแผน (**Plan**) ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรจากรายงานสถิติของโรงพยาบาล และทบทวนแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 รวมถึงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล จากนั้นนำเสนอสถานการณ์แก่ทีมพัฒนาซึ่งประกอบด้วยแพทย์ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรควัณโรค เพื่อร่วมกันเลือกประเด็นพัฒนา ยกร่างแนวทางและให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ขั้นปฏิบัติ (**Do**) ผู้วิจัยนำแนวทางไปทดลองใช้กับบุคลากร 20 คน จาก 5 หน่วยงาน ขั้นตรวจสอบ (**Check**) ประเมินความคิดเห็นของบุคลากรด้วยแบบสอบถามที่ประยุกต์จาก **AGREE II** จำนวน 11 ข้อ และนำเสนอผลต่อผู้เชี่ยวชาญ และขั้นปรับปรุง (**Act**) ผู้วิจัยปรับแนวทางตามข้อเสนอแนะ ส่วนวงรอบที่ 2 เป็นการนำแนวทางที่ปรับปรุงแล้วเสนอต่อคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก เพื่อเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลประกาศใช้ ติดตามผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด และสรุปผลเพื่อปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics กำหนดระดับ .05 ข้อมูลทั่วไป ผลการปฏิบัติตามตัวชี้วัด และข้อมูลด้านห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (มาก ปานกลาง น้อย) และความคิดเห็นต่อแนวทางแปลผลตามเกณฑ์ของ Best 5 ระดับ เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทางด้วย Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test (ตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างด้วย Shapiro-Wilk test) แบบทางเดียวตามสมมติฐาน เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ได้รับการคัดกรองก่อนและหลังด้วย McNemar's exact test และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่มทีมพัฒนา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงจากการเจาะเก็บตัวอย่างเลือดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ การเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มี

ผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการตรวจถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1) สถิติผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอหนองสองห้องและสถิติบุคลากรที่ป่วยเป็นวัณโรคย้อนหลัง 3 ปี 2) ข้อมูลตัวชี้วัดการคัดกรองบุคลากรจากทะเบียนตรวจสุขภาพบุคลากร ทะเบียนบุคลากรใหม่ และรายงานบุคลากรที่ป่วยของโรงพยาบาล และ 3) ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มทีมพัฒนา (Focus Group Discussion) จำนวน 10 คน เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ตามประเด็นการสนทนา 6 ด้าน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และจัดหมวดหมู่ตามประเด็นการสนทนา มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร

ทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 41.80 ปี (SD = 7.11) อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 52 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี ช่วงละ 4 คน (ร้อยละ 40.00) และอายุ 50 ปีขึ้นไป 2 คน (ร้อยละ 20.00) เมื่อพิจารณาวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นนักเทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 20.00 และแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเภสัชกร อย่างละ 1 คน (ร้อยละ 10.00) ตามลำดับ ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นปริญญาตรี ร้อยละ 30.00 และสูงกว่าปริญญาโท ร้อยละ 20.00 ด้านประสบการณ์ พบว่ามีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.40 ปี (SD = 5.76) ต่ำสุด 4 ปี สูงสุด 22 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 10-19 ปี ร้อยละ 50.00 และมีประสบการณ์ด้านวัณโรค การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หรือห้องปฏิบัติการเฉลี่ย 10.60 ปี (SD = 4.74) ต่ำสุด 4 ปี สูงสุด 20 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 เมื่อพิจารณาบทบาทในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่าส่วนใหญ่เป็นกรรมการ ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือไม่เป็นกรรมการ ร้อยละ 30.00 และเป็นประธานและเลขานุการตำแหน่งละ 1 คน (ร้อยละ 10.00) ด้านการอบรม พบว่าส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับวัณโรคหรือการควบคุมการติดเชื้อใน 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 70.00 โดยเข้าร่วมอบรมเฉลี่ย 1.71 ครั้ง (SD = 0.76) ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 3 ครั้ง ด้านบทบาทในการเฝ้าระวังวัณโรคในบุคลากร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่าส่วนใหญ่มีบทบาทในการซักประวัติและคัดกรองอาการ ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นการรายงานผลและบันทึกใน LIS/HIS ร้อยละ 40.00 และการเจาะเก็บและนำส่งตัวอย่าง IGRA การให้ยาและติดตามผู้รับยา และการกำหนดนโยบาย ร้อยละ 20.00 เท่ากัน ตามลำดับ

1.2 สถานการณ์และบริบทปัจจุบันของการตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในอำเภอหนองสองห้อง ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาปี พ.ศ. 2563 จำนวน 83 ราย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 83 ราย และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 96 ราย แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.66 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 โดยอัตรารักษาสำเร็จลดลงจากร้อยละ 86.75 เป็นร้อยละ 78.31 และร้อยละ 73.96 ตามลำดับ

ขณะที่อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.23 เป็นร้อยละ 8.43 และร้อยละ 11.46 ตามลำดับ สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล พบว่ามีบุคลากรป่วยเป็นวัณโรคระยะลุกลามปีละ 1-2 ราย และไม่พบรายงานการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ทั้งที่บุคลากรมีโอกาสสัมผัสเชื้อต่อเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาปีละ 83-96 ราย แนวทางการคัดกรองวัณโรคในบุคลากรเดิมของโรงพยาบาลใช้การซักประวัติ ตรวจร่างกาย เอกซเรย์ทรวงอก และตรวจเสมหะ ซึ่งตรวจพบได้เฉพาะวัณโรคระยะลุกลาม ไม่มีการจำแนกบุคลากรตามระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน ไม่มีการตรวจ IGRA และไม่มีขั้นตอนการแปลผล การตัดสินใจให้ยาป้องกัน และการตรวจติดตามซ้ำ เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดย้อนหลังก่อนใช้แนวทาง พบว่าจากบุคลากรทั้งหมด 180 คน ได้รับการคัดกรองอาการ 126 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 บุคลากรใหม่ได้รับการคัดกรองก่อนเริ่มงาน 7 คน จาก 11 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64 ไม่มีบุคลากรได้รับการตรวจ IGRA (ร้อยละ 0.00) และบุคลากรที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคระยะลุกลามได้รับการรักษาครบทั้ง 2 ราย (ร้อยละ 100.00) ตัวชี้วัดด้านการคัดกรองจึงยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 ทั้งนี้ ทีมพัฒนาจึงเลือกการค้นหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรเป็นประเด็นในการพัฒนา

1.3 ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร จากการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ได้ข้อมูลจากการถอดความและลงรหัสจำนวน 16 ข้อความ ครอบคลุมประเด็นการสนทนา 6 ด้าน พบปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านที่ 1 ปัญหาด้านการคัดกรองและการประเมินความเสี่ยง (3 ข้อความ) พบว่าหน่วยงานไม่มีเกณฑ์จำแนกระดับความเสี่ยงที่ชัดเจน จึงไม่ทราบความถี่ในการตรวจที่เหมาะสม ดังข้อความว่า “หอผู้ป่วยในมีผู้ป่วยวัณโรคเข้านอนบ่อย แต่ไม่มีเกณฑ์ว่าหน่วยเราอยู่เสี่ยงสูงหรือปานกลาง เลยไม่รู้ว่าต้องตรวจถี่แค่ไหน” (FG09) บุคลากรใหม่ไม่ได้รับการประเมินข้อมูลพื้นฐาน เช่น ประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคและผล IGRA เดิม และบุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจการติดเชื้อระยะแฝงว่าไม่มีอาการและไม่แพร่เชื้อ จึงเห็นว่าผู้ไม่มีอาการไม่จำเป็นต้องตรวจ ด้านที่ 2 ปัญหาด้านห้องปฏิบัติการ (4 ข้อความ) พบว่าการเจาะเก็บเลือดช่วงบ่ายวันศุกร์ทำให้ส่งตัวอย่างไม่ทันภายใน 24 ชั่วโมง ส่งผลให้แปลผลไม่ได้และต้องเจาะซ้ำ ฉลากหลอดไม่ครบหรือปริมาณเลือดไม่ถึงขีดที่กำหนด ทำให้ศูนย์ที่รับตรวจปฏิเสธตัวอย่าง ตู้เย็นที่เก็บตัวอย่างใช้ปะปนกับน้ำยาห้องปฏิบัติการและไม่มีการบันทึกอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส และผลการตรวจที่ศูนย์ส่งกลับเป็นเอกสารไม่ได้บันทึกใน LIS ทำให้แพทย์ค้นหาผลไม่พบ ด้านที่ 3 ปัญหาด้านการแปลผลและการวินิจฉัย (2 ข้อความ) พบว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผลบวกต้องไม่รีบสรุปเป็นการติดเชื้อระยะแฝง แต่ต้องคัดแยกวัณโรคระยะลุกลามด้วยการเอกซเรย์ปอดและซักอาการก่อนทุกราย และกรณีผลแปลผลไม่ได้ซึ่งต้องนัดตรวจซ้ำภายใน 2-6 สัปดาห์ ที่ผ่านมาไม่มีผู้รับผิดชอบติดตาม และด้านที่ 4 ปัญหาด้านยาป้องกันและการติดตาม (3 ข้อความ) พบว่าผู้ที่ผลบวกบางส่วนกลัวผลข้างเคียงของยาและกลัวตับอักเสบจึงปฏิเสธการรับยา ต้องเฝ้าระวังอาการเตือนของยาสูตร 3HP ได้แก่ ผื่น ไข้ และคลื่นไส้ รวมทั้งตรวจสอบยาที่ใช้ร่วมกันก่อนจ่าย และยังไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามความร่วมมือในการกินยาในแต่ละสัปดาห์

1.4 ความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร จากการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ พบความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทาง 6 ประการหลัก ดังนี้ ประการที่ 1 ต้องการให้มีขั้นตอนการตรวจ IGRA เพื่อค้นหาการติดเชื้อระยะแฝง เนื่องจากแนวทางเดิมคัดกรองได้เฉพาะวัณโรค

ระยะลุกลาม ดังข้อความว่า “ถ้าฟิล์มปกติและไม่มีอาการก็ถือว่าผ่านแล้ว ไม่เคยมีใครตรวจ IGRA” (FG04) ประการที่ 2 ต้องการให้จำแนกระดับความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ เพื่อกำหนดความถี่ในการตรวจ โดยเห็นว่าการตรวจทุก 1 ปีในกลุ่มเสี่ยงสูงและทุก 2 ปีในกลุ่มเสี่ยงต่ำเหมาะสมกับงบประมาณของโรงพยาบาล (FG01) ประการที่ 3 ต้องการแบบประเมินข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรใหม่ ประการที่ 4 ต้องการให้กำหนดขั้นตอนห้องปฏิบัติการที่ชัดเจน ได้แก่ วันเจาะเลือด เช็กลิสต์ตรวจหลอดและฉลาก ช่องเก็บตัวอย่างพร้อมแบบบันทึกอุณหภูมิ และการลงผลใน LIS/HIS ภายใน 1 วันทำการ ประการที่ 5 ต้องการให้ระบุผู้รับผิดชอบในการติดตามผลแปลผลไม่ได้และติดตามผู้รับยา โดยมอบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีวัณโรคเป็นผู้นัดตรวจซ้ำ และให้เภสัชกรประเมินยาที่ใช้ร่วมกันก่อนเริ่มยา และประการที่ 6 ต้องการแผนผังการทำงาน (Workflow) หน้าเดียวที่หัวหน้าหน่วยงานเปิดดูแล้วปฏิบัติตามได้ทันที (FG10)

1.5 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อสรุปแก่นสาระและข้อตกลงที่ทีมเห็นร่วมกัน พบว่าข้อความทั้ง 16 ข้อความ สามารถจัดเป็นหมวดหมู่ได้ 16 หมวดหมู่ ตามประเด็นการสนทนา 6 ด้าน และเชื่อมโยงกับขั้นตอนของแนวทางได้ ได้แก่ ขั้นตอนการตรวจ IGRA (การเก็บ การนำส่ง และการรายงานผล) 4 ข้อความ ขั้นตอนการให้ยาป้องกันและการติดตาม 4 ข้อความ ขั้นตอนการประเมินข้อมูลพื้นฐาน 2 ข้อความ ขั้นตอนการแปลผลและวินิจฉัย 2 ข้อความ ขั้นตอนการคัดกรองอาการ 1 ข้อความ และประเด็นภาพรวม 3 ข้อความ ทีมพัฒนาเห็นร่วมกันให้เลือกการค้นหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรเป็นประเด็นพัฒนา และยกร่างแนวทางที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน พร้อมแผนผังการทำงาน (Workflow)

2. การประเมินประสิทธิผลของแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น การประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยดำเนินการประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้นใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ของบุคลากรก่อนและหลังการใช้แนวทาง ความเหมาะสมของแนวทางตามความคิดเห็นของบุคลากร และผลการปฏิบัติตามตัวชี้วัด โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลการปฏิบัติด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทางด้วยสถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test ตามการแจกแจงของผลต่างคะแนนซึ่งตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 แบบทางเดียวตามสมมติฐาน H_1 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ทดลองใช้แนวทาง บุคลากรที่ทดลองใช้แนวทาง จำนวน 20 คน จาก 5 หน่วยงาน หน่วยงานละ 4 คน (ร้อยละ 20.00) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 20.00 มีอายุเฉลี่ย 39.35 ปี (SD = 8.33) อายุต่ำสุด 27 ปี และอายุสูงสุด 55 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ 40-49 ปี ร้อยละ 30.00 และน้อยกว่า 30 ปีและ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.00 เท่ากัน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตำแหน่ง พบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้/พนักงานเปล ร้อยละ 20.00 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ ด้านระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน พบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลาง ระดับละ 8 คน (ร้อยละ 40.00) และเสี่ยงต่ำ 4 คน (ร้อยละ 20.00) มีอายุงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.66 ปี (SD = 6.73) ต่ำสุด 3 ปี 9 เดือน

สูงสุด 28 ปี 4 เดือน โดยส่วนใหญ่มีอายุงาน 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.00 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 3.06) ต่ำสุด 18.90 และสูงสุด 30.00 โดยอยู่ในเกณฑ์ปกติและเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 35.00 เท่ากัน ด้านประวัติสุขภาพ พบว่ามีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 30.00 ไม่มีผู้ที่เคยป่วยเป็นวัณโรคหรือเคยวินิจฉัยการติดเชื้อระยะแฝง และไม่มีผู้ที่เคยรับยาป้องกันวัณโรค เคยตรวจ IGRA มาก่อน 3 คน (ร้อยละ 15.00) ซึ่งผลเป็นลบทั้งหมด ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 85.00 รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 10.00 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 5.00 ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรคไตเรื้อรัง หรือใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการสวมหน้ากาก N95 ขณะปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่สวมบางครั้ง ร้อยละ 50.00 สวมทุกครั้ง ร้อยละ 30.00 และไม่เคยสวม ร้อยละ 20.00 และเคยได้รับการอบรมเรื่องวัณโรคใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 55.00 ตามลำดับ

2.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงและแนวทางการตรวจคัดกรองของบุคลากร ก่อนและหลังการใช้แนวทาง ก่อนการใช้แนวทาง บุคลากร 20 คน มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (SD = 2.94) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และสูงสุด 19 คะแนน อยู่ในระดับน้อย หลังการใช้แนวทาง มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 17.40 คะแนน (SD = 1.76) คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน และสูงสุด 20 คะแนน อยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทาง พบว่าบุคลากรทุกคน (20 คน) มีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ 5.75 คะแนน (SD ของผลต่าง = 2.55) คิดเป็นร้อยละ 28.75 ของคะแนนเต็ม ผลต่างของคะแนนมีการแจกแจงปกติ (Shapiro-Wilk W = 0.917, p = 0.088) จึงทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนความรู้หลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.08, df = 19, p < 0.001, 95%CI: 4.56, 6.94) ขนาดอิทธิพล (Cohen's dz) เท่ากับ 2.25

2.3 คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนการใช้แนวทาง เมื่อจำแนกตามระดับความรู้ ก่อนการใช้แนวทาง บุคลากรมีความรู้ระดับน้อย 11 คน (ร้อยละ 55.00) ระดับปานกลาง 7 คน (ร้อยละ 35.00) และระดับมาก 2 คน (ร้อยละ 10.00) หลังการใช้แนวทาง ไม่มีบุคลากรที่มีความรู้ระดับน้อย ระดับปานกลาง 3 คน (ร้อยละ 15.00) และระดับมาก 17 คน (ร้อยละ 85.00) การเปรียบเทียบความรู้รายด้าน (ด้านละ 4 คะแนน) พบว่า ก่อนการใช้แนวทาง บุคลากรมีความรู้ด้านการตรวจ IGRA สูงที่สุด (2.95±0.83 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง) และด้านการวินิจฉัยและการประเมินก่อนให้ยาต่ำที่สุด (1.60±0.94 คะแนน อยู่ในระดับน้อย) ส่วนด้านการจำแนกกลุ่มเสี่ยงและการประเมินข้อมูลพื้นฐานอยู่ในระดับน้อย (2.25±1.12 คะแนน) ด้านการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคระยะลุกลามและด้านการให้ยาป้องกันวัณโรคและการตรวจติดตามอยู่ในระดับปานกลาง (2.40±0.88 และ 2.45±0.94 คะแนน ตามลำดับ) หลังการใช้แนวทาง ความรู้ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการให้ยาป้องกันวัณโรคและการตรวจติดตามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (3.60±0.50 คะแนน) ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยด้านการวินิจฉัยและการประเมินก่อนให้ยามีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) สูงที่สุดเท่ากับ 1.75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 43.75 ของคะแนนเต็มด้าน ส่วนด้านการตรวจ IGRA มี $\bar{d}$ ต่ำที่สุด เท่ากับ 0.60 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 15.00 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่าผลต่างของคะแนนด้านที่ 1-4 ไม่มีการแจกแจงปกติ (Shapiro-Wilk p = 0.021, 0.003, 0.003 และ 0.011 ตามลำดับ) จึงทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ส่วนด้านที่ 5 ผลต่างมีการแจกแจงปกติ (p = 0.064) จึงทดสอบด้วย Paired t-test ผลการทดสอบพบว่าคะแนนความรู้หลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติทั้ง 5 ด้าน ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการใช้แนวทาง ข้อที่บุคลากรตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 อาการไอเกิน 2 สัปดาห์เป็นอาการสงสัยวัณโรคระยะลุกลาม และข้อ 15 การประเมินประโยชน์ ความเสี่ยง และโรคร่วมก่อนให้ยาป้องกันวัณโรค (ร้อยละ 25.00 เท่ากัน) รองลงมาคือ ข้อ 2 และข้อ 13 (ร้อยละ 35.00 เท่ากัน) ส่วนข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ 10 ตัวอย่างเลือดสำหรับ IGRA เก็บในหลอดลิเธียมเฮพาริน (ร้อยละ 95.00) หลังการใช้แนวทาง ทุกข้อมีสัดส่วนผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น โดยข้อ 10 และข้อ 20 ตอบถูกร้อยละ 100.00 ข้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ข้อ 15 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.00) รองลงมาคือข้อ 2 ข้อ 13 และข้อ 19 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.00 เท่ากัน) และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดหลังการใช้แนวทาง คือ ข้อ 5 และข้อ 9 (ร้อยละ 70.00 เท่ากัน) ตามลำดับ

2.4 ผลการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรที่ทดลองใช้แนวทาง วงรอบที่ 1 ผลการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร 20 คน ระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน ถึง 4 กรกฎาคม 2566 พบว่าบุคลากรทุกคนได้รับการประเมินข้อมูลพื้นฐานและคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคระยะลุกลาม (ร้อยละ 100.00) พบอาการสงสัยอย่างน้อย 1 อาการ 3 คน (ร้อยละ 15.00) ได้แก่ ไอเกิน 2 สัปดาห์ 2 คน เหงื่อออกกลางคืน 1 คน และอ่อนเพลีย 2 คน ผู้ที่มีอาการทั้ง 3 คนได้รับการเอกซเรย์ทรวงอกและตรวจเสมหะ พบว่าผลเอกซเรย์ปกติและผลตรวจเสมหะเป็นลบทั้งหมด จากนั้นบุคลากรทุกคนได้รับการเจาะเลือดตรวจ IGRA (ร้อยละ 100.00) รวมจำนวนครั้งที่เจาะเก็บ 21 ครั้ง เนื่องจากมีตัวอย่างถูกปฏิเสธ 1 ราย (ร้อยละ 4.76 ของจำนวนครั้งที่เจาะ) จากปริมาณเลือดไม่เพียงพอ และได้เจาะเก็บซ้ำ หลอดเก็บเลือดติดฉลากถูกต้องและเก็บรักษาที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียสครบทุกราย ตัวอย่างนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง 19 ราย (ร้อยละ 95.00) โดยระยะเวลาจากเจาะเก็บถึงนำส่งเฉลี่ย 4.94 ชั่วโมง (SD = 5.16) ต่ำสุด 3.2 ชั่วโมง และสูงสุด 26.8 ชั่วโมง ตัวอย่างที่นำส่งไม่ทันเวลา 1 ราย เป็นตัวอย่างที่เจาะเก็บเวลา 15.20 น. ของวันศุกร์ และผลการตรวจแปลผลไม่ได้ เมื่อไม่นับตัวอย่างดังกล่าว ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 ชั่วโมง (SD = 0.38) ได้รับผลการตรวจภายใน 9-14 วันหลังเจาะเก็บ (เฉลี่ย 11.15 วัน) รายงานผลผ่านระบบ NTIP ภายใน 30 วัน 19 ราย (ร้อยละ 95.00) และบันทึกผลใน LIS/HIS ครบทุกราย (ร้อยละ 100.00) ผลการตรวจ IGRA ครั้งแรก พบผลบวก 4 คน (ร้อยละ 20.00) ผลลบ 15 คน (ร้อยละ 75.00) และแปลผลไม่ได้ 1 คน (ร้อยละ 5.00) ผู้ที่แปลผลไม่ได้ได้รับการตรวจซ้ำภายใน 2-6 สัปดาห์ (ร้อยละ 100.00) และผลการตรวจซ้ำเป็นลบ ผู้ที่ผลบวกทั้ง 4 คนได้รับการเอกซเรย์ทรวงอก ไม่พบความผิดปกติ จึงได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 4 คน (ร้อยละ 20.00) ไม่พบผู้ป่วยวัณโรคระยะลุกลาม และไม่ติดเชื้อ 16 คน (ร้อยละ 80.00) เมื่อจำแนกตามระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน พบผลบวกในกลุ่มเสี่ยงสูง 3 คน จาก 8 คน (ร้อยละ 37.50) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง 1 คน จาก 8 คน (ร้อยละ 12.50) และไม่พบในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (0 คน จาก 4 คน) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's exact test, $p = 0.468$) ทั้งนี้เป็นการสำรวจเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก สำหรับการให้ยาป้องกันวัณโรค ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อระยะแฝง 4 คน ได้รับการประเมินก่อนให้ยาและให้คำปรึกษาครบทุกคน (ร้อยละ 100.00) ตัดสินใจรับยา 3 คน (ร้อยละ 75.00) ได้แก่ สูตร 3HP 2 คน และสูตร 4R 1 คน และไม่รับยา 1 คน (ร้อยละ 25.00) ผลการรักษาของผู้รับยา 3 คน พบว่ากินยาครบ 1 คน (ร้อยละ 33.33) หยุดยาจากผลข้างเคียง (ผื่นและอาการคล้ายไข้หวัด) 1 คน (ร้อยละ 33.33) และอยู่ระหว่างรับยา (สูตร 4R) ณ สิ้นสุดการเก็บข้อมูล 1 คน (ร้อยละ 33.33) ส่วนผู้ที่ผล IGRA เป็นลบ 16 คน ได้รับนัดตรวจติดตามทุก 1 ปี 12 คน (ร้อยละ 75.00) และทุก 2 ปี 4 คน (ร้อยละ 25.00) ตามระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน

2.5 ผลการปฏิบัติตามตัวชี้วัดการติดตามหลังการใช้แนวทาง ผู้วิจัยติดตามตัวชี้วัดการปฏิบัติตามแนวทางใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนใช้แนวทาง (ข้อมูลย้อนหลัง) วงรอบที่ 1 (บุคลากรที่ทดลองใช้แนวทาง 20 คน) และวงรอบที่ 2 (บุคลากรทั้งโรงพยาบาล 180 คน) เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ผลการติดตามพบว่า ก่อนการใช้แนวทาง บุคลากรได้รับการคัดกรองอาการร้อยละ 70.00 บุคลากรใหม่ได้รับการคัดกรองก่อนเริ่มงานร้อยละ 63.64 ไม่มีการตรวจ IGRA และผู้ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคระยะลุกลามได้รับการรักษาร้อยละ 100.00 **วงรอบที่ 1** พบว่า บุคลากรกลุ่มทดลองใช้แนวทางได้รับการคัดกรองอาการร้อยละ 100.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อเปรียบเทียบการคัดกรองอาการรายบุคคลของบุคลากร 20 คน ก่อนใช้แนวทางมีผู้ได้รับการคัดกรอง 14 คน (ร้อยละ 70.00) และหลังใช้แนวทางได้รับการคัดกรองครบทั้ง 20 คน (ร้อยละ 100.00) โดยมีบุคลากร 6 คนที่เปลี่ยนจากไม่ได้รับการคัดกรองเป็นได้รับการคัดกรอง และไม่มีผู้ที่เปลี่ยนในทิศทางตรงข้าม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McNemar's exact test, p = 0.031) ด้านความรู้ พบว่า บุคลากรที่มีความรู้ระดับมากหลังใช้แนวทางร้อยละ 85.00 และบุคลากรที่มีความคิดเห็นว่าแนวทางเหมาะสมระดับมากขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ย 3.41 ขึ้นไป) ร้อยละ 100.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 ทั้งสองตัวชี้วัด ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อระยะแฝงได้รับยาป้องกันวัณโรคร้อยละ 75.00 (3 จาก 4 คน) ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 เนื่องจากมีผู้ไม่ประสงค์รับยา 1 คน และไม่มีบุคลากรกลุ่มนี้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคระยะลุกลาม จึงไม่มีข้อมูลตัวชี้วัดการรักษาวัณโรคระยะลุกลาม **วงรอบที่ 2** หลังขยายการใช้แนวทางไปยังบุคลากรทั้งโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรได้รับการคัดกรองอาการ 171 คน จาก 180 คน (ร้อยละ 95.00) ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้แนวทางแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 100 โดยบุคลากรใหม่ได้รับการคัดกรองก่อนเริ่มงานครบทุกคน (6 คน จาก 6 คน ร้อยละ 100.00) ผ่านเกณฑ์ ได้รับการตรวจ IGRA 162 คน (ร้อยละ 90.00 ของบุคลากรทั้งหมด) ผลการตรวจเป็นบวก 36 คน (ร้อยละ 22.22) ลบ 120 คน (ร้อยละ 74.07) และแปลผลไม่ได้ 6 คน (ร้อยละ 3.70) ผู้ที่ผลบวกได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคระยะลุกลาม 1 คน ได้รับการรักษา (ร้อยละ 100.00) ผ่านเกณฑ์ และวินิจฉัยเป็นการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 35 คน ได้รับยาป้องกันวัณโรค 29 คน (ร้อยละ 82.86) ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และกินยาครบแล้ว 18 คน จาก 29 คน (ร้อยละ 62.07) ส่วนที่เหลืออยู่ระหว่างรับยา สำหรับตัวชี้วัดด้านห้องปฏิบัติการ พบว่าตัวอย่างนำส่งภายใน 24 ชั่วโมงร้อยละ 93.21 ตัวอย่างถูกปฏิเสธร้อยละ 2.99 ของจำนวนครั้งที่เจาะเก็บ (5 ครั้ง จาก 167 ครั้ง) ผลที่แปลผลไม่ได้ได้รับการตรวจซ้ำภายใน 2-6 สัปดาห์ร้อยละ 83.33 (5 ราย จาก 6 ราย) และรายงานผ่านระบบ NTIP ภายใน 30 วันและบันทึกใน LIS/HIS ครบร้อยละ 92.59 ตามลำดับ

2.6 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงและแนวทางการตรวจคัดกรองของบุคลากร ก่อน–หลัง การใช้แนวทางโรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงและแนวทางการตรวจคัดกรองของบุคลากร ก่อนและหลังการใช้แนวทาง พบว่า ก่อนการใช้แนวทาง บุคลากรมีความรู้เฉลี่ย 11.65±2.94 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน อยู่ในระดับน้อย หลังการใช้แนวทาง บุคลากรมีความรู้เฉลี่ย 17.40±1.76 คะแนน อยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทาง พบว่า บุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ 5.75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 28.75 ของคะแนนเต็ม และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=10.08, p<0.001, 95%CI: 4.56, 6.94) เมื่อจำแนกตามระดับความรู้ ก่อนการใช้แนวทาง บุคลากรมี

ความรู้ระดับน้อย 11 คน (ร้อยละ 55.00) ระดับปานกลาง 7 คน (ร้อยละ 35.00) และระดับมาก 2 คน (ร้อยละ 10.00) หลังการใช้แนวทาง ไม่มีบุคลากรที่มีความรู้ระดับน้อย ระดับปานกลาง 3 คน (ร้อยละ 15.00) และระดับมาก 17 คน (ร้อยละ 85.00)

การเปรียบเทียบความรู้รายด้านของบุคลากร ก่อนและหลังการใช้แนวทาง พบว่า ก่อนการใช้แนวทาง บุคลากรมีความรู้ด้านการตรวจ IGRA สูงที่สุด (2.95±0.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง) และด้านการวินิจฉัยและการประเมินก่อนให้ยาต่ำที่สุด (1.60±0.94 คะแนน อยู่ในระดับน้อย) หลังการใช้แนวทาง ความรู้ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการให้ยาป้องกันวัณโรคและการตรวจติดตามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (3.60±0.50 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้น ด้านการวินิจฉัยและการประเมินก่อนให้ยามีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) สูงที่สุด เท่ากับ 1.75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 43.75 ของคะแนนเต็มด้าน ส่วนด้านการตรวจ IGRA มี $\bar{d}$ ต่ำที่สุด เท่ากับ 0.60 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 15.00 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 5 ด้าน ($p<0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากร พบว่าแนวทางเดิมของโรงพยาบาลหนองสองห้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเอกซเรย์ทรวงอก และการตรวจเสมหะ ซึ่งออกแบบมาเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะลุกลามเป็นหลัก จึงพบบุคลากรป่วยเป็นวัณโรคระยะลุกลามปีละ 1–2 ราย แต่ไม่มีรายงานการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเลย ทั้งที่การศึกษาในประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงพบความชุกของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 25–51.5[7–10] และการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของประเทศไทยพบร้อยละ 9.5–30.2[11–13] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าการไม่พบรายงานการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรน่าจะเกิดจากข้อจำกัดของวิธีการคัดกรอง มากกว่าการไม่มีการติดเชื้อในพื้นที่ โดยเฉพาะเมื่อโรงพยาบาลมีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาปีละ 83–96 ราย บุคลากรจึงมีโอกาสสัมผัสเชื้ออย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของ IHI[17] ทำให้ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ นักเทคนิคการแพทย์ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรควัณโรค ได้ร่วมกันเลือกประเด็นปัญหา กำหนดขอบเขต และออกแบบขั้นตอนการทำงานที่สอดคล้องกับบทบาทและทรัพยากรของแต่ละหน่วยงาน แนวทางที่ได้จึงระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน ตั้งแต่พยาบาลอาชีวอนามัย แพทย์ผู้สั่งตรวจ ผู้เจาะเก็บตัวอย่างเลือด ไปจนถึงนักเทคนิคการแพทย์ผู้บันทึกผลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ประกอบกับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.68 แสดงว่าแนวทางมีความตรงเชิงเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

เนื้อหาของแนวทางเลือกใช้การตรวจ IGRA เป็นวิธีหลักในการค้นหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง เนื่องจากการทดสอบผิวหนัง TST อาจให้ผลบวกลวงจากการได้รับวัคซีน BCG และการสัมผัสเชื้อ NTM ซึ่งพบได้บ่อยในประชากรไทย ขณะที่ IGRA ใช้แอนติเจนที่มีความจำเพาะสูงกว่า[14] แนวทางยังกำหนดให้คัดออกวัณโรคระยะลุกลามก่อนวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ไม่ตรวจ IGRA ซ้ำในผู้ที่มีเอกสารยืนยันผลบวกเดิมหรือเคยรักษาแล้ว และกำหนดความถี่ของการตรวจติดตามตามระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งช่วยใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า สำหรับการให้ยา

ป้องกันวัณโรค แนวทางเปิดโอกาสให้เลือกสูตรยาระยะสั้น ได้แก่ 3HP และ 4R นอกเหนือจากสูตร 6H ร่วมกับการประเมินก่อนให้ยาและการติดตามผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศ[14,15] และน่าจะช่วยเพิ่มโอกาสที่บุคลากรจะรับประทานยาได้ครบตามกำหนด

ผลการประเมินความคิดเห็นของบุคลากร พบว่าบุคลากรร้อยละ 85.00 เห็นด้วยว่าแนวทางมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และร้อยละ 10.00 ในระดับมาก แสดงว่าแนวทางมีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม มีบุคลากร 1 คน (ร้อยละ 5.00) ที่ประเมินความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด ซึ่งควรศึกษาเหตุผลเพิ่มเติมเพื่อนำมาปรับปรุงแนวทาง การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 5 หน่วยงาน และประเมินผลเฉพาะความคิดเห็นต่อแนวทาง ยังไม่ได้รายงานผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความชุกของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง อัตราการรับยาป้องกันวัณโรค และอัตราการรักษาครบ จึงควรติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวภายหลังการนำแนวทางไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรที่ผล IGRA เป็นลบในกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลางควรตรวจซ้ำทุก 1 ปี และกลุ่มเสี่ยงต่ำควรตรวจซ้ำทุก 2 ปี

2. ควรตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรใหม่ทุกคนก่อนเริ่มปฏิบัติงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและจำแนกการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายหลัง

3. โรงพยาบาลควรกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล มีการทบทวนและกำกับการปฏิบัติตามมาตรการอย่างสม่ำเสมอ กำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน และรายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บังคับบัญชา

4. โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยสงสัยวัณโรคตั้งแต่จุดแรกรับ แยกโซนตรวจผู้ป่วยวัณโรคให้ชัดเจน ลดความแออัด ปรับปรุงระบบการระบายอากาศ และใช้วิธีตรวจวิเคราะห์ที่รวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาโดยเร็ว

5. ควรติดตามตัวชี้วัดหลังการนำแนวทางไปใช้ ได้แก่ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการคัดกรอง ร้อยละของผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค และร้อยละของผู้ที่รับประทานยาครบตามกำหนด และนำผลมาทบทวนปรับปรุงแนวทางเป็นระยะ

6. ควรศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งผลลัพธ์ของการให้ยาป้องกันวัณโรคในบุคลากร เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาแนวทางในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองสองห้องที่อนุญาตและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ

อันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทาง ขอขอบคุณคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการอาชีวอนามัย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรควัณโรค และบุคลากรของโรงพยาบาลหนองสองห้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาและทดลองใช้แนวทาง จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization.(2015). The End TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562–2566. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2566–2570. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
6. Corbett EL, Muzangwa J, Chaka K, Dauya E, Cheung YB, Munyati SS, et al.(2007). Nursing and community rates of Mycobacterium tuberculosis infection among students in Harare, Zimbabwe. Clin Infect Dis. 2007;44(3):317-23.
7. Nasreen S, Shokoohi M, Malvankar-Mehta MS.(2016). Prevalence of latent tuberculosis among health care workers in high burden countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016;11(10):e0164034.
8. Uden L, Barber E, Ford N, Cooke GS.(2017). Risk of tuberculosis infection and disease for health care workers: an updated meta-analysis. Open Forum Infect Dis. 2017;4(3):ofx137.
9. Guo HY, Zhong QH, Zhou J, Zhao ZM, Zhang XL, Chen ZH, et al.(2021). Risk of prevalence of latent tuberculosis infection in health care workers—an idiographic meta-analysis from a Chinese perspective. J Thorac Dis. 2021;13(4):2378-92.
10. Main S, Triasih R, Greig J, Hidayat A, Brilliandi IB, et al.(2023). The prevalence and risk factors for tuberculosis among healthcare workers in Yogyakarta, Indonesia. PLoS One. 2023;18(5):e0279215.
11. จณิศรา ฤดีอเนกสิน, วิพัฒน์ กล้ายุทธ, โสภา ศรีสังข์งาม, และคณะ.(2566). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(4):732-42.
12. บุญเชิด กลัดช่วง, ชำนาญ ยุงไธสง, ผลิน กมลวัทน์.(2563). อัตราความชุกการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จากการตรวจด้วยวิธี Interferon-Gamma Release Assay (IGRA). วารสารโรคเอดส์. 2563;33(1):21-35.
13. ฐมฤกษ์ แสงเงิน.(2565). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคแฝงของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2565;37(4):407-18.
14. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2566.
15. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.

16. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.
17. Institute for Healthcare Improvement.(2003). The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003.
18. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al.(2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42.
19. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, สถาบันบำราศนราดูร.(2559). แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

Development of a Surveillance Model for Preterm Birth among Pregnant Women in a Community Hospital Context.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

ประวินา ปะตา[1] สุธัญญา โสภา[1] ศิริลักษณ์ วรรณปะโพธิ์[1] อนุชา ไทยวงษ์[1] วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์[1]

Prawina Pata[1] Suthanya Sopha[1] Sirilak Wannapapho[1] Anucha Thaiwong[1] Wilailak Phueakphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบฯและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็ม ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart มีส่วนร่วมในการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 68 คน ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง 16 คน สามีหรือญาติผู้ดูแล 16 คน และบุคลากรทีมสุขภาพ 36 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความเสี่ยง แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ก่อนการพัฒนามีปัญหาด้านสมรรถนะบุคลากร ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ระบบสื่อสารและส่งต่อ และแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังที่ไม่ครอบคลุม 2) การพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้ได้ STRICT Preterm Nachuak Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรองและค้นหาความเสี่ยง การดูแลรักษา การส่งต่อ นวัตกรรมสนับสนุนบริการ การให้คำปรึกษา และการทำงานเป็นทีม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) ผลการประเมินพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยรายปี พ.ศ. 2565–2566 เท่ากับร้อยละ 10.32 ลดลงเหลือร้อยละ 3.75 ในปี พ.ศ. 2567 หรือลดลง 6.57 จุดร้อยละ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง 16 ราย สามารถยับยั้งการคลอดได้ในช่วงที่ได้รับการดูแล 7 ราย (ร้อยละ 43.75) ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย 6 ราย (ร้อยละ 37.50) โดยมี 3 รายในกลุ่มส่งต่อคลอดครบกำหนด หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.06 จาก 12 คะแนน (ร้อยละ 92.19) บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (Mean = 1.93, S.D. = 0.23) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, S.D. = 0.59)

คำสำคัญ : การคลอดก่อนกำหนด, การเฝ้าระวัง, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This action research aimed to study the situation, develop a model, and evaluate a surveillance model for preterm birth among pregnant women at Na Chueak Hospital, Maha Sarakham Province. The study was conducted from September 2023 to August 2024, applying Orem's theory in conjunction with the action research process of Kemmis and McTaggart. A purposive sample of 68 participants was selected, comprising 16 high-risk pregnant women, 16 husbands or caregiver relatives, and 36 healthcare team members. Research instruments included interview forms, general information questionnaires, knowledge assessment forms, risk assessment forms, guideline adherence assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research results revealed that: 1) The pre-development situation involved issues regarding personnel competency, pregnant women's knowledge, and communication and referral systems. ...and surveillance practices that lacked comprehensiveness. 2) Model development via a two-cycle action research process resulted in the "STRICT Preterm Nachuak Model," comprising six components: risk screening and identification, care and treatment, referral, service-supporting innovation, counseling, and teamwork;

[1] โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Orem's theory was applied to promote self-care and family participation. 3) Evaluation results showed that the average annual preterm birth rate was 10.32% during 2022–2023, decreasing to 3.75% in 2024—a reduction of 6.57 percentage points. Among 16 high-risk pregnant women, preterm labor was successfully inhibited in 7 cases (43.75%) during the care period, while 6 cases (37.50%) were referred to a hub hospital (with 3 of the referred cases eventually delivering at full term). Pregnant women achieved an average knowledge score of 11.06 out of 12 (92.19%). Staff demonstrated a high level of adherence to the guidelines (Mean = 1.93, S.D. = 0.23) and reported the highest level of satisfaction with the model (Mean = 4.30, S.D. = 0.59).

Keywords : Preterm birth, surveillance, pregnant women

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญด้านอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และความพิการของทารกแรกเกิดตลอดจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกประมาณ 13.4 ล้านราย หรือประมาณ 1 ใน 10 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด[1] โดยการคลอดก่อนกำหนดหมายถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ซึ่งทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว[2] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.51, 12.58 และ 12.37 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวยังจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) ที่มุ่งส่งเสริมการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างปลอดภัย รวมทั้งแนวทางองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง เพื่อเพิ่มโอกาสในการค้นหาความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน[3] การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ประวัติคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์แฝด ภาวะติดเชื้อ โรคประจำตัว ภาวะโลหิตจาง โภชนาการไม่เหมาะสมและพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ เสนอรูปแบบการพยาบาลที่เน้นการดูแลตามมาตรฐาน การประสานทีมสหวิชาชีพ และการติดตามหลังจำหน่าย และพบว่ารูปแบบการพยาบาลที่ประกอบด้วยการคัดกรองความเสี่ยง การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การติดตามต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถลดอุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [4]สอดคล้องกับบุศรินทร์ เขียนแม้น และคณะ ที่พบว่ารูปแบบการพยาบาลช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและการคลอดครบกำหนด[5] และธรรมวรรณ์ บูรณสรรค์[6] ที่ พบว่า การวางแผนจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องช่วยส่งเสริมการคลอดครบกำหนดและลดการกลับมารักษาซ้ำ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีมาตรฐานและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด โดยมีข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทางและทรัพยากรทางการแพทย์ รวมทั้งต้องส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งอยู่ห่างประมาณ 60 กิโลเมตร จากข้อมูลผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.81, 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 พบหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรืออาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการที่ห้องคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.81, 19.10 และ 20.83 ตามลำดับ และมีอัตราการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาสารคามร้อยละ 4.16, 6.70 และ 8.10 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนกระบวนการดูแล พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางราย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ขาดความรู้และประสบการณ์ในการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้เข้ารับบริการล่าช้า ขณะที่ระบบบริการเดิมยังมุ่งเน้นการดูแลรักษาเมื่อเกิดอาการมากกว่าการป้องกันและเฝ้าระวังเชิงรุก การคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยงยังไม่เชื่อมโยงกับแผนการพยาบาลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัติและการติดตามดูแลมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของบุคลากร รวมทั้งการประสานข้อมูลระหว่างคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนยังไม่ต่อเนื่องตลอดจนขาดกระบวนการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างของระบบบริการ (Service Gap) ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานและเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดเชิงรุก (Proactive Surveillance Model) โดยปรับระบบบริการจากการดูแลเมื่อเกิดอาการไปสู่การค้นหาและจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ครอบคลุมการคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยง การวางแผนการพยาบาลรายบุคคล การส่งเสริมความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว การติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการประสานส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดการดูแลรายบุคคล ประสานทีมสหวิชาชีพ นิเทศติดตาม และประเมินผลลัพธ์เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์และช่องว่างของระบบบริการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกตผล (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) ผ่านการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบคัดกรองเฝ้าระวัง ติดตาม และส่งต่อที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยมุ่งหวังให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหาและดูแลอย่างรวดเร็ว มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ลดโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ตลอดจนยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสามารถขยายผลสู่เครือข่ายบริการสุขภาพที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลนาเชือก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลนาเชือก
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลนาเชือก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory)[8] เน้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้อาการเตือน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) หรือ PAOR เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ

พื้นที่และระยะเวลาการวิจัย ดำเนินการในโรงพยาบาลนาเชือกและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ **กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จำนวน 32 คน** ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติเคยมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (Admit) ที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนาเชือก จำนวน 16 คน และสามีหรือญาติผู้ดูแล จำนวน 16 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ 0 วัน ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน เคยได้รับบริการฝากครรภ์ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ มีสามีหรือญาติผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยฝากครรภ์ หรือมีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์เฉพาะทางและฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไทรอยด์ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้ **กลุ่มที่ 2** บุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 36 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด 7 คน พยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 12 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการคัดกรอง เฝ้าระวัง ดูแล ส่งต่อหรือติดตามหญิงตั้งครรภ์ อย่างน้อย 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งได้รับการคุ้มครองสิทธิและการรักษาความลับของข้อมูล โดยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการหรือการปฏิบัติงานตามปกติ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (กันยายน 2566) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและรายงานสถิติงานฝากครรภ์และห้องคลอด ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 โดยวิเคราะห์อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด การมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อาการแสดง การเข้าถึงบริการ และการส่งต่อ

โรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับการประเมินความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนการประชุมกลุ่มทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาด้านบุคลากร ผู้รับบริการ ระบบสื่อสาร และแนวปฏิบัติเดิม นำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายและวางแผนพัฒนาระบบบริการร่วมกัน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด (ตุลาคม 2566 – สิงหาคม 2567) ใช้กระบวนการ PAOR จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ **ครั้งที่ 1 (**ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) มุ่งพัฒนาระบบบริการและสมรรถนะของบุคลากร โดยจัดประชุมทีมสหวิชาชีพ พัฒนาความรู้และทักษะการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG Preterm Labor) แนวทางการดูแลตามแผนการรักษา (Standing Order) แบบบันทึกการพยาบาล และผังการดูแล (Preterm Flowchart) พัฒนาระบบคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์จากงานฝากครรภ์สู่ห้องคลอด จัดทำช่องทางปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านกลุ่ม LINE และกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะ พร้อมพัฒนารูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model **ครั้งที่ 2** (เมษายน – สิงหาคม 2567) นำผลสะท้อนจากวงรอบแรกมาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[8] เน้นการส่งเสริมความรู้ การสังเกตอาการเตือน การให้คำปรึกษารายบุคคล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว พร้อมพัฒนาระบบช่องทางด่วนสัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงในสมุดฝากครรภ์ และช่องทางปรึกษาผ่าน LINE OA และ 1669 รวมทั้งเชื่อมโยงการดูแลกับพยาบาล รพ.สต. และ อสม. โดยเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายในรายที่ยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ และติดตามทางโทรศัพท์หรือ LINE ทุก 1–2 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการและการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และประเมินผล นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งสรุปผลจากการติดตามและสะท้อนความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วม เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทีมสุขภาพ มีจำนวน 2 ข้อ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด และแบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ มีจำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุ อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติสูติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบแบบใช่–ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0–20 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการมีความรู้ในการดูแลตนเองระดับสูง 4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อ้างอิงจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พ.ศ. 2565 5) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางส่วน (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) คะแนนรวม 0–20

คะแนน และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) กำหนดเกณฑ์ยอมรับตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบในตัวอย่างสมมติได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้ 2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่ผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน โดยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 12 ข้อ ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นตัวอย่างเท่ากับ 0.82 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นตัวอย่างเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.70 ส่วนแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การประชุมกลุ่ม และการสะท้อนผล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 2566-028 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2566 และต่ออายุการรับรองเลขที่ EC 2567-014 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2567 โดยคำนึงถึงสิทธิ ความสมัครใจ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 เท่ากับร้อยละ 10.81, 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 ทั้งสามปี ขณะที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมารับบริการที่ห้องคลอดร้อยละ 19.81, 19.10 และ 20.83 ตามลำดับ ส่วนอัตราการส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.16, 6.70 เป็นร้อยละ 8.10 สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด จำนวน 59 ราย มีอาการเจ็บครรภ์หรือท้องปั้นแข็งมากที่สุด จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.20 รองลงมาคือ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด จำนวน 17 ราย ร้อยละ 28.81 มีน้ำเดินร่วมกับเจ็บครรภ์ จำนวน 12 ราย ร้อยละ 20.34 และมีอาการปวดหน่วงท้องน้อยหรือปัสสาวะแสบขัดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ จำนวน 11 ราย ร้อยละ 18.64 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นความหลากหลายของอาการเตือน ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาระบบคัดกรองและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม

จากการทบทวนกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ของแผนกห้องคลอดและแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ **1) ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ** พบว่าบุคลากรมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการดูแลและเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกัน ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมและขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน **2) ด้านหญิงตั้งครรภ์** พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายมีภาวะเสี่ยงและอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น น้ำเดิน มูกเลือดออกทางช่องคลอด ท้องปั้นแข็ง ปวดหน่วงท้องน้อย และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนและการดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่งผลให้บางรายเข้าถึงบริการล่าช้าและไม่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ **3) ด้านการสื่อสารและประสานข้อมูล** พบว่าการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และเครือข่ายบริการสุขภาพยังไม่ครบถ้วนและต่อเนื่อง ระบบการให้คำปรึกษาขาดผู้รับผิดชอบและช่องทางติดต่อที่ชัดเจน สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้งการประสานข้อมูลและเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการยังไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นระบบ **4) ด้านระบบและแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังเดิม** พบว่าแนวปฏิบัติมีความซับซ้อน ไม่สะดวกต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์เร่งด่วน และยังไม่ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การใช้เครื่องมือคัดกรองและการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งขาดแนวปฏิบัติร่วมในการเฝ้าระวัง ดูแลและติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลนาเชือกกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากปัญหาทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพได้นำข้อค้นพบไปวิเคราะห์และกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการ เพื่อแก้ไขช่องว่างของการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการ และการดูแลต่อเนื่อง อันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาเชือก

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567)

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลงานห้องคลอด พยาบาลงานฝากครรภ์ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร เพื่อทบทวนสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการเดิม และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การเพิ่มสมรรถนะบุคลากร การจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการพัฒนาระบบประสานงานและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพดำเนินการพัฒนาระบบบริการตามแผน โดยจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดแก่แพทย์และพยาบาล รวมทั้งพัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่ด่าน

หน้าเกี่ยวกับช่องทางการให้บริการและการเคลื่อนย้ายหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างรวดเร็ว จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG Preterm Labor) แผนการรักษา (Standing Order) แนวทางบันทึกการพยาบาล (Standard Nursing Note) และผังการดูแล (Preterm Flowchart) ให้ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองที่แผนกฝากครรภ์ การประเมินเมื่อมาถึงห้องคลอด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Lab Preterm, UA และ CBC ตามข้อบ่งชี้ ตลอดจนการประสานแพทย์เวรเพื่อวางแผนดูแลรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ได้กำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด (Miss Preterm) พัฒนาระบบปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านกลุ่ม LINE LR MSKH และช่องทางสื่อสารระหว่างงานห้องคลอด งานฝากครรภ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งเริ่มพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการเฝ้าระวัง ได้แก่ สัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงในสมุดฝากครรภ์ และชุดรวบรวมแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้บุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยงและดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเป็นระบบ ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observe) ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การทบทวนกระบวนการดูแล และการสะท้อนปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน พบว่า แม้การพัฒนาระบบในระยะแรกทำให้บุคลากรมีแนวทางการดูแลและการประสานงานที่ชัดเจนขึ้น แต่ยังพบปัญหาและช่องว่างของระบบบริการที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการประเมินภาวะติดเชื้อและประวัติการใช้สารเสพติด หญิงตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและมารับบริการล่าช้า พบผู้ป่วยบางรายมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมารับบริการเป็นเวลานานหรือมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการระบบติดตามหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ในการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ผู้วิจัยจัดประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อสรุปผลการพัฒนา พบว่าการดำเนินงานในวงรอบแรกช่วยให้เกิดแนวปฏิบัติและระบบประสานการดูแลที่ชัดเจนขึ้น แต่ยังมีช่องว่างของระบบบริการ (Service Gap) ในด้านความครอบคลุมของการประเมินความเสี่ยง การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงนำข้อค้นพบดังกล่าวมาวิเคราะห์สาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชนในวงรอบที่ 2

ครั้งที่ 2 (เมษายน – สิงหาคม 2567)

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำผลการสะท้อนปัญหาและช่องว่างของระบบบริการจากวงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและกำหนดแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดยมุ่งแก้ไขปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงที่ไม่ครอบคลุม การเข้าถึงบริการล่าช้า การขาดความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และการติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพดำเนินการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดจากปัญหาที่พบในวงรอบที่ 1 โดยมีกิจกรรมการพัฒนา 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการพัฒนาระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ปรับปรุงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมด้านสูติกรรม ภาวะติดเชื้อ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาแนวทางประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยง เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลรายบุคคล รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติการ

ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเตือน การประสานแพทย์ และการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายให้มีความชัดเจนและรวดเร็ว 2) ด้านการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว จัดระบบช่องทางด่วนสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยใช้สัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงติดหน้าสมุดฝากครรภ์ จัดทำผังการเข้ารับบริการตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหน่วยบริการด่านหน้า พร้อมทั้งปรับปรุงกล่อง Preterm ซึ่งรวบรวมแนวปฏิบัติและแผนการรักษาสำหรับใช้ในสถานการณ์เร่งด่วน และจัดทำบัตรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ 3) ด้านการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดกิจกรรมให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว โดยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือญาติผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการประเมินปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน การวางแผนป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมทั้งพัฒนาช่องทางให้คำปรึกษาผ่าน LINE OA เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองและการติดต่อทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการพัฒนาระบบติดตามดูแลต่อเนื่องและเครือข่ายบริการสุขภาพ พัฒนาระบบประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลนาเชือก โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่ง ผ่านกลุ่ม LINE MCH นาเชือก กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ร่วมกับพยาบาล รพ.สต. และ อสม. และติดตามอาการผ่านโทรศัพท์หรือ LINE OA ทุก 1–2 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติและดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด

ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observe) ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงานโดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และการประชุมร่วมกับทีมผู้ให้บริการ พบว่าการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังในวงรอบที่ 2 ทำให้กระบวนการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงมีแนวทางชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ระบบช่องทางด่วนและการปรึกษาผ่านช่องทางดิจิทัลช่วยสนับสนุนการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ขณะที่การติดตามเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ช่วยเชื่อมโยงการเฝ้าระวังจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทำให้กระบวนการให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องมีความเป็นระบบมากขึ้นตามผลการสะท้อนของผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ผู้วิจัยจัดประชุมสรุปผลและถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พบว่าการนำปัญหาจากวงรอบแรกมาปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดแนวทางเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อการให้คำปรึกษา และการติดตามต่อเนื่อง โดยมีหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพจึงนำผลการพัฒนาทั้ง 2 วงรอบมาสังเคราะห์และบูรณาการองค์ประกอบของระบบบริการจนได้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดฉบับสมบูรณ์ภายใต้ชื่อ STRICT Preterm Nachuak Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งเชื่อมโยงกับการแก้ไขช่องว่างของระบบบริการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของ STRICT Preterm Nachuak Model และการพัฒนาเพื่อปิดช่องว่างของระบบบริการ

องค์ประกอบ	ปัญหา/ช่องว่างจากวงรอบที่ 1	แนวทางพัฒนาในวงรอบที่ 2
S – Screening & Early Detection	การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและการเฝ้าระวังอาการเตือนยังไม่ครอบคลุม	พัฒนาการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ จำแนกระดับความเสี่ยง และเฝ้าระวังอาการเตือนตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และ รพ.สต.
T – Treatment	การประเมินและการเข้าถึงการรักษาล่าช้า แนวทางการดูแลยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ	ปรับปรุงแนวปฏิบัติ CPG, Standing Order และระบบดูแลเร่งด่วน รวมถึงการทวนสอบผลอัลตราซาวด์ตามข้อบ่งชี้
R – Referral	การประสานส่งต่อและการส่งกลับข้อมูลการรักษายังไม่ต่อเนื่อง	พัฒนาระบบปรึกษาสูติแพทย์และส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม พร้อมระบบส่งกลับข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง
I – Innovation	ขาดเครื่องมือสื่อสารความเสี่ยงและสนับสนุนการดูแลที่สะดวกรวดเร็ว	ปรับปรุงสัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงติดสมุดฝากครรภ์ กล่อง Preterm และผังการดูแลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน
C – Counseling Group	หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความรู้การสังเกตอาการเตือน และช่องทางขอคำปรึกษา	ประยุกต์ทฤษฎีโอเร็มโดยประเมินข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความรู้และการสังเกตอาการเตือน ให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัวผ่าน LINE OA
T – Teamwork	การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และระบบติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่ครอบคลุม	บูรณาการทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. 12 แห่ง อสม. และครอบครัว พร้อมระบบเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า STRICT Preterm Nachuak Model เป็นรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดเชิงรุกที่พัฒนาจากการวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการเดิม ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 มุ่งพัฒนาระบบบริการและแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งค้นหาช่องว่างของระบบบริการ ส่วนวงรอบที่ 2 นำผลสะท้อนมาปรับปรุงและบูรณาการระบบการดูแลให้ครอบคลุมการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การรักษา การส่งต่อ การให้คำปรึกษา และการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยเน้นการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการเฝ้าระวังที่เชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

3. ผลการประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ภายหลังการพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ผู้วิจัยประเมินผลการใช้ STRICT Preterm Nachuak Model โดยเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดกับข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี ก่อนการพัฒนารูปแบบ ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ความรู้และการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังและความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดก่อนและระหว่างการพัฒนารูปแบบ

พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาลนาเชือกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ 2566 เท่ากับร้อยละ 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ คิดเป็นค่าเฉลี่ยของอัตรารายปีร้อยละ 10.32 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 ภายหลังเริ่มดำเนินการพัฒนารูปแบบ STRICT Preterm

Nachuak Model ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงเหลือร้อยละ 3.75 ลดลงจากค่าเฉลี่ยของอัตราในช่วง 2 ปีก่อนการพัฒนาเท่ากับ 6.57 และต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด สะท้อนถึงแนวโน้มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนาเชือก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ)	≤9.00	10.11	10.52	3.75

3.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงหลังใช้รูปแบบ พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 16 ราย สามารถยับยั้งการคลอดได้และยังไม่คลอดในช่วงที่ได้รับการดูแล จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 มีการส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยในกลุ่มส่งต่อสามารถยืดอายุครรภ์จนคลอดครบกำหนดได้ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ของผู้ได้รับการส่งต่อ และมีรายงานหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลดังกล่าวสะท้อนถึงการจัดระบบเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง การดูแลรักษา และการประสานส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

3.3 ผลการประเมินความรู้และการรับรู้ภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการประเมินหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 16 ราย โดยใช้แบบประเมินความรู้ 12 ข้อ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 11.06 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.19 อยู่ในระดับดีเยี่ยม สะท้อนถึงความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการเตือนและการดูแลตนเองหลังใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มที่เน้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับรู้ความเสี่ยงและตัดสินใจเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม

3.4 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรทีมสุขภาพ ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 1.93 คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนนต่อข้อ (S.D. = 0.23) อยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างครบถ้วน โดยมีระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การดูแลรักษา การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนมากขึ้น

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, S.D. = 0.59) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงที่สุดคือประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติ (Mean = 4.54, S.D. = 0.52) และข้อที่มีคะแนนสูงที่สุดคือรูปแบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Mean = 4.63, S.D. = 0.49) สะท้อนถึงการยอมรับรูปแบบและการส่งเสริมความร่วมมือของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ

สรุปผลการประเมินรูปแบบ ผลการประเมิน STRICT Preterm Nachuak Model พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลนาเชือกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ลดลงเหลือร้อยละ 3.75 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของอัตรารายปีในช่วง 2 ปีก่อนการพัฒนาที่เท่ากับร้อยละ 10.32 ขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้และการรับรู้ในระดับดีเยี่ยม บุคลากรมีการปฏิบัติตาม

แนวทางการเฝ้าระวังในระดับสูง และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ผลการศึกษาสนับสนุนความเหมาะสมของรูปแบบในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ ทำให้เกิดรูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model ซึ่งบูรณาการการคัดกรองความเสี่ยง การดูแลรักษา การส่งต่อ นวัตกรรมสนับสนุนบริการ การให้คำปรึกษา และการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลนาเชือกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 เท่ากับร้อยละ 10.81, 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 โดยพบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ ด้านหญิงตั้งครรภ์ ด้านการสื่อสารและประสานข้อมูล และด้านระบบแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังเดิม โดยเฉพาะการคัดกรองความเสี่ยงไม่ครอบคลุม การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของหญิงตั้งครรภ์ การเข้าถึงบริการล่าช้า และการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทางของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบกับระบบบริการเดิมมุ่งเน้นการดูแลเมื่อเกิดอาการมากกว่าการเฝ้าระวังเชิงรุก สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก[3] ที่ระบุว่าการคลอดก่อนกำหนดสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน รวมถึงภาวะติดเชื้อ โรคประจำตัว และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และเน้นความสำคัญของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเพื่อค้นหาและจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น รวมทั้งการศึกษาของ Chawanpaiboon และคณะ[2] ที่ชี้ให้เห็นว่าการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านอนามัยแม่และเด็ก และจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพระบบบริการและข้อมูลการเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ พบว่า วงรอบที่ 1 เป็นการพัฒนาระบบคัดกรอง แนวปฏิบัติการพยาบาล และระบบประสานส่งต่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งค้นพบช่องว่างของระบบบริการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนวงรอบที่ 2 เป็นการนำปัญหามาปรับปรุงและพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน จนได้รูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ S – Screening & Early Detection, T – Treatment, R – Referral, I – Innovation, C – Counseling Group และ T – Teamwork ทั้งนี้ ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบอาจเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ และสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้แนวทางการดูแลสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ[4] ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเน้นการประเมินปัญหา การดูแลตามมาตรฐาน การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการติดตามต่อเนื่อง (3) และการศึกษาของบุศรินทร์ เขียนแม้น

และคณะ[5] ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ (4) นอกจากนี้ การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่ง โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล อสม. และครอบครัว เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมวรรณ์ บูรณสรรค์[6] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด พบว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ครบถ้วน และรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง

3. ผลการประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2565–2566 เท่ากับร้อยละ 10.32 ลดลงเหลือร้อยละ 3.75 ในปี พ.ศ. 2567 หรือลดลง 6.57 จุดร้อยละ และต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง 16 ราย สามารถยับยั้งการคลอดได้ในช่วงที่ได้รับการดูแล 7 ราย (ร้อยละ 43.75) ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย 6 ราย (ร้อยละ 37.50) โดยในกลุ่มส่งต่อคลอดครบกำหนด 3 ราย (ร้อยละ 50.00) และมีรายงานการคลอดก่อนกำหนด 3 ราย (ร้อยละ 18.75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.06 จาก 12 คะแนน (ร้อยละ 92.19) ส่วนบุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (Mean = 1.93, S.D. = 0.23) และความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, S.D. = 0.59) ผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการพัฒนาระบบคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อและการติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[8] โดยเน้นการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการให้คำปรึกษาผ่าน LINE OA สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ จันลคร และคณะ[9] และบุบผาชาติ เพ็ญสุข และคณะ[10] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลช่วยสนับสนุนผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง รวมทั้งกัลยา กิติมา[11] และพนิดา เชียงทอง และคณะ[12] ที่พบว่าการติดตามผ่าน LINE และการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองร่วมกับครอบครัวช่วยสนับสนุนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาสะท้อนถึงความเหมาะสมของ STRICT Preterm Nachuak Model ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา และไม่มีคะแนนความรู้ก่อนใช้รูปแบบ จึงยังไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรนำ STRICT Preterm Nachuak Model ไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน ในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งต่อ และติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในเครือข่ายบริการสุขภาพ

2. ด้านการพัฒนาระบบการพยาบาล ควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการส่งเสริมการดูแลตนเองของ หญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การให้คำปรึกษาผ่านสื่อดิจิทัล และการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน–หลังการใช้รูปแบบ และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้อง

ของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Preterm birth. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., et al. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. The Lancet Global Health, 7(1), e37–e46.
3. World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.
4. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, พรจิต จันโทภาส, ศีตรา มยูขโชติ, บุญสืบ โสโสม และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. (2564). รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(3), 503–511.
5. บุศรินทร์ เขียนแม้น, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวรรณวิมล ทุมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3), 286–300.
6. ธรรมวรรณ์ บูรณสรรค์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. ารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 4(3), 50–56.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
8. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.
9. พัชรินทร์ จันลคร และระวิวรรณ กลับประโคน. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม,8(15), 108–121.
10. บุบผาชาติ เพ็ญสุข, พัชรินทร์ นาเมืองรักษ์ และมัลลิกา นวมเจริญ. (2566). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 6(2), 78–97.
11. กัลยา กิติมา. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน. แพร่เวชสาร, 31(2), 60–74
12. พนิดา เชียงทอง, สุรัชนา พงษ์ปรสุวรรณ์, สมจิตร เมืองพิล, ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว และลักขณา ไชยนอก. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 9(2), 205–226.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Seamless Community Care Model for Psychiatric Patients at High Risk for Violence Using the “Nurse Close to Heart” LINE Official Account and Community Network Partnerships at Phayakkhaphum Phisai Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

กุลธิดา เจือประเสริฐ[1]
Kuntida Jureprasert[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยประยุกต์ใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงรวม 180 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) ผู้ดูแลหลัก และบุคลากรสุขภาพ/ภาคีเครือข่าย กลุ่มละ 60 คน กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และเตรียมการ 2) การพัฒนารูปแบบ และ 3) การทดลองใช้ ทบทวนและประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบวัดความรู้ผู้ดูแล แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นจาก 58.30 ± 7.20 เป็น 70.10 ± 5.80 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ลดลงจาก 1.45 ± 0.68 เป็น 0.62 ± 0.49 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.0 เป็น 85.0 และคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 58.40 ± 8.60 เป็น 72.80 ± 6.90 คะแนน ($p < .001$) นอกจากนี้ อัตราการขาดยาลดลงจากร้อยละ 37.6 เหลือร้อยละ 18.2 ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายและติดตามต่อเนื่องร้อยละ 80.0 ผู้ดูแลสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินและประสานความช่วยเหลือได้ทันเวลาข้อยละ 92.0 และความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.55 ± 0.38 คะแนน)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V); การดูแลแบบไร้รอยต่อ; LINE Official Account; ภาคีเครือข่ายในชุมชน

Abstract

This research and development study aimed to investigate the existing situation, develop, and evaluate a seamless community-based care model for psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V) through the integration of the LINE Official Account (LINE OA) “Pha Ya Ban Klai Jai” and collaboration with community network partners at Phayakkhaphum Phisai Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand. The study was conducted from October 2023 to September 2024. A total of 180 participants were purposively selected, comprising 60 SMI-V patients, 60 primary caregivers, and 60 healthcare personnel and community network partners. The research process consisted of three phases: (1) situational analysis and preparation, (2) model development, and (3) implementation/review and evaluation. Research instruments included a medication adherence assessment, the Overt Aggression Scale (OAS), a caregiver knowledge questionnaire, a network participation assessment, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and statistical tests comparing pre- and post-intervention outcomes.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

The findings revealed that, following implementation of the developed model, the mean medication adherence score significantly increased from 58.30 ± 7.20 to 70.10 ± 5.80, while the mean aggression score (OAS) significantly decreased from 1.45 ± 0.68 to 0.62 ± 0.49 ($p < .001$). Caregiver knowledge increased from 52.0% to 85.0%, and the mean network participation score increased from 58.40 ± 8.60 to 72.80 ± 6.90 ($p < .001$). Furthermore, the medication nonadherence rate decreased from 37.6% to 18.2%, while 80.0% of patients received continuous appointment and follow-up care. Additionally, 92.0% of caregivers were able to report emergencies and coordinate timely assistance. Overall satisfaction with the developed model was rated at the highest level (4.55 ± 0.38).

Keywords: Psychiatric Patients at High Risk of Violence (SMI-V); Seamless Care; LINE Official Account; Community Network Collaboration

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการรับประทานยา การมาตามนัด การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือน ตลอดจนการประสานความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเสี่ยง การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการขาดยาร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น อาจสัมพันธ์กับการกำเริบของอาการและพฤติกรรมรุนแรง จึงจำเป็นต้องมีระบบดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบ ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยมุ่งเน้นการค้นหา ประเมินความเสี่ยง ติดตามการรักษา และป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน ข้อมูลกรมสุขภาพจิตสะท้อนว่าจำนวนผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าสู่ระบบติดตามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้หน่วยบริการระดับพื้นที่จำเป็นต้องพัฒนากลไกติดตามที่เข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและประสานการดูแล[1]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ในระบบการดูแลจำนวน 99 ราย จากการศึกษาสถานการณ์ก่อนพัฒนารูปแบบ พบอัตราการขาดยาร้อยละ 37.6 และผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพียงร้อยละ 52.0 สะท้อนถึงปัญหาความต่อเนื่องในการรักษาและข้อจำกัดด้านศักยภาพของผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดนัด การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และข้อจำกัดด้านการเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือนตลอดจนการสื่อสารและประสานความช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่องและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงซ้ำในชุมชน[2]

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยประยุกต์ใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” เป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เนื่องจากสามารถใช้งานผ่านสมาร์ทโฟนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การติดตามการรับประทานยาและการมาตามนัด การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือน ตลอดจนการแจ้งเหตุฉุกเฉินและส่งต่อข้อมูลได้อย่างรวดเร็วผ่านระบบ SOS โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ช่วยเหลือ และเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้อย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะเสี่ยง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V)

4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลหลักและการมีส่วนร่วมของบุคลากรและภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

5. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านอัตราการขาดยาความต่อเนื่องในการติดตาม และความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต่อรูปแบบการดูแลและ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ”

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ณ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และพื้นที่ชุมชนในเขตรับผิดชอบ กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และเตรียมการ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 ทดลองใช้ ทบทวนและประเมินผลรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ที่อยู่ในระบบการดูแลของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ผู้ดูแลหลัก และบุคลากรสุขภาพหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนรวม 180 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย SMI-V 60 คน ผู้ดูแลหลัก 60 คน และบุคลากรสุขภาพ/ภาคีเครือข่าย 60 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) แบบไร้รอยต่อ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” และคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V ร่วมกับภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วย SMI-V จำนวน 60 คน ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 18 ข้อ[3] มาตรประมาณค่า 5 ระดับ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) (2) ผู้ดูแลหลัก จำนวน 60 คน ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 15 ข้อ คะแนนรวม 0–15 คะแนน และ (3) บุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย 17 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความคิดเห็น การเข้ามามีบทบาท และการสร้างความร่วมมือ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ นอกจากนี้ ทั้ง 3 กลุ่มประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและ LINE OA “พยาบาลใกล้ใจ” จำนวน 10 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างหรือปรับปรุงขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเท่ากับ 0.88 แบบวัดความรู้เท่ากับ 0.82 แบบประเมินการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.91 และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และเตรียมการ

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 99 ราย ในอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

โดยรวบรวมข้อมูลด้านการรับประทานยา การมาตามนัด การขาดยา การขาดนัด การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือน ตลอดจนบทบาทของผู้ดูแลและการประสานงานของภาคีเครือข่าย การเก็บข้อมูลดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยและชุมชน โดยสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มารับบริการ ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ร่วมกับการลงพื้นที่ศึกษาสถานการณ์ในชุมชนทั้ง 14 ตำบลที่มีป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชน SMIV โดยมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจประจำพื้นที่ และพยาบาลจิตเวชจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ร่วมให้ข้อมูลและสะท้อนปัญหาการดูแลในบริบทจริง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ช่องว่างของระบบบริการ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องในการดูแล ก่อนนำไปกำหนดองค์ประกอบและกระบวนการของรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้วิจัยนำผลจากระยะที่ 1 ร่วมกับกรอบแนวคิด Social–Ecological Model กระบวนการ Design Thinking และแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V ของกรมสุขภาพจิต มาพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยกำหนดบทบาทของผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พร้อมจัดทำคู่มือและแผนผังกระบวนการดูแล และพัฒนา LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” เพื่อสนับสนุนการติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ระบบแจ้งเตือนก่อนวันนัด การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือน การแจ้งเหตุและประสานความช่วยเหลือ รวมทั้งจัดทำวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช การใช้ยา และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพบอาการผิดปกติหรือภาวะเสี่ยง ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน หรือภาคีเครือข่ายสามารถแจ้งข้อมูลผ่าน LINE OA และระบบ SOS เพื่อให้ผู้รับผิดชอบประสานทีมสุขภาพ ฝ่ายปกครอง และตำรวจในพื้นที่ นำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการเพื่อรับการประเมินโดยพยาบาลจิตเวชและแพทย์ และพิจารณาการรักษา การรับไว้รักษา หรือการส่งต่อ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด และอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชน โรงพยาบาล และชุมชนอย่างเป็นระบบและไร้รอยต่อ



ภาพที่ 1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบไร้รอยต่อโดยใช้ LINE OA “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่าย

คำอธิบายกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบ

1. การเตรียมความพร้อมของเครือข่าย ทีมวิจัยลงพื้นที่ทั้ง 14 ตำบล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สัญญาณเตือน พฤติกรรมเสี่ยง ความสำคัญของการรับประทานยา และแนวทางประสานความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน อปท. ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และบุคลากรสุขภาพ พร้อมแจกคู่มือการดูแลและคู่มือการใช้ LINE OA “พยาบาลใกล้ใจ”

2. การใช้ LINE OA สนับสนุนการดูแล สอนการใช้เมนูหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้สุขภาพจิต ความรู้และติดตามการใช้ยา การจัดการความเครียด SOS เครือข่ายทางสังคม และนัดหมาย รวมทั้งช่องทางแชทเพื่อปรึกษา ติดตามยา และแจ้งเตือนก่อนวันนัด

3. การเฝ้าระวังและแจ้งเหตุ ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมเฝ้าระวังอาการ เมื่อพบสัญญาณเตือนสามารถแจ้งผ่าน LINE OA และใช้ SOS ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อส่งข้อมูลถึงผู้รับผิดชอบและเริ่มการประสานช่วยเหลือ

4. การประสานและเข้าสู่ระบบบริการ Admin ตรวจสอบข้อมูลและประสานทีมสุขภาพ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ อปท. และเครือข่ายในพื้นที่ หากจำเป็นผู้ป่วยจะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อประเมินโดยพยาบาลจิตเวชและแพทย์ ก่อนพิจารณารักษา รับไว้รักษา หรือส่งต่อ

5. การจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง เมื่ออาการคงที่ ทีมสุขภาพจัดทำแผนจำหน่าย ทบทวนการใช้ยาและนัดหมาย และส่งต่อข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแล อสม. และเครือข่ายติดตามยา นัดหมายและสัญญาณเตือนอย่างต่อเนื่อง

6. ระบบข้อมูลและการคุ้มครองข้อมูล ข้อมูลการติดตามและผลลัพธ์สรุปผ่าน Dashboard เพื่อประเมินการดำเนินงาน โดยกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลตามบทบาทของผู้ใช้งาน และใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็นต่อการดูแลตามหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

สาระสำคัญของรูปแบบ เป็นระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เชื่อมโยงการเฝ้าระวังในชุมชน การสื่อสารผ่าน LINE OA การประสานภาคี การประเมินและรักษา การส่งต่อกลับชุมชน และการติดตามต่อเนื่องภายใต้ระบบข้อมูลเดียวกัน.

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ ทบทวนและประเมินผลรูปแบบ ผู้วิจัยประเมินผลก่อนใช้รูปแบบ (pretest) ในด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรง ความรู้ของผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากนั้นดำเนินการตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” สนับสนุนการติดตามการรับประทานยา การแจ้งเตือนก่อนวันนัด การให้ความรู้ การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือน ตลอดจนการแจ้งเหตุและประสานความช่วยเหลือร่วมกับภาคีเครือข่าย

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการ ผู้วิจัยประเมินผลหลังใช้รูปแบบ (posttest) ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ พร้อมรวบรวมผลลัพธ์ด้านการขาดยา การขาดนัด การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และเหตุการณ์ความรุนแรง รวมถึงข้อมูลการใช้งาน LINE OA จาก Dashboard ของระบบ และตรวจสอบข้อมูลบริการจากระบบ HOSxP และ HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำมาเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา คะแนน OAS คะแนนความรู้ของผู้ดูแล และคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ด้วย Paired t-test เมื่อข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และใช้ Wilcoxon signed-rank test เมื่อข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลง สำหรับข้อมูลแบบสองกลุ่มที่วัดซ้ำในบุคคลเดิม เช่น การขาดยา การขาดนัด และการกลับเข้ารับการรักษา

ซ้ำ วิเคราะห์ด้วย McNemar test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่ 42/2566 รับรองวันที่ 30 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบ จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ายังมีช่องว่างด้านความต่อเนื่องในการดูแล โดยเฉพาะการติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือน ตลอดจนการประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชน จากข้อมูลสถานการณ์พบอัตราการขาดยาร้อยละ 37.6 และผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 52.0 นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดนัดการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และข้อจำกัดในการแจ้งเหตุหรือประสานความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเสี่ยง ส่วนภาคีเครือข่ายยังมีข้อจำกัดด้านบทบาทในการติดตาม เฝ้าระวัง และประสานความช่วยเหลือ รวมทั้งขาดช่องทางสื่อสารที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวจึงนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดองค์ประกอบและกระบวนการของรูปแบบการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแล จากผลการศึกษาสถานการณ์ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยเชื่อมโยงการดูแลระหว่าง โรงพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และภาคีเครือข่ายในชุมชน ครอบคลุมกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง การติดตามพฤติกรรมการใช้ยา การติดตามการมาตามนัด การสังเกตอาการและสัญญาณเตือน การให้ความรู้และเสริมศักยภาพผู้ดูแล การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่าย และการประสานช่วยเหลือหรือส่งต่อเมื่อพบภาวะเสี่ยง โดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” เป็นเครื่องมือสนับสนุนการให้ข้อมูลสุขภาพ การติดตามการรับประทานยาและการมาตามนัด การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณเตือน ตลอดจนการติดต่อสื่อสารและประสานความช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและเชื่อมกลับเข้าสู่ระบบบริการเมื่อจำเป็น ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า มีค่าเฉลี่ย 4.67 ± 0.29 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมสำหรับนำไปทดลองใช้ในบริบทของพื้นที่

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 38 คน (ร้อยละ 63.3), อายุเฉลี่ย 41.80 ± 10.60 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา 29 คน (ร้อยละ 48.3) และระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 36 คน (ร้อยละ 60.0). ผู้ดูแลหลักจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 71.7), อายุเฉลี่ย 49.20 ± 11.30 ปี และบุคลากร/ภาคีเครือข่ายจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 46.7)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบตัวแปร: พฤติกรรมการใช้ยา, OAS, ความรู้, และการมีส่วนร่วม

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	ค่าสถิติ	p-value
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	58.30 ± 7.20	70.10 ± 5.80	t = 10.24	< .001
พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรง (OAS)	1.45 ± 0.68	0.62 ± 0.49	Z = -5.86	< .001
ความรู้ของผู้ดูแล (0–15 คะแนน)	7.80 ± 2.10 (52.0%)	12.75 ± 1.35 (85.0%)	t = 14.52	< .001

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบตัวแปร: พฤติกรรมการใช้ยา, OAS, ความรู้, และการมีส่วนร่วม

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	ค่าสถิติ	p-value
การมีส่วนร่วมของเครือข่าย (รวม)	58.40 ± 8.60	72.80 ± 6.90	t = 9.64	< .001

4. ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นจาก 58.30 ± 7.20 เป็น 70.10 ± 5.80 คะแนน (t=10.24,p<.001) และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรง (OAS) ลดลงจาก 1.45 ± 0.68 เป็น 0.62 ± 0.49 คะแนน (Z=−5.86,p<.001) ความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.0 เป็นร้อยละ 85.0 โดยเมื่อเทียบเป็นคะแนนจากแบบวัด 15 ข้อ เพิ่มจาก 7.80 ± 2.10 เป็น 12.75 ± 1.35 คะแนน (t=14.52,p<.001) ส่วนคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสูงขึ้นจาก 58.40 ± 8.60 เป็น 72.80 ± 6.90 คะแนน (t=9.64,p<.001)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ระบบบริการ: อัตราการขาดยา, ความต่อเนื่อง, การแจ้งเหตุฉุกเฉิน, และการกลับมารักษาซ้ำ)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ/ผลการดำเนินงาน	p-value
อัตราการขาดยา	37.6%	18.2%	-
ความต่อเนื่องของการนัดหมายและติดตาม	-	80.0%	-
การแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลา	-	92.0%	-
กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ	12 (20.0%)	4 (6.7%)	.021

5. ผลลัพธ์ด้านระบบบริการพบว่า อัตราการขาดยาลดลงจากร้อยละ 37.6 เหลือร้อยละ 18.2 ภายหลังใช้รูปแบบ ขณะที่ความต่อเนื่องของการนัดหมายและติดตามอยู่ที่ร้อยละ 80.0 และผู้ดูแลสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินและประสานความช่วยเหลือได้ทันเวลาร้อยละ 92.0 นอกจากนี้ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 20.0 (12 คน) เหลือร้อยละ 6.7 (4 คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.021)

6. เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายรายด้าน (ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ตามลำดับ) พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสาร เพิ่มขึ้นจาก 13.20 ± 2.30 เป็น 16.10 ± 1.80 คะแนน ด้านการให้ความคิดเห็นเพิ่มขึ้นจาก 12.80 ± 2.10 เป็น 15.60 ± 1.70 คะแนน ด้านการเข้ามามีบทบาท: เพิ่มขึ้นจาก 10.10 ± 1.90 เป็น 12.90 ± 1.40 คะแนน ด้านการสร้างความร่วมมือเพิ่มขึ้นจาก 22.30 ± 3.60 เป็น 28.20 ± 2.90 คะแนน

7. ความพึงพอใจต่อรูปแบบและ LINE OA “พยาบาลใกล้ใจ” โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.55 ± 0.38 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยจำแนกตามกลุ่มผู้ใช้พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 4.48 ± 0.42 ผู้ดูแลหลัก 4.57 ± 0.36 และบุคลากร/ภาคีเครือข่าย 4.61 ± 0.34 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบแสดงให้เห็นว่า การจัดระบบดูแลที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย พร้อมมีช่องทางดิจิทัลสนับสนุนการติดตาม สามารถนำมาใช้จัดกระบวนการดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้เป็นระบบมากขึ้น โดยรูปแบบครอบคลุมทั้งการติดตามพฤติกรรมการใช้ยา การมาตามนัด การเฝ้าระวังอาการ การให้ความรู้ผู้ดูแล และการประสานความช่วยเหลือในชุมชน

ด้านพฤติกรรมการใช้ยา พบว่าภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) อาจเนื่องมาจากการติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การแจ้งเตือนผ่าน LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Inwanna และคณะ (2022) ที่พบว่าการให้คำปรึกษา

ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ และการศึกษาของ Cahaya และคณะ (2022) ที่พบว่าการใช้มาตรการหลายรูปแบบร่วมกัน ทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และเทคโนโลยีแจ้งเตือน มีแนวโน้มช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ Wu และคณะ (2023) พบว่าเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันและระบบแจ้งเตือน เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการสนับสนุนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท

ด้านความรู้ของผู้ดูแล พบว่าภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจอธิบายได้จากการได้รับความรู้ผ่าน LINE OA ร่วมกับการฝึกทักษะการติดตามการใช้ยา การสังเกตสัญญาณเตือน และการประสานขอความช่วยเหลือ ซึ่งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tessier และคณะ (2023) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .024$) และสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Okafor และ Monahan (2023) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาระการดูแล สะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย พบว่าคะแนนโดยรวมหลังใช้รูปแบบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$), โดยทุกด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และด้านการสร้างความร่วมมือมีคะแนนหลังใช้รูปแบบสูงที่สุด การกำหนดบทบาทและช่องทางประสานงานที่ชัดเจนช่วยให้เครือข่ายสามารถรับรู้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น เข้ามามีบทบาท และสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นระบบมากขึ้น

ผลลัพธ์ด้านระบบบริการมีแนวโน้มดีขึ้นหลังใช้รูปแบบ โดยอัตราการขาดยาลดลงจากร้อยละ 37.6 เหลือร้อยละ 18.2 ความต่อเนื่องของการนัดหมายและติดตามอยู่ที่ร้อยละ 80.0 และผู้ดูแลสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลาร้อยละ 92.0 ผลดังกล่าวควรพิจารณาร่วมกับกระบวนการติดตาม การแจ้งเตือน และการตอบสนองเมื่อพบสัญญาณเตือนของรูปแบบ ทั้งนี้ การอภิปรายเชิงเหตุและผลควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการประเมินก่อนและหลังในกลุ่มเดียว

ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (4.55 ± 0.38 คะแนน) สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งาน ทั้งในด้านความเหมาะสมของกระบวนการดูแล ความสะดวกในการติดต่อสื่อสารและประสานงาน ตลอดจนประโยชน์ของ LINE OA “พยาบาลใกล้ใจ” ในการสนับสนุนการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในบริบทบริการจริง อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ใช้และข้อจำกัดด้านการเข้าถึงหรือความสามารถในการใช้ LINE OA ร่วมด้วยก่อนขยายผล

สรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยใช้ LINE OA “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นรูปแบบที่เชื่อมโยงการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน ภายหลังใช้รูปแบบพบว่าผลลัพธ์สำคัญดีขึ้น โดยอัตราการขาดยาลดลงจากร้อยละ 37.6 เหลือร้อยละ 18.2 ความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.0 เป็นร้อยละ 85.0 ความต่อเนื่องของการนัดหมายและติดตามอยู่ที่ร้อยละ 80.0 และผู้ดูแลสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลาร้อยละ 92.0 นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงลดลง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสูงขึ้น และความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรถ่ายทอดรูปแบบการดูแลนี้ (โดยเฉพาะการใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ร่วมกับภาคีเครือข่าย) ไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนหรือเครือข่ายบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ในระดับพื้นที่

2. ควรมีการพัฒนาคู่มือการใช้งานและการอบรมเสริมทักษะดิจิทัลให้กับผู้ดูแล อสม. และภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้ใช้งานบางกลุ่ม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ (Quasi-Experimental Design) ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบนี้กับกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบให้หนักแน่นยิ่งขึ้น

ควรศึกษาวิเคราะห์ความคุ้มค่า (Cost-Effectiveness Analysis) ของการนำนวัตกรรมดิจิทัลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของหน่วยงานสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2566). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมสุขภาพจิต. (2567). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2567. กระทรวงสาธารณสุข.
3. Andreasen, N. C. (2011). The lifetime trajectory of schizophrenia and the concept of neurodevelopment. Dialogues in Clinical Neuroscience, 13(3), 271–281.
4. Ben-Zeev, D., Brenner, C. J., Begale, M., Duffecy, J., Mohr, D. C., & Mueser, K. T. (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 40(6), 1244–1253. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu033
5. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.
6. Brown, T. (2008). Design thinking. Harvard Business Review, 86(6), 84–92.
7. Nicholas, J., Larsen, M. E., Proudfoot, J., & Christensen, H. (2015). Mobile apps for bipolar disorder: A systematic review of features and content quality. Journal of Medical Internet Research, 17(8), e198. https://doi.org/10.2196/jmir.4581
8. Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 63(5), 490–499. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490
9. World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Care Model for Prevention of Hypothermia in Patients Undergoing General Anesthesia Using the "3-Color 3P Warm Care Model" Innovation, Phayakkhaphum Phisai Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

รุจน์จิรา รอยศรี[1] รัตติกานต์ รักษาภักดี[2]
Rujjira Roysri[1] Rattikan Raksaphakdee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และประเมินผลการใช้รูปแบบแบบนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model รวมถึงความพึงพอใจของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสหวิชาชีพที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 คน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด และกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้บุคลากรด้านการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ 2) แบบประเมินและการจำแนกความเสี่ยงของผู้ป่วย 3) รูปแบบนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model 4) อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น 5) แบบประเมินการปฏิบัติการตามรูปแบบนวัตกรรม และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและอาการหนาวสั่นในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายลดลง บุคลากรมีคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(24) = 14.36$, $p < .001$) ด้านการปฏิบัติตามแนวทาง (Compliance) ทีมผู้ดูแลมีการปฏิบัติตามแนวทางนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model ในภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean = 4.66) เมื่อจำแนกตามระยะพบว่า ระยะก่อนผ่าตัดมีการปฏิบัติสูงสุด (Mean = 4.74) รองลงมาคือระยะระหว่างผ่าตัด (Mean = 4.68) และระยะหลังผ่าตัด (Mean = 4.58) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเป็นรายข้อ พบว่ารายการที่บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้สูงสุดเป็นอันดับแรก คือ การส่งต่อข้อมูล (Handover) เรื่องระดับความเสี่ยงด้วยสัญลักษณ์สีให้ทีมห้องผ่าตัดรับทราบ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความพึงพอใจ ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.90) โดยด้านการทำงานเป็นทีมและผลลัพธ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.93) ทั้งนี้ บุคลากรให้คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด มีความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำให้แก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ; การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย; 3 สี 3P Warm Care Model

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to develop a care model for preventing hypothermia in surgical patients receiving general anesthesia at Phayakkhaphum Phisai Hospital, Maha Sarakham Province. It also evaluated the outcomes of implementing the innovative "3 Colors, 3P Warm Care Model" and assessed staff satisfaction. The purposively selected sample consisted of a multidisciplinary care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม Corresponding author: รัตติกานต์ รักษาภักดี e-mail: Rattikan1@smnc.ac.th

team of 26 medical staff (including anesthesiologists, nurse anesthetists, ward nurses, and operating room nurses), along with 50 pre-implementation and 50 post-implementation surgical patients who received general anesthesia. The research instruments included: 1) a staff knowledge test on hypothermia prevention, 2) a patient risk assessment and classification form, 3) the 3 Colors, 3P Warm Care Model innovation, 4) warming devices, 5) a compliance assessment form for the innovative model, and 6) a staff satisfaction questionnaire (evaluated using Mean scores). These instruments were validated for content validity by three experts. Data were analyzed using frequency, percentage, Mean, standard deviation, Chi-square test, Paired t-test, and Independent t-test.

The results revealed a decreased incidence rate of hypothermia and shivering among surgical patients receiving general anesthesia. Staff knowledge scores regarding hypothermia prevention increased significantly ($t(25) = 14.36$, $p < .001$). Regarding compliance, the care team's adherence to the 3 Colors, 3P Warm Care Model was overall at the highest level (Mean = 4.66). Categorized by phase, the preoperative phase had the highest compliance (Mean = 4.74), followed by the intraoperative phase (Mean = 4.68), and the postoperative phase (Mean = 4.58), respectively. Considering individual items, the highest compliance was observed in the handover of risk level information using color codes to the operating room team, which was at the highest level (Mean = 4.88). Overall staff satisfaction with the innovation was at the highest level (Mean = 4.90), with teamwork and outcomes receiving the highest Mean score (Mean = 4.93). Personnel reported the highest level of satisfaction and increased confidence in preventing patient hypothermia.

Keywords: Hypothermia; General Anesthesia; 3 Colors 3P Warm Care Model

บทนำ

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างการผ่าตัดโดยไม่ได้ตั้งใจ (Inadvertent perioperative hypothermia) เป็นภาวะที่อุณหภูมิกายส่วนกลางต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยผ่าตัดโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย[1] โดยปกติร่างกายมนุษย์จะควบคุมสมดุลความร้อนผ่านศูนย์ควบคุมอุณหภูมิที่สมองส่วนไฮโปทาลามัส แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยาจะไปกดการทำงานของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิส่วนกลาง ทำให้ยับยั้งการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติและทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวอย่างรวดเร็ว กลไกนี้ส่งผลให้ความร้อนถ่ายเทจากแกนกลางของร่างกายไปยังเนื้อเยื่อส่วนปลาย และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้อุณหภูมิแกนกลางลดลง 1.0-1.5 องศาเซลเซียสภายในชั่วโมงแรกหลังการนำสลบ[2] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ เช่น อุณหภูมิห้องผ่าตัดที่เย็น การเปิดเผยผิวหนังเพื่อผ่าตัด รวมถึงการได้รับสารน้ำหรือเลือดที่ไม่ได้อุ่น[3] ภาวะอุณหภูมิกายต่ำส่งผลเสียต่อร่างกายในหลายระบบ อาทิ ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในกระบวนการแข็งตัวของเลือดและรบกวนการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้เพิ่มการเสียเลือดและความต้องการเลือดทดแทน หลอดเลือดที่หดตัวยังลดปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงแผล เพิ่มอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดถึงสามเท่า และยืดระยะเวลานอนโรงพยาบาล[4] นอกจากนี้ยังเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและทำให้เกิดอาการหนาวสั่น (postanesthetic shivering) ในระยะหลังผ่าตัด[5,6] ซึ่งเพิ่มการใช้ออกซิเจน ภาระการเผาผลาญของร่างกาย และเพิ่มโอกาสเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากบริบทของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 พบว่าสถิติผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำหรือภาวะที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 386 ราย (ร้อยละ 21.9) ในปี พ.ศ. 2564, จำนวน 292 ราย (ร้อยละ 22.3) ในปี พ.ศ. 2565 และ จำนวน 409 ราย (ร้อยละ 20.9) ในปี พ.ศ. 2566 แม้สัดส่วนจะ

คงที่ แต่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบกลับเพิ่มขึ้นตามปริมาณงาน เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ขาดแนวทางประเมินความเสี่ยงที่เป็นระบบ การให้ความอบอุ่นไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขาดการวัดอุณหภูมิกายต่อเนื่อง การสื่อสารความเสี่ยงระหว่างหน่วยงาน (วิสัญญี ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วย) ไม่ต่อเนื่อง และข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ให้ความอบอุ่นที่มีต้นทุนสูง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model โดยนำระบบ 3 สี (เขียว เหลือง แดง) มาใช้ประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยให้มองเห็นได้ง่าย ควบคู่กับหลักการ 3P คือ Pre-op, Peri-op และ Post-op เป็นกรอบการดูแลตลอดระยะเวลาผ่าตัด ร่วมกับการแจ้งเตือนผ่านระบบสารสนเทศ (HosXP และ Paperless) เพื่อให้ทุกวิชาชีพได้รับข้อมูลที่ตรงกัน ทันเวลา และเป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

2.เพื่อประเมินผลรูปแบบและความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้รูปแบบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ระยะเวลา 10 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกรกฎาคม 2567 ดำเนินการในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย กลุ่มใช้รูปแบบจำนวน 50 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะสุขภาพ ASA physical status class 1–2 ผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) ระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 30 นาที ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) อุณหภูมิกายแรกรับที่ห้องผ่าตัดตั้งแต่ 36.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency case) ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ Spinal block หรือ Epidural block หรือการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ รวมถึงเปลี่ยนวิธีระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด มีไข้ก่อนผ่าตัด (อุณหภูมิกายตั้งแต่ 38.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป) หรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง ผ่าตัดช่องท้องหรือทรวงอกขนาดใหญ่ที่คาดว่าเสียเลือดเกิน 1,000 มิลลิลิตร หรือต้องได้รับเลือดปริมาณมาก มีโรคของต่อมไทรอยด์ที่ควบคุมไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่ต้องใช้การลดอุณหภูมิกายเพื่อการรักษา ใช้เวลาผ่าตัดมากกว่า 4 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model: เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้นสำหรับบริบทการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วยนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model คู่มือแนวทางปฏิบัติที่การคัดกรองความเสี่ยงด้วยระบบสัญลักษณ์ภาพ 3 สี (สีเขียว สีเหลือง สีแดง) และการจัดการทางการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative) ระยะระหว่างผ่าตัด

(Peri-operative) และระยะหลังผ่าตัด (Post-operative) **ระบบสารสนเทศ** การสร้างระบบแจ้งเตือน (Alert System) แบบ Pop-up สีความเสี่ยงในระบบ HOSxp และระบบ Paperless เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแผนก **ทรัพยากรและอุปกรณ์ให้ความอบอุ่น** เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ร่วมกับนวัตกรรมรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย เครื่องเป่าลมร้อนพร้อมผ้าห่ม (Forced-air warming) ตู้อุ่นสารน้ำ เครื่องควบคุมอุณหภูมิของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV Fluid Warmer) และเครื่องวัดอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย (เช่น ทางช่องหูหรือช่องจมูก) ซึ่งทุกอุปกรณ์ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานและสอบเทียบอุณหภูมิ (Calibration) ตามมาตรฐานของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาแบบสอบถามและแบบประเมินขึ้นจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1: แบบทดสอบความรู้บุคลากรด้านการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ เป็นแบบทดสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความรู้ความเข้าใจของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ชุดที่ 2: แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความเสี่ยงผู้ป่วย (Patient Data & Risk Assessment Form) เป็นแบบบันทึกชนิดตรวจสอบรายการ (Checklist) และระบบการให้คะแนน (Scoring system) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยผ่าตัด และคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก เพื่อแปลงผลคะแนนนำไปสู่การแบ่งระดับความเสี่ยง 3 สี สำหรับวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ชุดที่ 3: แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง (Compliance Assessment) เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5 = ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง 1 = ไม่เคยปฏิบัติ) จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมกระบวนการปฏิบัติงานในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ใช้สำหรับประเมินความถี่และระดับการปฏิบัติตามแนวทาง 3P ของพยาบาลและทีมผู้ดูแล

ชุดที่ 4: แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = พึงพอใจมากที่สุด ถึง 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด) จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 26 คน ที่มีต่อรูปแบบนวัตกรรมในด้านรูปแบบ ด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และด้านการทำงานเป็นทีม โดยประเมินผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่วิเคราะห์โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean scores)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Validity) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 ชุด โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยเครื่องมือทุกชุดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.70 และเมื่อนำไปทดลองใช้ (Try-out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ซึ่งถือว่ามีความน่าเชื่อถือสูงและได้มาตรฐานตามหลักการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Situational Analysis) (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2566) เป็นขั้นตอนการศึกษาบริบทและรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคของการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัด โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.การทบทวนข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและ

วิเคราะห์สถิติอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2564–2566) เพื่อวิเคราะห์ขนาดของปัญหาและสาเหตุเชิงระบบในหน่วยงาน รวมถึงวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) เมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติและตัวชี้วัดของ Service Plan

2.การประเมินสถานการณ์ก่อนการพัฒนา (Baseline Assessment) ดำเนินการวัดระดับความรู้และการปฏิบัติงานของบุคลากรก่อนการใช้นวัตกรรม (Pre-test) รวมถึงเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบ

3.การค้นหาปัญหาเชิงลึก ดำเนินการสังเกตการณ์การปฏิบัติงานจริงหน้างาน และจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (Model Development and Quality Testing) (ธันวาคม 2566 – มกราคม 2567) เป็นขั้นตอนการนำข้อมูลจากสถานการณ์ปัจจุบันมาสังเคราะห์เป็นนวัตกรรม และผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.การยกร่างรูปแบบนวัตกรรม นำข้อมูลข้อค้นพบจากขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีทางการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อยกร่างรูปแบบ แนวปฏิบัติ คู่มือ และนวัตกรรม "3สี 3P Warm Care Model"

2.การประชุมเชิงปฏิบัติการทีมพัฒนา จัดประชุมทีมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 ครั้ง (ครั้งละ 1 วัน) โดยใช้เทคนิคกลุ่มสมมตินัย (Nominal Group Technique) เพื่อระดมสมองกำหนดองค์ประกอบ ขั้นตอน และกิจกรรมของรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท

3.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำร่างรูปแบบนวัตกรรมและเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

4.การเตรียมความพร้อมบุคลากร จัดประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในด้านแนวคิด วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน และวิธีการใช้เครื่องมือ/แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล

5.การทดลองใช้นำร่อง (Pilot Study / Try-out) นำรูปแบบฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 15 ราย เป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility) ซึ่งจากการทดลองใช้พบข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ปัญหาสัญลักษณ์ "3 สี" หลุดหายระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด และปัญหาด้านทัศนคติของบุคลากรบางส่วนที่มองว่านวัตกรรมเป็นการเพิ่มภาระงานเอกสาร และยังคุ้นชินกับการดูแลแบบเดิม

6.การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบ นำปัญหาและอุปสรรคจากระยะนำร่องมาวิเคราะห์แก้ไขปรับปรุง เพื่อลดความซ้ำซ้อนของภาระงานและกำหนดรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท จนได้เป็นรูปแบบฉบับทดลองใช้ (Draft model) พร้อมคู่มือและเครื่องมือประกอบที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและพร้อมใช้งานจริง

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ ทบทวนและประเมินประสิทธิผล (Research 2: Implementation and Evaluation) (กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2567) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปประยุกต์ใช้จริงในหน่วยงาน และประเมินประสิทธิผลเบื้องต้น โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.การประกาศนโยบายและพัฒนาศักยภาพ: ประกาศนโยบายการใช้นวัตกรรม และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ให้แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 คน เป็นเวลาครึ่งวัน โดย

ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎี การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ

2.การนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง (Implementation) นำรูปแบบไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 50 ราย เป็นระยะเวลา 1 เดือน

3.การทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) จัดประชุม AAR เพื่อแก้ปัญหาหน้างานอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการย่อย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนตำแหน่งการติดป้ายสัญลักษณ์สีให้คงทน การปรับปรุงเกณฑ์คะแนนและแบบฟอร์ม รวมถึงการเพิ่มข้อความแจ้งเตือน (Alert message) ในระบบ HOSxP และระบบ Paperless

4.การกำกับติดตามและสะท้อนผล (Monitoring & Feedback) ดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติงาน (Audit) เป็นรายสัปดาห์ และสะท้อนข้อมูลกลับ (Feedback) ให้แก่บุคลากรทั้งรายบุคคลและรายหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐาน

5.การรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ การปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภายหลังการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงและรับรองรูปแบบฉบับสมบูรณ์ (Model Refinement and Endorsement) (มิถุนายน – กรกฎาคม 2567) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการประเมินผลลัพธ์ภาพรวม ถอดบทเรียน และผลักดันนวัตกรรมสู่มาตรฐานขององค์กร โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.การประเมินผลลัพธ์เชิงประจักษ์ ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP และ Paperless ทุกสัปดาห์ ประเมินคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบ (Post-test) ระดับการปฏิบัติตามแนวทาง และประเมินความพึงพอใจของบุคลากร

2.การถอดบทเรียน (Lesson Learned) จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม เพื่อถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Success factors) และข้อจำกัดที่พบตลอดโครงการ

3.การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล: นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเกิดประโยชน์ของรูปแบบฉบับปรับปรุง

4.การรับรองรูปแบบและผลักดันเชิงนโยบาย จัดทำนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model เป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์ นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เพื่อพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ประจำหน่วยงานอย่างเป็นทางการ

ผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.ได้นวัตกรรมและรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

2. อัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและอาการหนาวสั่นในผู้ป่วยผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับสถิติก่อนหน้า เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Standard Operating Procedure) แบบใหม่ที่สามารถใช้ได้จริงในโรงพยาบาล

3. ผลการประเมินด้านความรู้ในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำภายหลังการนำนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model ไปใช้บุคลากรทางการแพทย์ทีมผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(24) = 14.36$, $p < .001$) โดยก่อนการดำเนินกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 5.28 คะแนน (S.D. = 0.94) และหลังการดำเนินกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 8.52

คะแนน (S.D. = 0.71) ซึ่งมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.24 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 61.36)

4. ผลการประเมินด้านการปฏิบัติตามแนวทาง (Compliance)ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางนวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model ในภาพรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด (Mean = 4.66) เมื่อจำแนกตามระยะการผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติในระดับมากที่สุดทุกระยะ โดยระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative) มีการปฏิบัติตามแนวทางสูงสุด (Mean = 4.74) รองลงมาคือระยะระหว่างผ่าตัด (Peri-operative) (Mean = 4.68) และระยะหลังผ่าตัด (Post-operative) (Mean = 4.58) ตามลำดับ ประเด็นที่ทีมผู้ดูแลมีการปฏิบัติสูงสุดคือ การส่งต่อข้อมูล (Handover) เรื่องระดับความเสี่ยง "สี" ให้ทีมห้องผ่าตัด (Mean = 4.88) ขณะที่ประเด็นที่มีการปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การส่งต่อข้อมูลการดูแลจากพยาบาลห้องพักฟื้น (PACU) ไปยังพยาบาลหอผู้ป่วย (Ward) (Mean = 4.28)

5. บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม 3สี 3P Warm Care Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.90) โดยประเมินให้ด้านการทำงานเป็นทีมและผลลัพธ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.93) รองลงมาคือด้านรูปแบบและนวัตกรรม (Mean = 4.91) และด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (Mean = 4.83) ตามลำดับ ทั้งนี้ ประเด็นที่บุคลากรให้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด (คะแนนเต็ม 5.00) คือ นวัตกรรมนี้ช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจมากขึ้นในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำให้ผู้ป่วย

ผลลัพธ์เชิงนวัตกรรมและการนำไปใช้

1. การพัฒนานวัตกรรมเกิดเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk Stratification Tool) ในรูปแบบสัญลักษณ์สติ๊กเกอร์ 3 สี (เขียว เหลือง แดง) ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงหน้างาน (Practical innovation) ช่วยให้บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative phase) ส่งผลให้เกิดการตระหนักรู้ (Awareness) และการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังเชิงรุก

2. การบูรณาการแนวปฏิบัติทางคลินิกแบบไร้รอยต่อ (Seamless Clinical Practice Guidelines)เกิดรูปแบบการดูแล 3P Warm Care Model ที่เชื่อมโยงเกณฑ์การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision-making criteria) เข้ากับระดับสีของความเสี่ยง โดยมีการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุมกระบวนการดูแลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative) ระยะระหว่างผ่าตัด (Peri-operative) และระยะหลังผ่าตัด (Post-operative) ทำให้ทีมผู้ดูแลมีมาตรฐานในการเลือกใช้อุปกรณ์ให้ความ อบอุ่นและการจัดการความร้อนของร่างกาย (Thermoregulation) ที่สอดคล้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ (Interprofessional Communication System)เกิดการเชื่อมต่อระบบการส่งต่อข้อมูล (Handover) ผ่านระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (HOSxP) และระบบเวชระเบียนแบบไร้กระดาษ (Paperless Electronic Medical Record) ทำให้การสื่อสารความเสี่ยงระหว่างหน่วยงานมีประสิทธิภาพแบบเรียลไทม์ (Real-time) หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น (PACU) สามารถเข้าถึงข้อมูลระดับสีความเสี่ยง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิแกนกลาง (Core temperature trends) และแผนการจัดการทางการพยาบาลร่วมกันได้อย่างต่อเนื่องและทันเวลา ซึ่งช่วยลดรอยต่อและความคลาดเคลื่อนในการส่งข้อมูล

4. การยกระดับสู่มาตรฐานการปฏิบัติงานขององค์กร (Institutional Standardization) ผลสัมฤทธิ์จากงานวิจัยได้ถูกนำไปต่อยอดและประกาศใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) และ

แนวปฏิบัติประจำหน่วยงานของงานการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความยั่งยืน (Sustainability) ของนวัตกรรม และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (Policy implementation) เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ขององค์กรอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของการวิจัยชี้ให้เห็นว่านวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model ก่อให้เกิดเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงที่ใช้งานได้จริงในสถานการณ์หน้างาน สอดคล้องกับการเชื่อมโยงเกณฑ์การตัดสินใจทางคลินิกทำให้ทีมมีมาตรฐานในการจัดการความร้อนของร่างกายตรงกัน นอกจากนี้การบูรณาการระบบสารสนเทศแจ้งเตือนเข้ากับระบบ HOSxP และ Paperless ช่วยลบจุดอ่อนด้านการส่งต่อข้อมูล (Handover) ระหว่างวิชาชีพได้[5,6]

ข้อเสนอแนะ

ควรผลักดันแนวปฏิบัตินี้ให้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline)

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude (Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกอันเป็นประโยชน์สูงสุดต่องานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี: การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในระยะผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: 2562.
2. Sessler DI.(2016). Perioperative thermoregulation and heat balance. Lancet. 2016;387:2655-64.
3. รุ่งนภา ศิริสลุง, สุภาภรณ์ ด้วงแพง.(2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2563;26(1):55-68.
4. Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R.(1996). Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. N Engl J Med. 1996;334(19):1209-15.
5. จริยา อิงคยะกุล, นันทา เล็กสวัสดิ์.(2562). ผลของการห่มผ้าห่มลมร้อนต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำและอาการหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2562;42.
6. อภิญญา สุวรรณมาโจ, ศิริรัตน์ จันทร์แสง.(2565). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการให้ความอบอุ่นแบบบูรณาการเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิกายต่ำในระยะผ่าตัด. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(1):95-107.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Drug Addiction Treatment Model to Promote One-Year Treatment Retention, Nadun Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

ยุทธนา เพ็ชรนาค[1]
Yutthana Phetnak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และประเมินผลของรูปแบบ ณ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการ 4 ระยะตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ 16 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลคือ ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงกันยายน 2567 จำนวน 139 ราย เปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยปีงบประมาณ 2566 จำนวน 71 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า การหลุดจากระบบเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และระบบบริการ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ NADUN Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินตามความต้องการรายบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน และการนำทางผู้ป่วยโดยผู้จัดการรายกรณี ภายหลังการใช้รูปแบบ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.51 เป็นร้อยละ 90.65 คิดเป็นผลต่าง 6.14 จุดร้อยละ (95% CI: −3.57 ถึง 15.85) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 1.75, p = .186) ผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (M = 4.46, SD = 0.52 และ M = 4.38, SD = 0.50 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การบำบัดรักษายาเสพติด, การคงอยู่ในระบบการบำบัด, การจัดการรายกรณี, การวิจัยและพัฒนา, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation and factors related to treatment retention among patients with drug use problems, to develop a treatment model promoting one-year retention, and to evaluate the model at Nadun Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand. The study comprised four phases following the action research cycle. The model was developed with a 16-member multidisciplinary team, staff of sub-district health promoting hospitals, community leaders, and village health volunteers. The evaluation sample comprised 139 new outpatients admitted between October 2023 and September 2024, compared with a historical group of 71 patients treated in fiscal year 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, and thematic analysis. Dropout was related to patient, family, provider, and service system factors.

The resulting NADUN Model consists of five components: Need-based assessment, Alliance building, Distance-free follow-up, Unity of family and community, and Navigation by a case manager. After implementation, the one-year retention rate rose from 84.51% to 90.65%, a difference of 6.14 percentage points (95% CI: −3.57 to 15.85), which was not statistically significant (χ^2 = 1.75, p = .186). Satisfaction with the model among patients and the multidisciplinary team was at a high level (M = 4.46, SD = 0.52 and M = 4.38, SD = 0.50, respectively).

Keywords: drug addiction treatment, treatment retention, case management, research and development, community hospital

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และความมั่นคงของสังคม ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นพื้นที่ที่มีการผลิตและการแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนในระดับสูง[21] สำหรับประเทศไทย ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้ปรับแนวคิดจากการลงโทษทางอาญาไปสู่การมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟูและติดตามอย่างต่อเนื่อง[1] ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัด การดูแลต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงการดูแลร่วมกับครอบครัวและชุมชน การติดยาเสพติดเป็นความผิดปกติเรื้อรังที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ การดูแลจึงต้องอาศัยการติดตามระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น[2] การคงอยู่ในการบำบัดเป็นระยะเวลาที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของการบำบัด[3] ขณะที่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดในระยะแรกเป็นปัจจัยเชื่อมโยงสำคัญที่นำไปสู่การคงอยู่ในระบบการบำบัด[4] ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดจึงมิได้จำกัดเฉพาะการให้การบำบัดตามแผนการรักษา แต่จำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจ ส่งเสริมแรงจูงใจ และช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลของตนเองอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) ซึ่งให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในฐานะกระบวนการบำบัด โดยพยาบาลใช้สัมพันธภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหา เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถใช้แหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทฤษฎีประกอบด้วยกระบวนการสำคัญตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจปัญหา (orientation) ระยะที่ผู้ป่วยร่วมระบุปัญหาและความต้องการ (identification) ระยะดำเนินการ โดยใช้ทรัพยากรและความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหา (exploitation) จนถึงระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น (resolution)[5] การประยุกต์ทฤษฎีนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดจึงมีความเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ตลอดจนการติดตามและประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดนัดและการหลุดออกจากระบบการบำบัด แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบพบหน้ามีการออกจากการบำบัดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 30 และมีสัดส่วนสูงกว่านี้ในกลุ่มผู้ใช้สารกระตุ้นประสาท[6] โปรแกรมผู้ป่วยนอกระยะเวลา 12 สัปดาห์สำหรับผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนในไต้หวันพบผู้หลุดจากโปรแกรมร้อยละ 40.5[7] ปัจจัยเสี่ยงที่พบอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ อายุน้อย ความบกพร่องทางการรู้คิด และสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ไม่เข้มแข็ง[8] สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มการคงอยู่ในระบบการบำบัดจำเป็นต้องดำเนินการทั้งในระดับผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ครอบครัว และระบบบริการควบคู่กัน

โรงพยาบาลนาดูนเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจำนวน 89 ราย และ 71 ราย ตามลำดับ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดและติดตามครบ 1 ปีเท่ากับร้อยละ 80.90 และร้อยละ 84.51 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 75 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถึงอย่างนั้นยังพบผู้ป่วยหลุดออกจากระบบก่อนครบกำหนดจำนวน 17 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ การกระทำผิดกฎหมาย และการเกิดปัญหาสุขภาพจิตร่วม[9]

จากการทบทวนกระบวนการดูแลเบื้องต้นของโรงพยาบาลนาดูน พบข้อจำกัดของระบบบริการที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ การไม่มีผู้รับผิดชอบรายกรณีที่ชัดเจน การ

มีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีในชุมชนที่ยังจำกัด และการยังไม่มีช่องทางติดตามทางไกลที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง การประกอบอาชีพ หรือมีแรงจูงใจในการบำบัดลดลง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจนำไปสู่การขาดนัดและการหลุดออกจากระบบการบำบัด หลักฐานจากต่างประเทศแสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์หลายด้านสามารถช่วยเพิ่มการคงอยู่ในการบำบัดได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ[10] การจัดการรายกรณี ซึ่งมีผลต่อการคงอยู่และการเชื่อมต่อกับบริการมากกว่าผลลัพธ์ด้านอื่น[5] การให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด[5] และการบำบัดผ่านการแพทย์ทางไกล ซึ่งให้ผลใกล้เคียงกับการให้บริการแบบพบหน้า แม้ว่าหลักฐานส่วนใหญ่ยังเป็นการติดตามในระยะสั้น[11] กลยุทธ์เหล่านี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการปัญหา และการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุนที่จำเป็น

สำหรับประเทศไทย การศึกษาในจังหวัดตากพบว่า ความสมัครใจเข้ารับการบำบัดและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ให้การยอมรับและช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับการบำบัดครบตามเกณฑ์[12] ในจังหวัดมหาสารคามมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน[13] และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง[2] การศึกษาเหล่านี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและประเมินผลเฉพาะในช่วงของโปรแกรมการบำบัด ขณะที่หลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการรายกรณี การติดตามทางไกล และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งติดตามผลการคงอยู่ในระบบจนครบ 1 ปีในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังมีจำกัด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวเป็นกรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่มุ่งสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินความต้องการรายบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการรายกรณี การติดตามต่อเนื่องผ่านช่องทางที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง และตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อันจะนำไปสู่การเพิ่มโอกาสในการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีและลดการหลุดออกจากระบบการบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินงานวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงกันยายน 2567 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[14] ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผล มีการดำเนินการอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาส

ให้ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทางการดูแล ทดลองใช้ สังเกตผล และร่วมสะท้อนผลเพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) เป็นกรอบแนวคิดทางการพยาบาลหลัก โดยมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การค้นหาและระบุปัญหาร่วมกัน การเสริมสร้างแรงจูงใจ การใช้แหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และระบบบริการ ประกอบด้วย1) ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 16 คน 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดที่คงอยู่ในระบบการบำบัดและติดตามครบ 1 ปี จำนวน 8 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและประสบการณ์ที่ช่วยให้สามารถคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 3) ผู้ป่วยที่หลุดออกจากระบบการบำบัดก่อนครบกำหนด จำนวน 6 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดหรือการหลุดออกจากระบบ 4) ผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 8 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัว ปัญหาในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม นำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัด เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาและแนวทางพัฒนารูปแบบการพยาบาลร่วมกัน

2. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลนาดูน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอนาดูน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ผู้มีส่วนร่วมดังกล่าวทำหน้าที่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทางการดูแล ทดลองใช้รูปแบบ สังเกตปัญหาและผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมสะท้อนผลและเสนอแนวทางปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการพยาบาลฯที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาดูน

3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดรายใหม่ทุกรายที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลนาดูน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 140 ราย เนื่องจากผู้วิจัยศึกษาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนทุกรายที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด จึงไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีเลือกแบบครอบคลุมประชากรที่เข้าถึงได้ทั้งหมดในช่วงเวลาศึกษา (Total Population Sampling) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ระบบการบำบัด และได้รับการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยประเมินผลลัพธ์ด้านการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาที่กำหนด 2) มีผลการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป และได้รับการประเมิน

จากแพทย์ว่าสามารถรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้ 3) มีอายุ 12 ปีขึ้นไป 4) พักอาศัยในอำเภอนาดูนหรือพื้นที่ใกล้เคียงที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ตลอดระยะเวลา 1 ปี 5) มีหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 หมายเลขที่สามารถใช้ติดต่อเพื่อติดตามการดูแลได้ 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถให้ข้อมูลได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกรณีผู้เข้าร่วมอายุต่ำกว่า 18 ปี ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะที่แพทย์ประเมินว่าจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน 2) มีอาการทางจิตเฉียบพลัน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัย 3) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง 4) มีโรคทางกายรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการบำบัดและการติดตาม และ 5) อยู่ระหว่างการบังคับบำบัด ถูกควบคุมตัว หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการติดตามตามรูปแบบที่กำหนดได้

เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอถอนตัวจากการวิจัย 2) ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่จนไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ 3) เสียชีวิต หรือ 4) ถูกคุมขังระหว่างระยะเวลาการศึกษา ผู้เข้าร่วมที่เข้าเกณฑ์ถอนออกดังกล่าวไม่นับเป็นผู้ที่หลุดออกจากระบบการบำบัด และไม่นำมารวมเป็นตัวหารในการคำนวณอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนพัฒนารูปแบบใช้ข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 71 ราย จากเวชระเบียนและฐานข้อมูลการติดตาม เป็นข้อมูลเปรียบเทียบก่อนการใช้รูปแบบ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาต่อเนื่องกับระยะดำเนินการ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดตามแนวทางเดียวกันและโดยทีมผู้บำบัดชุดเดียวกัน ทั้งนี้ ใช้เกณฑ์คุณสมบัติ นิยามการคงอยู่ในระบบ และวิธีคำนวณอัตราการคงอยู่เช่นเดียวกับกลุ่มหลังการพัฒนาเท่าที่ข้อมูลย้อนหลังเอื้ออำนวย โดยใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ และไม่ถือเป็นกลุ่มควบคุมจากการทดลอง

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2566

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โดยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2566 จำนวน 160 ราย เพื่อวิเคราะห์อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และลักษณะการหลุดออกจากระบบในแต่ละช่วงเวลา

จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจัดสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ จำนวน 16 คน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 60–90 นาที เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและกระบวนการดูแล ครอบคลุมด้านโครงสร้างระบบบริการ การรับผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด การติดตามต่อเนื่อง และการประสานการดูแล รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบ ผู้ป่วยที่ออกจากระบบ และผู้ดูแลในครอบครัว ใช้เวลารายละประมาณ 45–60 นาที จนข้อมูลมีความอิ่มตัว ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการระบุปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่และการออกจากระบบการบำบัด รวมทั้งกำหนดประเด็นสำหรับการวางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว มาใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด การพัฒนา

ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย รพ.สต. ครอบครัว และชุมชน จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ติดตามผล สะท้อนปัญหา และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการ เดือนกรกฎาคม–ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการรายกรณี การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จากนั้นพัฒนารูปแบบและนำไปทดลองใช้ในระบบบริการจริง โดยมีประเด็นการพัฒนาหลัก 3 ด้าน ดังนี้ 1) การพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด พัฒนาการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ครอบคลุมระดับการใช้สาร ปัญหาสุขภาพจิต ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง อาชีพ ครอบครัว และข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ พร้อมประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน และการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญของการอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 2) การพัฒนาระบบติดตามและการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการติดตามผู้ป่วยให้ต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งการมาตามนัด การติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดนัดและการหลุดออกจากระบบ โดยจัดการรายกรณีมาใช้ในการประสานการดูแลระหว่างผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน พัฒนาบทบาทของครอบครัว รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมแรงจูงใจ การมาตามนัด และการเฝ้าระวังปัญหาที่อาจนำไปสู่การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ พร้อมเชื่อมโยงการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายในพื้นที่

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่าการประเมินรายบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด และการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างของระบบที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม จากวงรอบที่ 1 คือ 1) การติดตามผู้ป่วยยังใช้แนวทางเดียวกันทุกราย ยังไม่มีการจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอาจได้รับการติดตามไม่เข้มข้นเพียงพอ ขณะที่ผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำอาจได้รับการติดตามเกินความจำเป็น 2) บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละระดับยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้บางกรณีเกิดการติดตามซ้ำซ้อน ขณะที่บางกรณีไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามอย่างต่อเนื่อง 3) ระบบจัดการผู้ป่วยขาดนัดและการส่งต่อข้อมูลยังไม่มีกรอบเวลาที่ชัดเจน ทำให้การประสานติดตามบางรายล่าช้า และมีความเสี่ยงต่อการตกหล่นจากระบบ แม้เริ่มมีผู้รับผิดชอบติดตาม แต่แนวทางตั้งแต่การประเมิน วางแผน ติดตาม และประสานการดูแลตลอดเส้นทางยังไม่ชัดเจน จึงนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบในวงรอบที่ 2 โดยเน้นการจัดบริการตามระดับความเสี่ยง การจัดการรายกรณี และการเชื่อมโยงระบบบริการให้มีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการและทบทวนกิจกรรม เดือนมกราคม–กันยายน พ.ศ. 2567

ผู้วิจัยนำผลการสะท้อนและช่องว่างจากวงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของ รพ.สต. และเครือข่ายชุมชน เพื่อปรับปรุงรูปแบบและนำไปใช้ โดยกำหนดประเด็นการพัฒนาหลัก 3 ด้าน ดังนี้ 1) การพัฒนาระบบติดตามตามระดับความเสี่ยงและการจัดการรายกรณีพัฒนาเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบและจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยงสูง

เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ เพื่อกำหนดความเข้มข้นของการดูแลและความถี่ในการติดตามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยกลุ่มเสี่ยงสูงติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มเสี่ยงปานกลางทุก 2 สัปดาห์ และกลุ่มเสี่ยงต่ำเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมกำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประเมิน วางแผนการพยาบาล ติดตามผู้ป่วย ประเมินปัญหา และประสานการดูแลตลอดเส้นทางการบำบัด 2) การพัฒนาระบบติดตามและ ระสานการดูแลแบบไร้รอยต่อกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และครอบครัวให้ชัดเจน โดยโรงพยาบาลรับผิดชอบการประเมินวางแผน และส่งต่อข้อมูล รพ.สต. รับผิดชอบการติดตามในพื้นที่และเยี่ยมบ้าน ส่วนครอบครัวและ อสม. สนับสนุนการติดตามภายใต้หลักการรักษาความลับของผู้ป่วย พร้อมกำหนดกรอบเวลาการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต. ภายใน 3 วัน และการยืนยันการรับข้อมูลภายใน 2 วัน กรณีผู้ป่วยขาดนัด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีติดต่อทางโทรศัพท์ภายใน 3 วัน และหากไม่สามารถติดต่อได้ให้ประสาน รพ.สต. ติดตามในพื้นที่ภายใน 7 วัน เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกหล่นจากระบบ 3) การเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้ร่วมรักษาความต่อเนื่องของการบำบัดพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้ดำเนินต่อเนื่องตลอดกระบวนการดูแล โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้สนับสนุนและผู้ประสานทรัพยากร ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ควบคู่กับการให้ความรู้และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการมาตามนัด การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา รวมทั้งเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตและลดปัจจัยที่นำไปสู่การหลุดจากระบบ

ภายหลังนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ ผู้วิจัยติดตามความครบถ้วนของการดำเนินงาน ความต่อเนื่องในการติดตาม ความชัดเจนของผู้รับผิดชอบและการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ พร้อมจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานพบว่าการติดตามเป็นระบบมากขึ้น บทบาทของผู้เกี่ยวข้องมีความชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนและการตกหล่นในการติดตามผู้ป่วย และสามารถเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนได้ต่อเนื่อง

จากการพัฒนาทั้ง 2 ขั้นตอน จึงสรุปเป็นรูปแบบการพยาบาล NADUN Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ N – Need-based Assessment การประเมินตามความต้องการรายบุคคล A – Alliance Building การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด D – Distance-free Follow-up การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง U – Unity of Family and Community การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน และ N – Navigation by Case Manager การนำทางและประสานการดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี รูปแบบดังกล่าวสะท้อนการพัฒนาจากปัญหาที่พบจริงในพื้นที่ ผ่านการทดลองใช้ การสะท้อนผล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการรายบุคคล มีสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบในการประสานการดูแล และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผล เดือนกันยายน 2567

ผู้วิจัยประเมินผลภายหลังการนำรูปแบบการพยาบาล NADUN Model ไปใช้ โดยประเมินผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อครบ 12 เดือนนับจากวันแรกที่เข้ารับการบำบัด พิจารณาอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยก่อนการพัฒนารูปแบบ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 71 ราย นอกจากนี้ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบ และจัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และตัวแทน อสม. รวม 150 คน ใช้เวลาประมาณ 120 นาที เพื่อทบทวนองค์ประกอบที่ส่งเสริมการคง

อยู่ในระบบ ปัญหาและข้อจำกัด ตลอดจนเงื่อนไขและข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด (NADUN Model) ที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวเป็นกรอบทางการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติการใช้สาร ผลการคัดกรองด้วยแบบ บคก.กสธ. V.2 ปัญหาสุขภาพจิต และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด 2.2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่หรือการหลุดจากระบบการบำบัด โดยเก็บข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบ ผู้ป่วยที่หลุดจากระบบ และผู้ดูแลในครอบครัว 2.3) แบบบันทึกการนัดหมายและการติดตามผู้ป่วย ใช้บันทึกวันนัด การมาตามนัด การขาดนัด ช่องทางและความถี่ในการติดตาม การติดต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว การประสาน รพ.สต. ตลอดจนสถานการณ์คงอยู่หรือหลุดออกจากระบบการบำบัด 2.4) แบบบันทึกการดำเนินงานและการสะท้อนผลการใช้รูปแบบ ใช้บันทึกความครบถ้วนของกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค ความชัดเจนของบทบาทผู้รับผิดชอบ ความต่อเนื่องของการติดตาม และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนร่วม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2.5) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ใช้ประเมินความชัดเจน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อนำผลไปประกอบการปรับปรุงและรับรองรูปแบบก่อนนำไปใช้ 2.6) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและแบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ ชุดละ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวทางของ Rovinelli and Hambleton[19] อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์แก่นสาระตามแนวทาง[7] ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและอัตราการคงอยู่ในระบบครบ 1 ปีของกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติไคสแควร์หรือ Fisher's exact test และสถิติทีอิสระสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง รายงานผลต่างของอัตราการคงอยู่พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ D19/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัด ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วย 89 ราย คงอยู่ในระบบครบ 1 ปี 72 ราย (ร้อยละ 80.90) ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วย 71 ราย คงอยู่ในระบบครบ 1 ปี 60

ราย (ร้อยละ 84.51) และหลุดจากระบบ 11 ราย (ร้อยละ 15.49) การหลุดจากระบบเกิดขึ้นมากที่สุดในเดือนที่ 2 ของการบำบัด จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 36.36 ของผู้หลุดจากระบบ) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหลุดจากระบบ 4 ด้าน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบที่ได้เป็นระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การบำบัดจนถึงระยะติดตาม โดยเน้นการดูแลตามความต้องการและความเสี่ยงเฉพาะบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดตามแนวคิดของเพพพลาว และการจัดระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง สาระสำคัญประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยรายบุคคลและจัดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ เพื่อกำหนดแผนและความถี่ในการติดตามให้เหมาะสม 2) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจและการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และ 3) การจัดระบบดูแลต่อเนื่องโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานหลัก เชื่อมโยงโรงพยาบาล รพ.สต. ครอบครัว อสม. และชุมชน พร้อมกำหนดบทบาทและแนวทางติดตามผู้ขาดนัดอย่างชัดเจน ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดโอกาสผู้ป่วยตกหล่นจากระบบ

จากองค์ประกอบดังกล่าว สรุปเป็นรูปแบบการพยาบาล NADUN Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ Need-based Assessment, Alliance Building, Distance-free Follow-up, Unity of Family and Community และ Navigation by Case Manager โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาในระยะแรก การร่วมกันระบุความต้องการและกำหนดเป้าหมายการบำบัด การใช้สัมพันธภาพเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ประโยชน์จากบริการและแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ตลอดจนการเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำรงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สนับสนุน และผู้ประสานการดูแลตลอดการบำบัด ซึ่งสะท้อนการบูรณาการการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สัมพันธภาพเชิงบำบัด การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในระบบการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องจนครบ 1 ปี ดังนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบการพยาบาล NADUN Model

องค์ประกอบ	รายละเอียดการปฏิบัติ
N: Need-based Assessment การประเมินตามความต้องการรายบุคคล	ประเมินระดับการใช้สาร ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ปัญหาสุขภาพจิต อาชีพ ครอบครัว และข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ จัดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ และจัดทำแผนการบำบัดรายบุคคลตั้งแต่การพบครั้งแรก
A: Alliance Building การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด	สร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทุกครั้ง ร่วมกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
D: Distance-free Follow-up การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง	ติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ตามระดับความเสี่ยง แจ้งเตือนก่อนวันนัด และเชื่อมโยงการรับบริการกับ รพ.สต. ใกล้บ้าน เพื่อลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลา
U: Unity of Family and Community การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน	ให้ความรู้และส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วย ประสาน รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชนในการเยี่ยมบ้าน การติดตาม และการสนับสนุนด้านสังคมและอาชีพ ภายใต้หลักการรักษาความลับของผู้ป่วย
N: Navigation by Case Manager การนำทางโดยผู้จัดการรายกรณี	กำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประจำผู้ป่วยแต่ละราย ทำหน้าที่ประเมิน วางแผน ติดตาม ประสานการดูแล และเชื่อมโยงบริการ โดยติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดภายใน 3 วัน และประสาน รพ.สต. ติดตามในพื้นที่เมื่อไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้

และมีเกณฑ์การจัดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบและการติดตาม

เพื่อให้การติดตามสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รูปแบบกำหนดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ

ระดับความเสี่ยง	เกณฑ์	การติดตามทางไกล	ผู้รับผิดชอบ
สูง	มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่โรงพยาบาล
ปานกลาง	มีปัจจัยเสี่ยง 1–2 ข้อ	ทุก 2 สัปดาห์	รพ.สต. ในพื้นที่
ต่ำ	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	เดือนละ 1 ครั้ง	รพ.สต. ในพื้นที่

ปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ได้แก่ 1) อายุต่ำกว่า 25 ปี 2) ทำงานต่างถิ่นหรือไม่มีอาชีพประจำ 3) ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวร่วมการบำบัด 4) เคยขาดนัดหรือหลุดจากการบำบัดมาก่อน 5) มีโรคจิตเวชร่วม และ 6) มีคะแนนแบบคัดกรอง V.2 ตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลตาม NADUN Model ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการบำบัด โดยกำหนดความเข้มข้นของการบำบัดตามคะแนนแบบคัดกรอง V.2 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 16 ครั้ง กลุ่มที่ 2 คะแนน 4–26 คะแนน ได้รับการบำบัดทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง ต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ และ กลุ่มที่ 3 คะแนน 2–3 คะแนน ได้รับการบำบัดทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง ในการบำบัดทุกครั้ง พยาบาลเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกำหนดเป้าหมายกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกและแจ้งเตือนก่อนวันนัด เมื่อสิ้นสุดระยะบำบัด ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะติดตาม โดยนัดพบหน้าในสัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1, 2, 3, 6 และ 9 หลังสิ้นสุดการบำบัด ระหว่างการนัดหมายมีการติดตามทางไกลตามระดับความเสี่ยง พร้อมมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานการดูแลร่วมกับ รพ.สต. ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลจากการพัฒนาดังกล่าวทำให้ NADUN Model เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เชื่อมโยง สัมพันธภาพเชิงบำบัด การประเมินความต้องการและความเสี่ยงรายบุคคล การติดตามอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการจัดการรายกรณี เข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดสามารถคงอยู่ในระบบการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องจนครบ 1 ปี

3. ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์การดูแล ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการพัฒนา (n = 71) และหลังการพัฒนา (n = 139) มีความใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30–39 ปี ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดหลัก และมีคะแนน V.2 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4–26 คะแนน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเพศ อายุ สารเสพติดหลัก และระดับคะแนน V.2 ($p > .05$) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี เพิ่มจากร้อยละ 84.51 เป็นร้อยละ 90.65 ขณะที่การหลุดจากระบบลดลงจากร้อยละ 15.49 เป็นร้อยละ 9.35 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นของอัตราการคงอยู่ 6.14 จุดร้อยละ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 1.75$, $p = .186$)

3.2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ NADUN Model ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล NADUN Model ได้ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สะท้อนกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมแรงจูงใจ การมีส่วนร่วมในการบำบัด ความสามารถในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลภายหลังการใช้ NADUN Model มีแนวโน้มดีขึ้นทุกด้าน โดยคะแนนภาพรวมเพิ่มจาก 3.21 ± 0.60 เป็น 4.32 ± 0.47 ด้านที่มีคะแนนหลังการใช้รูปแบบสูงที่สุดคือ สัมพันธภาพเชิงบำบัด (4.46 ± 0.42) และด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการบำบัด ซึ่งเพิ่มจาก 3.18 ± 0.58 เป็น 4.35 ± 0.44 นอกจากนี้ แรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นกัน สะท้อนว่า NADUN Model ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพเชิงบำบัด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

3.3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.46, SD = 0.52) โดยด้านการจัดการรายกรณีและการประสานเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.62, SD = 0.49) รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการสื่อสาร (Mean = 4.50, SD = 0.50) สะท้อนว่าการมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่สามารถติดต่อและประสานการดูแลได้อย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้ป่วยให้ความพึงพอใจสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดผลการศึกษาพบว่าการหลุดออกจากระบบการบำบัดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และระบบบริการ โดยผู้ป่วยบางรายมีแรงจูงใจในการบำบัดลดลงเมื่ออาการดีขึ้น ต้องเดินทางไปทำงานต่างถิ่น ครอบครัวยังขาดความรู้และมีข้อจำกัดในการสนับสนุน ขณะที่ระบบบริการเดิมมีการติดตามไม่ต่อเนื่องและไม่มีผู้รับผิดชอบรายกรณีที่ชัดเจน ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการคงอยู่ในการบำบัดมิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ การสนับสนุนจากครอบครัว และความต่อเนื่องของระบบบริการ สอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย สัมพันธภาพเชิงบำบัด และการจัดบริการมีความสัมพันธ์กับการออกจากการบำบัดก่อนกำหนด[8] และสอดคล้องกับการหลุดออกจากการบำบัดยังเป็นปัญหาสำคัญของการบำบัดความผิดปกติจากการใช้สาร[6] นอกจากนี้ ยังพบว่าความสมัครใจและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ให้การยอมรับและช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับการบำบัดครบตามเกณฑ์[11] ในด้านผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาล NADUN Model ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินตามความต้องการรายบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน และการนำทางโดยผู้จัดการรายกรณี ลักษณะสำคัญของรูปแบบคือการเปลี่ยนจากการติดตามผู้ป่วยตามระบบนัดทั่วไป ไปสู่การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการและระดับความเสี่ยงเฉพาะบุคคล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบดังกล่าวสอดคล้องกับ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว ซึ่งมองสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัด ตั้งแต่การสร้างความไว้วางใจ การร่วมกันระบุปัญหา การใช้แหล่งช่วยเหลือ และการพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น[3] โดยเฉพาะองค์ประกอบ Alliance Building ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การรับฟัง การให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมายร่วมกัน และการเสริมแรงเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมในกระบวนการบำบัดมากกว่าการเป็นผู้รับบริการเพียงฝ่ายเดียว การนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยังสอดคล้องกับแนวคิดการช่วยให้บุคคลค้นหาแรงจูงใจภายในและแก้ไขความลังเลต่อการเปลี่ยนแปลง[10] ขณะที่การกำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีช่วยให้มีผู้รับผิดชอบในการประเมิน วางแผน ติดตาม และประสานบริการอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ การจัดการรายกรณีมีส่วนช่วยเพิ่มการเชื่อมต่อกับบริการ

และสนับสนุนการคงอยู่ในการดูแลของผู้ที่มีปัญหาการใช้สาร[5]

นอกจากนี้ การติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ตามระดับความเสี่ยงช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะทาง เวลา และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนของ Lin et al.[11] และ Pham et al.[15] ที่พบว่าการให้บริการด้านการบำบัดความผิดปกติจากการใช้สารผ่านระบบทางไกลสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงและเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสอดคล้องกับการมีบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดสัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดที่ดีขึ้น[5] และสอดคล้องกับการให้ความสำคัญกับการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง[13] และในด้านผลการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี ภายหลังการใช้ NADUN Model อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.51 เป็นร้อยละ 90.65 หรือเพิ่มขึ้น 6.14 จุดร้อยละ ขณะที่อัตราการหลุดจากระบบลดลงจากร้อยละ 15.49 เป็นร้อยละ 9.35 แสดงถึงแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนารูปแบบ แต่ความแตกต่างยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 1.75$, $p = .186$) จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเป็นผลจากรูปแบบเพียงอย่างเดียว สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องจากอัตราการคงอยู่ในระบบก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับค่อนข้างสูงอยู่แล้ว ทำให้มีพื้นที่สำหรับการเพิ่มขึ้นไม่มาก ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่หลุดจากระบบมีค่อนข้างน้อย ส่งผลต่ออำนาจในการตรวจพบความแตกต่างทางสถิติ ในเชิงบริการ การเพิ่มขึ้น 6.14 จุดร้อยละสะท้อนแนวโน้มที่มีความหมายต่อการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยง มีแผนติดตามที่แตกต่างกันตามระดับความเสี่ยง และมีผู้รับผิดชอบรายกรณีอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการได้รับการบำบัดเป็นระยะเวลาที่เพียงพอเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี[3] นอกจากนี้ การพัฒนาระบบป้องกันการขาดนัดและการติดตามเชิงรุกยังสอดคล้องกับการพัฒนาระบบติดตามผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนสามารถช่วยลดปัญหาการขาดนัดได้[13] และในด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล ภายหลังการใช้ NADUN Model มีแนวโน้มดีขึ้นทุกด้าน โดยคะแนนภาพรวมเพิ่มจาก 3.21 ± 0.60 เป็น 4.32 ± 0.47 ด้านที่มีคะแนนหลังการใช้รูปแบบสูงที่สุดคือสัมพันธภาพเชิงบำบัด ขณะที่พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากที่สุด ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่รูปแบบให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ระบบ การรับฟังปัญหา การร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และการติดต่ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีเพพพลาว[3] ด้านแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นอาจสัมพันธ์กับการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจความลังเลและค้นหาเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเอง[10] และสอดคล้องกับแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามระยะ และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้เหมาะสมกับระดับความพร้อมของแต่ละบุคคล[16] ความสามารถในการจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง[17] กล่าวคือ การตั้งเป้าหมายที่สามารถบรรลุได้ การได้รับข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกและประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติ ช่วยเสริมความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมและจัดการปัญหาของตนเองได้ ส่วนคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับองค์ประกอบ Unity of Family and Community และหลักฐานของ Ariss and Fairbairn[18] ที่สนับสนุนบทบาทของบุคคลใกล้ชิดต่อผลลัพธ์ของการบำบัดความผิดปกติจากการใช้สาร ทั้งนี้ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมในระดับมาก (Mean = 4.46, SD = 0.52) โดยด้านการจัดการรายกรณีและการประสานเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.62, SD = 0.49) รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการสื่อสาร (Mean = 4.50, SD = 0.50) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการมีบุคลากรที่

รับผิดชอบชัดเจน สามารถติดต่อได้ และได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีของ Peplau[3] ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สนับสนุน และผู้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทรัพยากรเพื่อจัดการปัญหา ขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับการสนับสนุนบทบาทของการจัดการรายกรณีในการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับระบบบริการ[5] ความพึงพอใจในระดับสูงจึงอาจสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อปัญหาเดิมของระบบ โดยเฉพาะการไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและการติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง โดยสรุป NADUN Model มีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โดยบูรณาการสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ การติดตามตามระดับความเสี่ยง การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและความพึงพอใจมีแนวโน้มดีขึ้น รวมทั้งอัตราการคงอยู่ในระบบเพิ่มขึ้น แม้ผลด้านการคงอยู่ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรตีความว่าเป็น แนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและมีความหมายเชิงบริการ มากกว่าการยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำรูปแบบไปใช้ ควรนำ NADUN Model ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ และติดตามผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงอย่างชัดเจน

2. ด้านการพัฒนาระบบบริการ ควรเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. ครอบครัว อสม. และชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการจัดการรายกรณี เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดการหลุดจากระบบ

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลของ NADUN Model ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือหลายพื้นที่ มีกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน และติดตามผลลัพธ์ทั้งด้านการคงอยู่ในระบบ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. (2564, 8 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก. หน้า 1–80.
2. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689–1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689
3. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institutes of Health.
4. Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(2), 99–121. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.06.001
5. Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., De Maeyer, J., & Van Den Noortgate, W. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: A recovery perspective. *Frontiers in Psychiatry, 10*, Article 186. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00186
6. Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 115*(2), 201–217. https://doi.org/10.1111/add.14793

7. Chen, Y.-C., Chen, C.-K., & Wang, L.-J. (2015). Predictors of relapse and dropout during a 12-week relapse prevention program for methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs, 47*(4), 317–324. https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1071447
8. Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1010–1024. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007
9. โรงพยาบาลนาดูน. (2566) การให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย ปี 2565 – 2566
10. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
11. Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H., & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 101*, 38–49. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007
12. ชลอวัฒน์ อินปา, และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 17*(2), 91–100.
13. อานนท์ ถุงแก้วหงส์, จตุพร เหลืองอุบล, และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10*(4), 19–31.
14. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
15. Pham, H., Lin, C., Zhu, Y., Clingan, S. E., Lin, L. A., Mooney, L. J., Murphy, S. M., Campbell, C. I., Liu, Y., & Hser, Y.-I. (2025). Telemedicine-delivered treatment for substance use disorder: A scoping review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 31*(3), 359–375. https://doi.org/10.1177/1357633X231190945
16. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390
17. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
18. Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(6), 526–540. https://doi.org/10.1037/ccp0000495

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Effectiveness of Applying the LINE Application to Enhance Medication Adherence in Home Ward among Substance Use Disorder Patients at Phayakkhaphumphisai Hospital, Maha Sarakham.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

มธุรดา วิสัย[1]
Madhurada Wisai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ application Line ในผู้ป่วยใช้สารเสพติดแบบ Home Ward ต่อการเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามการใช้ยา และติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 ศึกษาก่อนและหลัง (before-and after study) การนำ application Line มาใช้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบ Home Ward ทุกราย จำนวน 26 ราย ดำเนินการตามรูปแบบ Home Ward โดยการจ่ายยาเป็นเวลา 15 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา : หลังการนำ application Line มาใช้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริบาลเภสัชกรรมได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 91.43 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 88.46 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 96.15 สะท้อนถึงการเข้าถึงการบริการ ประสิทธิภาพการจ่ายยา และการยอมรับการติดตามการใช้ยาด้วย application Line

คำสำคัญ: Home Ward, ผู้ใช้สารเสพติด, application Line

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of the LINE application model in Home Ward substance use patients on enhancing continuity of medication adherence and side effect monitoring. This Research and Development (R&D) study utilized a before-and-after design conducted from October 1, 2023 – September 30, 2024. The sample consisted of 26 substance abuse patients admitted to the Home Ward program. The intervention involved implementing the Line application within the Home Ward framework, which included a 15-day medication dispensing protocol. Data were analyzed using descriptive statistics (frequencies and percentages).

Results: Following the implementation of the Line application, patient access to the pharmaceutical care system increased by 91.43%. Patient medication adherence increased to 88.46%, while medication consistency rose to 96.15%. These improvements reflect enhanced service accessibility, dispensing efficiency, and patient acceptance of Line application-based medication monitoring.

Keywords: Home Ward, substance abuse, LINE application

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ปี ค.ศ. 2023 World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) รายงานว่ามีประชากร 292 ล้านคนทั่วโลกเกี่ยวข้องกับยาเสพติดผิดกฎหมาย โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ใน 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ช่วงอายุที่ใช้อยู่ระหว่าง 15

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

- 64 ปี ซึ่งยาและสารเสพติดที่นิยมใช้กันทั่วโลก 3 อันดับแรก คือ กัญชา (cannabis) ฝิ่น/อนุพันธ์ของฝิ่น (opioids/opiated) และแอมเฟตามีน (amphetamine) โดยประมาณการผู้ใช้กัญชาทั่วโลกจำนวน 228 ล้านคน ผู้ใช้ฝิ่น/อนุพันธ์ของฝิ่น จำนวน 60 ล้านคน และผู้ใช้แอมเฟตามีน จำนวน 30 ล้านคนทั้งนี้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติด (drug use disorder) มีจำนวน 64 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในห้าปีที่ผ่านมา โดยในกลุ่มนี้มีโอกาสเข้ารับการบำบัดรักษาเพียง 1 คนใน 11 คนเท่านั้น[1]

ในปีพ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติด รายงานว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ “เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง” ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนประมาณ 3,749,618 คน คิดเป็นอัตราส่วน 74.56 ต่อ 1,000 ของประชากร อายุระหว่าง 12–65 ปี ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ยาและสารเสพติด “30 วันก่อนสัมภาษณ์” มีจำนวนมากถึง 1,318,016 คน คิดเป็นสัดส่วน 26.21 ต่อ 1,000 ประชากร เป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้ามากที่สุด ในอัตราส่วน 31.91 ต่อ 1,000 ประชากร จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 4,140 เป็น 6,106 ราย และเป็น 7,139 รายตามลำดับ โดยในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 67.85 และบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 32.15 จากสถานการณ์ที่มีการใช้อย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง กระทบให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพต่อตัวผู้เสพ ซึ่งฤทธิ์ของสารเสพติดจะส่งผลต่อระบบประสาท ทำให้อวัยวะและการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเกิดความผิดปกติ สุขภาพเสื่อมโทรม สภาวะจิตใจอ่อนไหว อาจมีอาการวิตกกังวล หวาดระแวง อารมณ์แปรปรวน ฟุ้งซ่าน บางรายอาจมีอาการคุ้มคลั่ง อันเป็นเหตุให้เกิดอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้ การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มก่อให้เกิดภาวะ“สมองติดยา” หรือภาวะผิดปกติทางสมอง ที่ส่งผลให้สมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือสมองส่วนคิด เมื่อผู้เสพรู้สึกมีความสุขจากการใช้ยาเสพติด จนเกิดความเคยชินที่ทำให้ ผู้เสพรู้สึกว่าร่างกายต้องพึ่งยาหมกมุ่นกับการหายามาเสพขาดการไตร่ตรองยับยั้งชั่งใจจนนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงที่ตามมา นอกจากนี้ปัญหายาเสพติดยังส่งผลกระทบต่อสังคม ความมั่นคงของประเทศทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มักปฏิเสธการเข้ารับการบำบัด โดยให้เหตุผลว่าตนเองเป็นเสาหลักของครอบครัวต้องกลับไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ยังไม่พร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ เป็นระยะเวลานานๆ หรือให้เหตุผลว่าตนเองไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติดแข็งแรงดีแล้วขอกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เป็นต้น ดังนั้น Home ward จึงเป็นอีกช่องทางของระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยพักอยู่ที่บ้าน อยู่กับครอบครัว และชุมชน และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐาน ได้รับการบำบัดรักษามาตรฐานเดียวกันกับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (In Patient Department; IPD) ที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัด และเป็นการแก้ปัญหาอีกช่องทาง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยได้จัดให้มีระบบบริการ Home ward ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง จัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ลดอัตราการกลับมารักษา และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจในระบบบริการ จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรับประทานยา และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด แบบ home

ward โดยการประยุกต์ใช้ application Line ในการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ application Line ในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบ Home Ward ต่อการเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามการใช้ยา และติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 เป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยศึกษาก่อนและหลัง (before-and after study) การนำ application Line มาใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและเข้ารับการบำบัดที่มินิธัญลักษณ์ทุกราย โดยดำเนินกระบวนการ admit ตามรูปแบบ Home Ward ได้รับยาจิตเวชหรือยาคลายกังวลอย่างน้อย 1 รายการ และจ่ายยาเป็นเวลา 15 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่และร้อยละ ดำเนินการในพื้นที่ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 26 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า – ออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด สมัครใจเข้ารับการบำบัดที่มินิธัญลักษณ์ และไม่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 2) ได้รับยาจิตเวชหรือยาคลายกังวลอย่างน้อย 1 รายการ 3) มีเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่สามารถติดต่อ/ ติดตั้ง application line ได้ โดยเป็นของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและสามารถสื่อสารผ่านทางอินเตอร์เน็ตได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมหรือแจ้งความจำนงออกจากกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการ admit มินิธัญลักษณ์และ Home ward ยาเสพติด แนวทางการติดตามการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวล โดยการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย (Case Record Form; CRF) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (สอบถามโดยเภสัชกร)

2.3 แบบบันทึกการให้บริบาลเภสัชกรรม

2.4 แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo’s algorithms)

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย/ ผู้ดูแลต่อการรับบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ใช้เกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ: มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1 แบ่งตามด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ และการสื่อสารโดย 2) ด้านภาพรวมและความคุ้มค่า 3) ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวิธีดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวทางการติดตามการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวล โดยการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อย การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลผู้รับผิดชอบ

พร้อมจัดทำแนวทางการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยการบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ฉบับร่าง จากนั้นผู้วิจัยได้นำ “ร่าง” แนวทางการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดยการบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line นำมาทดลองใช้ แล้ว แก้ไข ปรับปรุง รวบรวม จัดทำเป็นแนวทางการให้บริการ โดยผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผ่าน application Line ให้กับผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยในเรื่องแนวคิด จุดประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของทีมผู้ให้บริการ เครื่องมือที่ใช้ และแบบฟอร์มต่างๆ มีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 แพทย์สั่ง admit ตามแนวทางการ admit Home ward มินิธัญลักษณ์/ยาเสพติด

ขั้นตอนที่ 2 เภสัชกรจ่ายยาจิตเวชหรือยาคลายกังวลให้ผู้ป่วย/ ญาติ/ เจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งลงข้อมูลเพื่อติดตามการรับประทานยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอื่นๆ ที่พบ

ขั้นตอนที่ 3 หลังจากผู้ป่วยรับประทานยาไป วันที่ 3, 7 และ 14 วัน เภสัชกรติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผ่าน application Line โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

ขั้นตอนที่ 4 เภสัชกรค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เช่น หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม/ อารมณ์ได้ ต้องค้นหาสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อปรับขนาดยา มีระบบเรียกเก็บยาคืน หากมีการปรับเปลี่ยนวิธี/ขนาดยา/รูปแบบยา

ระยะที่ 2 ระยะประเมินผลการติดตามและทบทวนการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่อง โดยการให้บริบาลเภสัชกรรม ผ่าน application Line เป็นขั้นตอนการติดตามประเมินผลการติดตามการใช้ยา และการค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย/ ผู้ดูแลต่อการบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลก่อน และหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ใช้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line วิเคราะห์ด้วยการแจกแจง ความถี่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

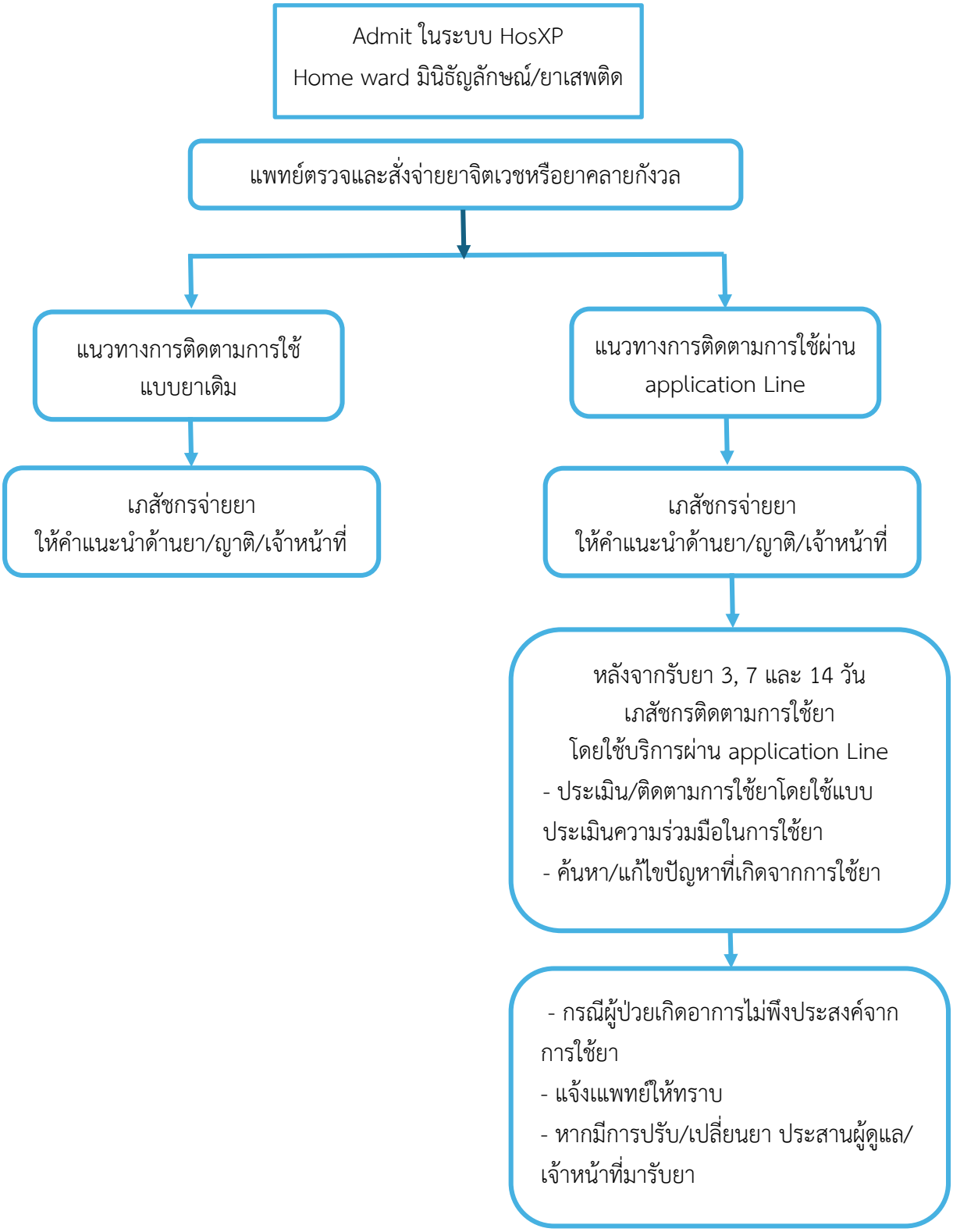
งานวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวทางการติดตามการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวล โดยการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ระยะที่ 2 ประเมินผลแนวทางการติดตามการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวล โดยการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

1. พัฒนาแนวทางการติดตามการใช้จิตเวชหรือยาคลายกังวล โดยการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line

ได้แนวทางการติดตามการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวล โดยการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line แสดงแผนผังดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แนวทางการติดตามการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่อง ผ่าน application Line

2. ประเมินผลแนวทางการติดตามทบทวน การใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวล โดยการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line

2.1 การค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา จากการใช้แนวทางการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการให้การบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ในระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 67 – 30 ก.ย. 67 จำนวน 26 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.31 สถานภาพ ส่วนใหญ่เป็นหม้าย/ หย่า คิดเป็นร้อยละ 42.31 อาชีพ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 61.54 จำนวนรายการยาจิตเวช/ยาคลายกังวลที่ได้รับ ส่วนใหญ่มี 2 รายการ พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 17 ราย โดยพบอาการง่วงนอนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.71 รองลงคือ น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไป คิดเป็นร้อยละ 29.41 ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา มีเพียง 10 รายเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 38.46 ความสม่ำเสมอในการใช้ยามีเพียง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62 หลังจากผู้ป่วยที่ได้รับการอธิบายถึงความจำเป็น และประโยชน์จากยาที่มากกว่าความเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากเดิม เป็น 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.46 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.15 ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง

ตารางที่ 1 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการให้การบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	3	11.54
2. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	5	19.23
3. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา		
3.1 ง่วงนอน	11	64.71
3.2 น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง (เพิ่ม/ลด)	5	29.41
3.3 คลื่นไส้ อาเจียน	0	0
3.4 อื่นๆ	1	5.88

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการปัญหาจากการใช้ยาจิตเวชหรือยาคลายกังวล หลังการให้การบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line

การจัดการและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา	ก่อน	หลัง	Change
การปรับขนาดยาลง	1	2	+1
ปรับขนาดยาขึ้น	2	5	+3
ความร่วมมือในการใช้ยา	10	23	+13
ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	9	25	+16

2.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยใช้เกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ: มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1 แบ่งตามด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรทางการแพทย์และการสื่อสารโดย application Line พบว่าผู้ป่วย/ ผู้ดูแลมีความพึงพอในการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.31 ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 7.69 ส่วนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ใช้

application Line มากที่สุด จำนวน 73 ครั้ง รองลงมาคือ ช่องทางการโทรศัพท์ จำนวน 5 ครั้ง 2) ด้านภาพรวมและความคุ้มค่า โดยความพึงพอใจในภาพรวมต่อการทำ "บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย" อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.31 ความสะดวกสบายใจและเอื้อต่อการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.15

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการให้การบริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในการขนาดที่ควรได้รับ เกิดความร่วมมือและต่อเนื่องในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ[5] ซึ่งพบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) ลดลง ร้อยละ 14.74, 12.50 และ 3.85 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อการบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการ ที่ได้รับในระดับมากถึงมากที่สุด การศึกษาของชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์[6] ที่ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด และแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยและญาติต้องการให้ติดตามดูแลต่อที่บ้านเพื่อเพิ่มทักษะในการป้องกันเสพติดซ้ำ เพิ่มทักษะในการดูแลดูป่วยเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ เช่น การทำหน้าที่ครอบครัว ความรู้เรื่องสมองติดยา ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

นอกจากนี้การศึกษาของอรัญญา สาลี[7] ที่ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบปัญหาระยะยาวของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การดูแลควบคุมให้ผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงที่จะก่อผลกระทบตามมา ความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการการดูแล รับฟัง การค้นหาปัญหา แก้ไข และจัดการการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงที่ตามมา และก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้ นอกจากนี้ยังช่วยลดปัญหาเรื่องอัตรากำลัง และภาระงานของเภสัชกรที่มีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย แพงคำไหล[(8)] ที่พัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่จะใช้วิธีการประสานงานและสื่อสารปัญหาที่ค้นพบจากการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล หากพบปัญหาที่ยุ่งยาก หรือซับซ้อน หรือจำเป็นต้องให้ทีมดูแลต่อเนื่องเข้าไปดูแล ก็จะประสานไปยังทีมดูแลต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นกลุ่มมีส่วนร่วมและมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย และควรส่งเสริมเจ้าหน้าที่เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมด้วย

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว ก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line

2. ควรเพิ่ม self-report ADR แบบเฝ้าระวังความรุนแรง โดยมี notify แจ้งเตือนใน line application ช่องทางติดต่อ 24 ชั่วโมง รวมถึงระบบประสานการส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

3. ควรเพิ่มความหลากหลายของการติดต่อสื่อสาร ให้เหมาะสมและครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม

4. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของบริการเภสัชกรรมทางไกล เช่น ระดับการศึกษาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี เป็นต้น

5. ควรศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line เพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริบาลเภสัชกรรมผ่าน application Line ที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Global status report on alcohol 2024. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva; 2024.
2. มานพ คณะโตและคณะ.(2562). รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562. บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จ ากัด (กรุงเทพฯ). กรุงเทพฯ; 2562.
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2566). ข้อมูลสถิติ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก http://www.pmnidat.go.th/
4. กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต.(2021). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. Thai J Pharmacy Practice. 2021;13(1).
5. สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ.(2025). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน. J Env Edu Med Health. 2025; 10(10).
6. ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด. 2566 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก https://tnrr.nriis.go.th/
7. อรัญญา สาลี.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก https://tyrkk.go.th/
8. ศุภชัย แพงคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์.(2021). การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2021; 30(1) : 76-86.

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ต่อความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

Effectiveness of Nursing Practice Guidelines for Abdominal Trauma Patients Undergoing Laparotomy on Knowledge and Satisfaction of Operating Room Nurses, Udon Thani Hospital.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

พงศ์ภาวี โชคภิญโญวรพงศ์[1]
Pongpavee Chokpinyoworapong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องและเพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) ในพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี วิเคราะห์คะแนนความรู้จากข้อมูลที่จับคู่ก่อนและหลังได้ 68 รายและวิเคราะห์ความพึงพอใจจากผู้ตอบแบบสอบถาม85รายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ 6 ชั่วโมง ร่วมกับการนิเทศติดตามหน้างาน (coaching) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้วย Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 15.60 คะแนน (SD = 2.80) เป็น 18.44 คะแนน (SD = 2.05) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (W = 0.00, p < .001, rank-biserial correlation = 1.00) พยาบาล 54 ราย (ร้อยละ 79.4) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 14 ราย (ร้อยละ20.6) มีคะแนนเท่าเดิมและไม่พบผู้ที่มีคะแนนลดลงความ พึงพอใจต่อแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.69, SD = 0.43) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน (ค่าเฉลี่ย = 3.75) คือ การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยรูปแบบ SBAR และความเต็มใจที่จะใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ บาดเจ็บช่องท้อง, การผ่าตัดเปิดช่องท้อง, แนวปฏิบัติการพยาบาล,พยาบาลห้องผ่าตัด, ความรู้, ความพึงพอใจ

Abstract

This study aimed to compare OR nurses' knowledge before and after the implementation of nursing practice guidelines for abdominal trauma patients undergoing laparotomy, and to assess nurses' satisfaction with the guidelines. This one-group pretest–posttest quasi-experimental study was conducted among OR nurses at Udon Thani Hospital. Knowledge scores were analyzed in 68 matched pretest–posttest pairs, and satisfaction was analyzed in 85 respondents. The intervention consisted of a 6-hour workshop (3 hours of theory and 3 hours of return demonstration) followed by 4 weeks of on-the-job coaching during guideline implementation. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The mean knowledge score increased from 15.60 (SD = 2.80) to 18.44 (SD = 2.05) out of 20 (W = 0.00, p < .001, rank-biserial correlation = 1.00). Scores increased in 54 nurses (79.4%), remained unchanged in 14 (20.6%), and decreased in none. Overall satisfaction with the guidelines was high (mean = 3.69, SD = 0.43). The highest-rated items, each with a mean of 3.75, were SBAR-based communication and handover and willingness to continue using the guidelines.

Keywords: Abdominal trauma, Laparotomy, Nursing practice guideline, Operating room nurses, Knowledge, Satisfaction

[1] ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

บทนำ

ภาวะบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ[1,2] การบาดเจ็บช่องท้อง (abdominal trauma) แบ่งเป็นการบาดเจ็บแบบไม่มีแผลทะลุ (blunt trauma) และแบบมีแผลทะลุ (penetrating trauma)[3] ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีเลือดออกในช่องท้องรุนแรง นำไปสู่ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด (hypovolemic shock) และภาวะ lethal triad ซึ่งประกอบด้วย ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) และภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตในช่วงการผ่าตัดฉุกเฉิน[4]

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดตติยภูมิ ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงและรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตจากโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องฉุกเฉิน (emergency laparotomy) ของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2564–2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 146, 137, 213, 233 และ 306 ราย ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงภาระงานของห้องผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องในห้องผ่าตัดเป็นงานที่ท้าทาย เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความรวดเร็ว ความแม่นยำ และการประสานงานระหว่างทีมผ่าตัด[5] พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ (perioperative nursing care) ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (preoperative phase) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสภาพร่างกายและภาวะช็อก การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์สำหรับให้เลือดและสารน้ำ รวมถึงอุปกรณ์อุ่นสารน้ำและรักษาอุณหภูมิกาย ระยะระหว่างผ่าตัด (intraoperative phase) ซึ่งประกอบด้วยการจัดท่าผู้ป่วย การช่วยผ่าตัด การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะ lethal triad และการนับจำนวนผ้าก๊อซและเครื่องมือผ่าตัดตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการตกค้างในร่างกายผู้ป่วย[4,6] และ ระยะหลังผ่าตัด (postoperative phase) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพ การดูแลสายระบาย และการส่งต่อข้อมูลการผ่าตัดและอาการของผู้ป่วยไปยังหน่วยพักฟื้นหรือหน่วยบำบัดวิกฤต (ICU) ในการปฏิบัติงานจริงพบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดบางส่วนยังไม่มีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เอกสารและขั้นตอนการปฏิบัติมีความหลากหลาย และพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานอาจยังขาดความมั่นใจและทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้[5] ซึ่งอาจนำไปสู่ความล่าช้าในการเตรียมเครื่องมือหรือการสื่อสารข้อมูลสำคัญที่ไม่ต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงพัฒนา “แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โรงพยาบาลอุดรธานี” โดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) และแนวทางสากล ได้แก่ WSES guidelines[3] และหลักการ damage control surgery (DCS)[4,6] แนวปฏิบัติดังกล่าวจัดระบบการดูแลเป็น 3 ระยะ และใช้เครื่องมือสื่อสาร SBAR ในการส่งต่อผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ และศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

2.เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (ResearchDesign)การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest quasi-experimental design) ดำเนินการที่ห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานีจำนวน 97 คน

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง
ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

กลุ่มที่นำมาวิเคราะห์ วิเคราะห์คะแนนความรู้จากข้อมูลที่สมบูรณ์และสามารถจับคู่คะแนนก่อนและ
หลังการใช้แนวปฏิบัติ
(pretestposttestmatchedpairs)ได้จำนวน 68 รายและวิเคราะห์ความพึงพอใจจาก
พยาบาลที่ตอบแบบสอบถามหลังการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 85 ราย (อัตราการตอบกลับร้อยละ 87.63 ของประชากร)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องครอบคลุมการพยาบาล 3 ระยะ (ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด) แนวทางการเฝ้าระวังภาวะlethal triad การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดฉุกเฉิน และแบบฟอร์มส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยเทคนิค SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) 2) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการระยะเวลา 6 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมงและการฝึกสาธิตย้อนกลับ (Return demonstration) 3 ชั่วโมง ร่วมกับการนิเทศติดตามหน้างาน (On-the-job coaching) เป็นเวลา 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (2) แบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง เป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.731 ในการวัดก่อนการทดลอง และ 0.717 ในการวัดหลังการทดลอง และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.978

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Procedure)

1. **ระยะเตรียมการ** (preparation phase): ทบทวนวรรณกรรม พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. **ระยะก่อนการทดลอง** (pre-intervention phase): ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และประเมินความรู้ก่อนการอบรม (pretest)

3. **ระยะดำเนินการทดลอง** (intervention phase): จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 6 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยายทฤษฎี การอภิปรายกรณีศึกษา และการฝึกสาธิตย้อนกลับ (return demonstration) ในการเตรียมเครื่องมือและการสื่อสารด้วย SBAR

หลังการอบรม พยาบาลนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงที่ห้องผ่าตัดเป็นเวลา 4

สัปดาห์ โดยทีมผู้วิจัยและพยาบาลพี่เลี้ยงให้คำแนะนำและนิเทศติดตามหน้างาน (coaching)

4. **ระยะหลังการทดลอง** (post-intervention phase): ประเมินความรู้หลังการทดลอง (posttest) และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างคะแนนความรู้ (posttest – pretest) ด้วย Shapiro–Wilk test พบว่าไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ (W = 0.856, p < .001) จึงเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองด้วย Wilcoxon signed-rank test และรายงานขนาดอิทธิพล (effect size) ด้วย rank-biserial correlation

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ต่อความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

ผลการวิจัย (Results)

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีข้อมูลความรู้จับคู่ครบถ้วน จำนวน 68 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 61 ราย (ร้อยละ 89.7) อายุเฉลี่ย 36.93 ปี (SD = 12.16) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 63 ราย (ร้อยละ 92.6) และสูงกว่าปริญญาตรี 5 ราย (ร้อยละ 7.4) มีอายุการทำงานในวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 10 ปี 31 ราย (ร้อยละ 45.6) และมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด 63 ราย (ร้อยละ 92.6)

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: คะแนนความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n = 68) และความพึงพอใจโดยรวม (n = 85)

ตัวชี้วัด	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
ความรู้ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	68	15.60	2.80
ความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติ	68	18.44	2.05
ความพึงพอใจโดยรวม	85	3.69	0.43

หมายเหตุ: เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้วย Wilcoxon signed-rank test, W = 0.00, p < .001

จากตารางที่ 1 คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการใช้แนวปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย = 18.44, SD = 2.05) สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย = 15.60, SD = 2.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (W = 0.00, p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.84 คะแนน และมัธยฐานของผลต่างคะแนนเท่ากับ 2.00 คะแนน (IQR = 1.00–5.00) ค่า rank-biserial correlation เท่ากับ 1.00 ซึ่งแสดงถึงขนาดอิทธิพลระดับสูง เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงคะแนนรายบุคคล พบว่า พยาบาล 54 ราย (ร้อยละ 79.41) มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 14 ราย (ร้อยละ 20.59) มีคะแนนเท่าเดิม และไม่พบผู้ที่มีคะแนนลดลง (0 ราย, ร้อยละ 0.00)

4.3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลห้องผ่าตัด 85 ราย ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจต่อการ

ใช้แนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.69, SD = 0.43, 95% CI [3.60, 3.78]) เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน (ค่าเฉลี่ย = 3.75) ได้แก่ 1) การใช้รูปแบบ SBAR ในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และ 2) ความเต็มใจที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย= 3.49) คือความชัดเจนของเนื้อหาภาษาและรูปแบบรูปเล่มของแนวปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

หลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องไปใช้ร่วมกับการอบรมและการนิเทศหน้างาน คะแนนความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก ด้านความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด คะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นจาก 15.60 เป็น 18.44 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา นันทะนางกูล[5] ซึ่งรายงานว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มขึ้นของคะแนนในการศึกษานี้อาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบของโปรแกรมที่ผสมผสานการบรรยายทฤษฎีกับการฝึกสาธิตย้อนกลับในการอบรม 6 ชั่วโมง ซึ่งอาจช่วยให้พยาบาลเข้าใจเหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) มากกว่าการจดจำเนื้อหา เช่น ความสำคัญของการเฝ้าระวังและจัดการภาวะ Lethal triad [4,6] และการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตามหลัก Damage control surgery[3] นอกจากนี้การนิเทศติดตามหน้างานเป็นเวลา4สัปดาห์อาจช่วยให้พยาบาล ส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การปรับปรุงแนวปฏิบัติ ควรนำผลการประเมินด้านภาษาและความชัดเจนไปปรับปรุงแนวปฏิบัติให้
กระชับโดยใช้สัญลักษณ์ ภาพประกอบ หรือรายการตรวจสอบฉบับย่อ ติดไว้ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน

การบรรจุในระบบปฐมนิเทศควรพิจารณาบรรจุแนวปฏิบัติและแบบฟอร์มสื่อสาร SBAR ในการปฐมนิเทศพยาบาลบรรจุใหม่และพยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การติดตามระยะยาว ควรติดตามประเมินการคงอยู่ของความรู้และทักษะ (knowledge and skill retention) ที่ 3 เดือนและ 6 เดือนหลังการอบรม

การศึกษาเชิงเปรียบเทียบและการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วย ควรออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมหรือ
เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม(RCT)และเพิ่มตัวชี้วัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยเช่นอัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
ระหว่างผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน หรือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนถึงเริ่มผ่าตัด (door-to-incision time)

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Global status report on road safety 2023. WHO Press. https://www.who.int
2. World Health Organization. (2024). Road traffic injuries: Fact sheet. WHO Press. https://www.who.int
3. Smyth, L., Bendinelli, C., Lee, N., Reeds, M. G., Loh, E. J., Amico, F., ... & Coccolini, F. (2022). WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: Diagnosis, investigations, and treatment. World Journal of Emergency Surgery, 17(1), 13. https://doi.org/10.1186/s13017-022-00418-y
4. Bellio, G., et al. (2025). Damage control surgery in trauma: Current concepts and controversies. Updates in Surgery, 77(1), 45–58. https://doi.org/10.1007/s13304-024-01800-x 5. พรนิภา นันทะนางกูล. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติและประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี. (รายงานการศึกษาภายในหน่วยงาน). โรงพยาบาลอุดรธานี.
6. Roberts, D. J., Bobrovitz, N., Zygun, D. A., Ball, C. G., Kirkpatrick, A. W., Faris, P. D., & Stelfox, H. T. (2021). Indications for use of damage control surgery in civilian trauma patients: A content analysis and expert appropriateness rating study. Annals of Surgery, 274(6), 1011–1018. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004860

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี

Effects of a Supportive and Educational Program on Knowledge and Self-Care Behaviors for Preventing Infection in Patients with Corneal Ulcers, Eye, Ear, Nose, and Throat Ward, Udon Thani Hospital.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

กรรณิกา เดชชมภู[1] ธนสร เธียรธไนศวรรย์[2]
Kannika Datchompoo [1] Thanasorn Theanthanisawan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest–posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผลกระจกตาอายุ 20–65 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 43 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2569 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ แผ่นพับ แผนการสอน สื่อนำเสนอภาพนิ่ง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ แบบประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และ Dependent paired t-test

ผลการวิจัย: หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.65 (S.D. = 1.51) เป็น 13.58 (S.D. = 1.10) คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.64$, $p < 0.001$) และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 46.23 (S.D. = 5.45) เป็น 65.14 (S.D. = 7.06) คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.82$, $p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 3.65, S.D. = 0.35) และไม่พบการติดเชื้อของกระจกตาตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด

คำสำคัญ: แผลกระจกตา โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การป้องกันการติดเชื้อ

Abstract

This study aimed to examine the effects of a supportive and educational program on knowledge and self-care behaviors for infection prevention among patients with corneal ulcers at the Eye, Ear, Nose, and Throat Ward, Udon Thani Hospital, Thailand. This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design. The participants were 43 patients aged 20–65 years with corneal ulcers who were admitted to the Eye, Ear, Nose, and Throat Ward at Udon Thani Hospital. Participants were recruited using purposive sampling. The study was conducted from July 17 to September 30, 2026. The intervention consisted of four sessions. Research instruments included the supportive and educational program, educational materials, a lesson plan, presentation slides, a personal and health information questionnaire, and assessment tools for knowledge, self-care behaviors, satisfaction, and infection. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Dependent paired t-test.

Results: After receiving the program, participants' mean knowledge scores increased from 9.65 (SD = 1.51) to 13.58 (SD = 1.10), with a statistically significant difference ($Z = -5.64$, $p < 0.001$). Mean self-care behavior scores increased from 46.23 (SD = 5.45) to 65.14 (SD = 7.06), also showing a statistically significant

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยตา หู คอ จมูก จักษุ โรงพยาบาลอุดรธานี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก จักษุ โรงพยาบาลอุดรธานี

difference (t = −22.82, p < 0.001). Overall satisfaction with the program was at the highest level (mean = 3.65, SD = 0.35). No corneal infections were identified according to the specified assessment criteria.
Keywords: corneal ulcer; supportive and educational program; knowledge; self-care behaviors; infection prevention

บทนำ

กระจกตาเป็นชั้นเนื้อเยื่อใสที่อยู่บริเวณส่วนหน้าสุดของดวงตา กระจกตาทำหน้าที่เปรียบเสมือนหน้าต่างหักเหแสงเข้าสู่จอตา โดยธรรมชาติผิวกระจกตาชั้นนอกสุด จะมีการเรียงตัวของเซลล์อย่างหนาแน่นร่วมกับการมีน้ำตาที่ประกอบด้วยเอนไซม์ สารภูมิคุ้มกัน และกลไกการกะพริบตาเมื่อมีสิ่งแปลกปลอม ซึ่งทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันตามธรรมชาติที่แข็งแกร่งในการดักจับและทำลายเชื้อโรค อย่างไรก็ตาม หากเกราะป้องกันนี้ถูกทำลายลงจากการบาดเจ็บหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะนำไปสู่การติดเชื้อที่แผลกระจกตา (Infectious Keratitis) ซึ่งจัดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับต้น ๆ ของการสูญเสียการมองเห็นทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 10 เท่า สำหรับประเทศไทย รายงานทางระบาดวิทยาชี้ให้เห็นว่า ร้อยละ 4.5 ของภาวะตาบอดทั้งหมดมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อของกระจกตา ซึ่งเชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุดคือแบคทีเรีย รองลงมาคือเชื้อราและไวรัสตามลำดับ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แผลจะหายกลายเป็นแผลเป็นขุ่นขาวผิดรูป แสงไม่สามารถผ่านได้ ส่งผลให้สูญเสียสายตาอย่างถาวร[1]

ในบริบทของจังหวัดอุดรธานี ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม วิถีชีวิตและลักษณะงานดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางตาในอัตราที่สูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิศรุตา วุฒยากร[2] ที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อที่แผลกระจกตาที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดจากการถูกใบหญ้า ใบไม้ หรือกิ่งไม้ทิ่มแทงตาในขณะปฏิบัติงานเกษตรกรมักเผชิญกับสิ่งแปลกปลอม เช่น ฝุ่นดิน หรือเศษพืชกระเด็นเข้าตา ประกอบกับพฤติกรรมความเคยชินในการขยี้ตา และการนำน้ำที่ไม่สะอาด เช่น น้ำบาดาล หรือน้ำจากลำคลองมาล้างตาในทันที พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผิวกระจกตาเกิดรอยถลอก ขูดขีด และเอื้อให้เชื้อโรคเข้าสู่กระจกตาชั้นลึกได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ปัจจัยจากการใส่คอนแทคเลนส์เป็นประจำก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคได้มากขึ้นในปัจจุบัน

สถานการณ์ผู้ป่วยแผลกระจกตาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีจักษุแพทย์เฉพาะทางด้านกระจกตา พบว่ามีผู้ป่วยแผลกระจกตาเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2566 - 2569 จำนวน 246 ราย, 185 ราย, 150 ราย และ 148 รายตามลำดับ และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Penetrating Keratoplasty: PKP) ปี พ.ศ. 2566 - 2569 จำนวน 13 ราย, 6 ราย, 8 ราย และ 15 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยแผลกระจกตาจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากตัวโรคมีแนวโน้มการลุกลามสูง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) และต้องใช้ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จากการทบทวนพบว่าอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมของผู้ป่วยแผลกระจกตา ในปี พ.ศ. 2566 - 2569 พบมีจำนวน 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.21), 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.16), 2 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.33) และ 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.70) ตามลำดับ[3] การสูญเสียสมรรถภาพทางการมองเห็น ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระผูกพันอย่างรุนแรงต่อครอบครัวที่ต้องเข้ามาดูแล นอกจากนี้ ในมิติด้านจิตสังคม ความบกพร่องทางการมองเห็นและรูปลักษณ์ของดวงตาที่เปลี่ยนไป มักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

ขาดความมั่นใจ แยกตัวออกจากสังคม และสูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น[4] ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะก้าวผ่านวิกฤตสุขภาพนี้ได้ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว ควบคู่กับการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สามารถช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับสูง[4] พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการบำบัดรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพตา โดยการสอน แนะนำ และส่งเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเองภายใต้ข้อจำกัดของโรค ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[5] ซึ่งมุ่งเน้นการใช้กระบวนการพยาบาลเข้าไปแก้ไขความบกพร่องในการดูแลตนเอง และเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ พัฒนาศักยภาพ ยอมรับ และควบคุมจัดการปัญหาดวงตาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา โดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกรับ จนถึงระบบการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อยกระดับความสามารถในการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและป้องกันความพิการทางการมองเห็น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนให้แก่ผู้ป่วยแผลกระจกตาต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อของกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

ระเบียบวิธีวิจัย

ประเภทของงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง (one group pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มารับบริการหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 43 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษา

สถานที่ทำการศึกษาวิจัย หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยแผลกระจกตา และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแผลกระจกตา อายุระหว่าง 20 - 65 ปี ไม่จำกัดเพศ และเข้านอนรักษา ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 43 ราย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างพร้อมอ้างอิงสูตร) การศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power 3.1 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณทางด้านสังคม พฤติกรรม วิทยาศาสตร์และชีวการแพทย์ โดยใช้สถิติความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบที (Independent sample t-test) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) คำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80

โดยผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกันคือ ลุนนี จิ่มอาษา และ วัลลภา ช่างเจรจา[7] ศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 (SD=3.32) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 53.03 (SD=4.02)

จากการคำนวณได้ค่า Effect size = 0.34 ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยปรับ Effect size เป็นค่ากลาง = 0.50 และนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างใหม่ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเผื่อข้อมูล drop out 20%[8] ของกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 43 ราย วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20 - 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแผลกระจกตา ยินยอมเข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการ ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา การได้ยิน รู้สึกตัวดี อ่านออกเขียนภาษาไทยได้และผู้ป่วยมีสายตาเลือนรางมาก แต่มีผู้ดูแลหลัก (care giver)

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่ ขอถอนตัวภายหลังและมีโรคแทรกซ้อนรุนแรง อันเป็นสาเหตุไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนจบโครงการ(ผู้วิจัยยังคงติดตามดูแลตามปกติ)

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการขอเลิกและ/หรือถอนตัวไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยในขณะ/หลังเก็บข้อมูลระหว่างการรักษา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถให้ข้อมูล แต่ยังคงมีการดูแลติดตามและให้การพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1) แผ่นพับให้ความรู้ เนื้อหาประกอบด้วย เรื่องโรคแผลกระจกตา สาเหตุการเกิดแผลกระจกตา อาการและอาการแสดงที่พบ การรักษา การดูแลป้องกันอุบัติเหตุต่อดวงตา และการดูแลเพื่อป้องกัน การติดเชื้อที่แผลกระจกตา

1.2) แผนการสอนผู้ป่วยแผลกระจกตา และสื่อนำเสนอภาพนิ่ง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคแผลกระจกตา อาการและอาการแสดงของโรค การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อเกิดแผลที่กระจกตา เช่น การติดเชื้อที่ลูกตา การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยแผลกระจกตา เช่น การจัดการความรู้สึกไม่สุขสบาย การบรรเทาอาการปวด การใช้ยาหยอดตา การรับประทานยา การล้างมือให้สะอาด ด้วยการฟอกสบู่ก่อนสัมผัสตาหรือก่อนหยอดยาตา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพิ่มผักผลไม้หรืออาหารที่มีกากใยเพื่อป้องกันท้องผูก การผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมและ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

1.3) โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การได้รับข้อมูลโรคแผลกระจกตา จำนวน 8 ข้อ เป็นการเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามเอง

2.2) แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรคแผลกระจกตา และจำนวนครั้งของการบาดเจ็บทางตา จำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลเอง

2.3) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เพื่อวัดระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา เป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ ได้แก่ คำถามเชิงบวก ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14 และ 15 คำถามเชิงลบ ข้อ 4, 7, 8 และ 12 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[9] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วง 13 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 10 - 12 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 (ช่วงคะแนน 0 - 9 คะแนน)

ผ่านการตรวจสอบความตรงและถูกต้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือ แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคจักษุและกระจกตา 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน

2.4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา จำนวน 20 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับจาก 4 คือปฏิบัติเป็นประจำ 3 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คือ ปฏิบัติบางครั้งและ 1 คือ ไม่ปฏิบัติเลยโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ข้อเดียว ที่ตรงกับการปฏิบัติของตนเองมากที่สุด โดยการแปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำ

คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง 3 ระดับ[10] โดยการแปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20 - 80 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง[10]

คะแนน 20 - 39 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับต่ำ

คะแนน 40 - 59 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 60 - 80 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับสูง

2.5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา ต่อโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน พึงพอใจมาก 3 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน ไม่พึงพอใจ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ประเมินระดับความพึงพอใจโดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ [10]

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.00 ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

2.6) แบบประเมินการติดเชื้อหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จากเวชระเบียน และการประเมินของผู้วิจัย) มี 1 ข้อ ได้แก่ พบการติดเชื้อ หรือไม่พบติดเชื้อในกระจกตา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ดังนี้ **1) แบบสอบถาม ได้แก่ 1.1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา** ได้เท่ากับ 0.91 **1.2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา** ได้เท่ากับ 0.87 **1.3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา** ได้เท่ากับ 1.0 **2) โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา เอกสารแผ่นพับและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง** ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและกิจกรรมต่างๆ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้งเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) 2.1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการรักษาแผลกระจกตา ที่หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ KR - 20 ได้เท่ากับ 0.87 2.2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะ

คล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.93 2.3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ และ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ โคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov one sample test) พบว่าเป็นโค้งไม่ปกติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Dependent Paired t-test เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov one sample test) เป็นโค้งปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired Sample t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อที่กระจกตา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No. 84/2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผลกระจกตา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 43 ราย มีรายละเอียดข้อมูล ส่วนบุคคลดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.12 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 34.88 สำหรับอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.58 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.26 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 45.74 ปี (S.D. = 14.35) อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 65 ปี สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/สมรส คิดเป็นร้อยละ 65.12 อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 41.86 รองลงมาคือรับจ้าง/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.23 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 53.49 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.53 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ได้แก่ บัตรทอง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 83.73 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,000–19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.44 รองลงมาคือมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.91 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 10,872.09 บาทต่อเดือน (S.D.= 4,640.78) ต่ำสุด 500 บาท และสูงสุด 20,000 บาท การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคแผลกระจกตาและหัตถการเกี่ยวกับตา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 55.81 ส่วนผู้ที่เคยได้รับข้อมูลมีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.19 ในกลุ่มที่เคยได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูลประกอบด้วยพยาบาล คิดเป็น

ร้อยละ 16.29 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 11.63 แพทย์และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 11.63 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 2.32 และแพทย์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.32

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยแผลกระจกตา

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตา จำนวน 43 ราย มีข้อมูลด้านสุขภาพจำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยและจำนวนครั้งของการเกิดแผลกระจกตา ดังนี้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคแผลกระจกตา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 15 วันขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.84 รองลงมาคือ 8–14 วัน คิดเป็นร้อยละ 32.56 และ 4–7 วัน คิดเป็นร้อยละ 18.60 โดยไม่พบผู้ป่วยในกลุ่มระยะเวลา 1–3 วัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 16.23 วัน (S.D. = 10.29) ต่ำสุด 5 วัน และสูงสุด 50 วัน

จำนวนครั้งของการเกิดแผลกระจกตา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดแผลกระจกตาเป็นครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 97.68 และผู้ป่วยที่เกิดแผลกระจกตาเป็นครั้งที่ 2 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.32

3. ความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการรักษาการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา

3.1 ระดับความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยแผลกระจกตาส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.49 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.19 และระดับสูง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.32 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 9.65 คะแนน (S.D. = 1.51) ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.05 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.95 และไม่พบผู้ป่วยที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 13.58 คะแนน (S.D. = 1.10) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.65 เป็น 13.58 คะแนน โดยเพิ่มขึ้น 3.93 คะแนน

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลกระจกตาของผู้ป่วยจำนวน 43 ราย โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 9.65 คะแนน (S.D. = 1.51) และหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 13.58 คะแนน (S.D. = 1.10) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.93 คะแนน ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-5.64$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคแผลกระจกตาและ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา

4.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยแผลกระจกตาทั้ง 43 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.23 คะแนน (S.D. = 5.45) และไม่พบผู้ป่วยที่มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงหรือ ระดับต่ำ ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.09 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.91 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 65.14 คะแนน (S.D. = 7.06) จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีคะแนนเฉลี่ย 46.23 คะแนน เพิ่มขึ้น 18.91 คะแนน

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา จำนวน 43 ราย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 46.23 คะแนน (S.D. = 5.45) และหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.14 คะแนน (S.D. = 7.06) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 18.91 คะแนน ผลการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-22.82$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตาหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาจำนวน 43 ราย มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสนับสนุนและ ให้ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 3.65, S.D.= 0.35) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนน ความพึงพอใจเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พยาบาลให้ความรู้และตอบข้อคำถามได้ตรงประเด็น ($\bar{X}$= 3.98, S.D.= 0.15) รองลงมาคือ ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาลในครั้งนี้ ($\bar{X}$= 3.93, S.D.= 0.26) และสื่อการสอนหรือการสาธิตสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X}$= 3.77, S.D.= 0.43) ซึ่งทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ สื่อการสอนประเภทแผ่นพับที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย และ สื่อการสอนประเภทวิดีทัศน์ที่มีเนื้อหาเข้าใจง่ายและเสียงชัดเจน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$= 3.28, S.D.= 0.45) อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้และการตอบข้อซักถามของพยาบาล ตลอดจนความมั่นใจต่อคุณภาพ การพยาบาลและความสามารถในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติได้จริง

6. ผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อของกระจกตาหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ จากตารางที่ 8 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ไม่พบการติดเชื้อของกระจกตาตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของกระจกตาเพิ่มเติมภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การติดเชื้อที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาจำนวน 43 ราย มีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 9.65 คะแนน (S.D. = 1.51) และหลังได้รับ

โปรแกรมเท่ากับ 13.58 คะแนน (S.D. = 1.10) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.93 คะแนน ผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z= -5.64$, $p < 0.001$)แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายโดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีการพร่องความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory)[5] ซึ่งอธิบายว่า บุคคลมีความจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก แต่เมื่อบุคคลเจ็บป่วย อาจมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ทางการพยาบาลที่เหมาะสม โอเร็มเสนอระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) สำหรับบุคคลที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ แต่ต้องได้รับการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในบริบทของผู้ป่วยแผลกระจกตา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจลักษณะของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้แผลรุนแรงขึ้น วิธีดูแลดวงตาอย่างเหมาะสม การใช้ยาตามแผนการรักษา การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อ ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติและการมารับการตรวจตามนัด หากผู้ป่วยขาดความรู้หรือเข้าใจวิธีดูแลตนเองไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น การพัฒนาความรู้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของโอเร็ม โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในการศึกษานี้อาจช่วยลดข้อจำกัดด้านความรู้ของผู้ป่วย โดยพยาบาลทำหน้าที่ประเมินความต้องการเรียนรู้ ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคแผลกระจกตาตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยช่วยเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมจึงสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่เน้นบทบาทของการสอนและการสนับสนุนทางการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล[11] สอดคล้องกับการศึกษาของปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล[12] พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ บุญมาดี[13] พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยหลังให้ความรู้สูงกว่า ก่อนให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และหลังให้ความรู้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดยา และปิดที่ครอบตาอยู่ในระดับมาก มากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลินี ชุ่มชื่น[14] พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 46.23 คะแนน (S.D. = 5.45)

และหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.14 คะแนน (S.D. = 7.06) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 18.91 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=−22.82, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตาให้ดีขึ้น ทั้งนี้ อธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การล้างมือก่อนและหลังดูแลบริเวณดวงตา การใช้ยาหยอดตาตามแผนการรักษาโดยไม่ปรับหรือหยุดยาเอง การรักษาความสะอาดและป้องกันการปนเปื้อนของอุปกรณ์หยอดตา การหลีกเลี่ยงการขยี้ตาหรือสัมผัสดวงตาโดยไม่จำเป็น การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันดวงตาและการมาตรวจตามนัดอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดตามากขึ้น ตาแดงเพิ่มขึ้น หรือการมองเห็นลดลง และรีบเข้ารับการประเมินจากจักษุแพทย์เมื่อพบอาการดังกล่าว พฤติกรรมเหล่านี้ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและสนับสนุนให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ โดยอธิบายเหตุผลและความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ สาธิตวิธีการใช้ยาหยอดตาและการดูแลดวงตาอย่างถูกต้อง พร้อมให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกลับเพื่อประเมินความเข้าใจ นอกจากนี้ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง รวมถึงให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือการช่วยเหลือตนเอง เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[5] การดำเนินโปรแกรมดังกล่าวสอดคล้องกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมุ่งพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ฝึกทักษะ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ติดตามประเมินผล ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง ส่วนพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะที่จำเป็น อันนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม คะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นยังไม่สามารถยืนยันได้โดยตรงว่าอัตราการติดเชื้อลดลง จำเป็นต้องพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมด้วย งานวิจัยสอดคล้องการศึกษาของพรรณิภา วิรัตน์จันทร์[4] พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 1.92 (S.D. = 0.98) ก่อนใช้รูปแบบ เป็น 2.61 (S.D. = 0.62) หลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) นอกจากนี้ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจาก 2.99 (S.D. = 0.14) เป็น 3.47 (S.D. = 0.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษากนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์[15] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 21.20, p < 0.01) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.90, p < 0.01)

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาจำนวน 43 ราย มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสนับสนุนและ ให้ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 3.65, S.D.= 0.35) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนน ความพึงพอใจเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พยาบาลให้ความรู้และตอบข้อคำถามได้ตรงประเด็น ($\bar{X}$= 3.98, S.D.= 0.15) รองลงมาคือ ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาลในครั้งนี้ ($\bar{X}$= 3.93, S.D.= 0.26) และสื่อการสอนหรือการสาธิตสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X}$= 3.77, S.D.= 0.43) ซึ่งทุกข้ออยู่ในระดับ มากที่สุด ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ สื่อการสอนประเภทแผ่นพับที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย และ สื่อการสอนประเภทวิดีทัศน์ที่มีเนื้อหาเข้าใจง่ายและเสียงชัดเจน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$= 3.28, S.D.= 0.45) อยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้และการตอบข้อซักถามของพยาบาล ตลอดจนความมั่นใจต่อคุณภาพ การพยาบาลและความสามารถในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะการให้ความรู้และการตอบข้อซักถามของพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากการที่พยาบาลสามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคแผลกระจกตา การรักษา และการป้องกัน การติดเชื้อได้อย่างชัดเจน ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการดูแลตนเองและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น เมื่อพิจารณาตาม ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม [11] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมุ่งช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้สนับสนุนการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อการตอบคำถามของพยาบาลและมีความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาล จึงสะท้อนว่ารูปแบบการให้ความรู้และการสนับสนุนตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดี งานวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณิภา วิรัตน์จันทร์[4] ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการดูแลของผู้ป่วยติดเชื้อแผลกระจกตา ซึ่งศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 31 ราย พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลกระจกตาต่อรูปแบบการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับพอใจมาก ($\bar{X}$= 3.24, S.D = 0.60)

4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อของกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังผู้ป่วยแผลกระจกตาได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ไม่พบการติดเชื้อของกระจกตาตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่พบผู้ป่วย ที่มีการติดเชื้อของกระจกตาเพิ่มเติม ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายให้เห็นว่า ในช่วงเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมดมีผลการประเมินด้านการติดเชื้อเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ของโปรแกรมที่มุ่งส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยแผลกระจกตา ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลดวงตา การใช้ยาตามแผนการรักษา การรักษาความสะอาดของมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิด การปนเปื้อนบริเวณดวงตา ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติและแจ้งบุคลากรสุขภาพเมื่อพบอาการ ที่น่ากังวล การให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตและการฝึกปฏิบัติช่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำ

ความเข้าใจและทบทวนวิธีการดูแลตนเองได้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับผลการวิจัยที่พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.65 คะแนน เป็น 13.58 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 46.23 คะแนน เป็น 65.14 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงเป็นไปได้ว่าการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ของ Orem, Taylor, และ Renpenning[11] พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถ ในการดูแลตนเองไม่เพียงพอหรือยังขาดความรู้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล เพื่อให้สามารถเรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแผลกระจกตาจึงมีความสำคัญ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและการลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของของพรรณิภา วิรัตน์จันทร์[4] เรื่อง ผลของรูปแบบการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลกระจกตา ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย 31 ราย โรงพยาบาลนครพนม พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผลดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลกระจกตา แม้ว่าผลลัพธ์ที่ประเมินจะแตกต่างกัน โดยงานวิจัยดังกล่าวประเมินการกลับมารักษาซ้ำ ขณะที่การศึกษาครั้งนี้ประเมินการติดเชื้อตามเกณฑ์ ที่กำหนด นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเตือนใจ ทวีระวงษ์, ณัฏฐ์ศิกา ใคร่ครวญ และ ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์[16] พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกระจกตาร้อยละ 7.0 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม ซึ่งมีอัตราร้อยละ 25.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$) ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า การพัฒนาแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแผล กระจกตาได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างเป็นระบบครอบคลุมการดูแล แผลกระจกตา การใช้ยาตามแผนการรักษา การรักษาความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อนบริเวณดวงตา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์

1.2 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการอธิบาย การใช้แผ่นพับและสื่อประกอบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.3 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา การรักษาความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อนบริเวณดวงตา และการสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

1.4 ควรจัดระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายตามแผนการรักษา เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง แม้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อของกระจกตา ในกลุ่มตัวอย่าง 43 รายตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังจำเป็นต้องติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้สามารถประเมินผลของโปรแกรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของกลุ่มผู้ป่วยและพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ในบริบท ที่แตกต่างกัน

2.3 ควรติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น หลังจำหน่าย 2–4 สัปดาห์ หรือตามระยะเวลาที่เหมาะสมกับแผนการรักษา เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเกิดการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดนิยามและเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน

2.4 ควรศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของแผลกระจกตา ความร่วมมือในการใช้ยา และการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ผู้บริหารทางการพยาบาล และบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยตา หู คอ จมูก จักษุ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนให้ความร่วมมือในการประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลจนการวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยแผลกระจกตาทุกท่านที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ข้อมูลที่ได้รับจากทุกท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุลวิชช์ ทองแตง, พัชรรินทร์ เนียมเกิดและจงจิตร ตัณฑโพธิ์ประสิทธิ์.(2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้.รามาธิบดีพยาบาลสาร, 28(2), 159-169.

2. วิศรุตา วุฑฒยากร. (2562). แผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องนอนรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 16(3), 76-86 https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/8294/7604

3. หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. (2569). ข้อมูลเวชสถิติหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566-2569. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.

4. พรรณนิภา วิรัตนจันทร์. (2566). ผลของรูปแบบการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแล ของผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลกระจกตา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 10(3), 1-19.
https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/267486/179893
5. Orem., E.D. (2001). Nursing concepts of practice. (6th ed). St. Louis: Mosby.
6. นิคม ถนอมเสียง. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่าง Sample Size Determination. [อินเทอร์เน็ต] 2561. เข้าถึงได้จาก :https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf[เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2569]
7. ลุนนี จิ่มอาษา และวัลลภา ช่างเจรจา.(2563). ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำานักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(7):75-87.
8. อรุณ จิรวัฒน์กลุ. (2558). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. Bloom, B. S. et al. (1986). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.
10. Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
11. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.
12. ปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. วารสารสภาการพยาบาล, 35(4), 84-98.
https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/236274/167555
13. เพียงใจ บุญมาดี. (2566). ผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจก. วารสาร โรงพยาบาลกลาง, 38(1), 27-35.
14. สุมาลินี ชุ่มชื่น. (2566). ผลของการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัด ต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(1), 343-355. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262536
15. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม, และ ทานตะวัน สลีวงศ์ (2562). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2(3), 17-30.https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/216033/158011
16. เตือนใจ ทวีระวงษ์, ณัฏฐ์ศิกา ใคร่ครวญ, และ ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์. (2567). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลที่กระจกตาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา.วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, 12(1), 5-17. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1005/532

PART 2

EHM JOURNAL



Journal

of Education - Health and Environmental Management

Vol.11 No.5 September - October 2026



วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569







ISSN : 3088-358X (Print)
ISSN : 3088-392X (Online)

EHM JOURNAL
วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ 305
อณุภา โพธิ์เงิน

การประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model 318
ธานี ศรีสองเมือง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม 325
ลุนณี เทียงดาห์ ,ฐิตาภรณ์ ภูตเขต

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 333
ศุภธิดา วรรณประภา

การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบไร้รอยต่อ ตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ ผ่านเครือข่ายดิจิทัลชุมชน เพื่อยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล 341
รัติกาล พลอามาตย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน 353
สุภมาส ปาระมีแจ้

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 366
ขัตติยา ปุญญูเนตร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 377
นงลักษณ์ แสงสว่าง

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง: กรณีศึกษา 390
เพิ่มพร คงสมมาตย์

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาด ปราศจากเชื้อในพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี..... 402
ชาลิดา ดวงสุธา ,จิรนันท์ แซ่ เอี่ยว

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด 415
ชุติกาญจน์ บุบผาชาติ ,รุ่งทิวา ด่านดาหาร ,เจียระไน ใจวัน ,ณฐมน ภัทรเกริกชัย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ : มิติด้านการเงิน ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 423
ยุวฤดี ถำวาปี ,ศฑาวุธ คุณวันดี,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเพื่อเหนี่ยวนำโรคสงบด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 432
จิราวดี น้อยวัฒนกุล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม : กรณีศึกษา 441
จรัสศรี แก้วมณี

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย 452
พิชญ์สิณี ศรีเตชะ

การพัฒนารูปแบบการบริการทางไกลโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 459
พงศ์เพชร พลลา ,สุจิตรา เสนา ,วาทินี ทะไกรเนตร

วารสารการศึกษา – สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม
Journal of Education - Health and Environmental Management
ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2569 VOL. 11 NO. 5 September – October 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 464
พยอม คำเสนา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม 472
สุวิมล พานพิมพ์ ,กาญจนา จันทนุย ,ธนิยาณัฐ แก้วม่วง ,ศิรประภา สุวรรณพัฒน์ ,,ภัทรวีร์ มิสาโท

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม 486
เพราพนิต สอนสิทธิ์ ,ธนิยาณัฐ แก้วม่วง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุม 497
สุพรรษา คุณแก้ว

กระบวนการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะและราคากลางของคณะกรรมการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางในการจัดซื้อตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 507
สุทธิกานต์ ศุภวาสน์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง 518
สุรชัย สินธวาชีวะ

การศึกษาผลของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ ต่อความเจ็บปวด ดัชนีการสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดบริเวณข้อไหล่ของโรงพยาบาลหนองคาย 527
วลิดา พุฒนอก ,นิภาภรณ์ ชาญสมร

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 536
อทิกร จราฤทธิ์

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ 546
รจเรข งานไว

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 561
วัฒนพงษ์ อุทรส

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก คลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย 568
สายใจ สุวรรณศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 576
ธัญลักษณ์ สว่างบุญ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น 583
จุลจิรา ทองเจียว

บทบรรณาธิการ

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

สำหรับวารสารการศึกษา – สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานด้านการศึกษา สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม เดือนกันยายน – ตุลาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามิน) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การจ่ายยาด้วยโปรแกรม HosRx การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน ระบบส่งตรวจ GeneXpert MTB/RIF การส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมีย การเตรียมความพร้อมการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประสิทธิผลของโปรแกรมออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม การเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด การพยาบาลด้วยแนวคิดระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาวะฉุกเฉิน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด การบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การนวดฝ่าเท้า 7 ท่า ร่วมกับการแช่เท้าด้วยสมุนไพรต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การนวดขิดเส้นจากภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านบูรณาการกายวิภาคศาสตร์ การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากร การเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยใช้ LINE Official Account “พยาบาลใกล้ใจ” ารดูแลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายด้วยนวัตกรรม 3 สี 3P Warm Care Model การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี การประยุกต์ใช้ application Line ในการเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยใช้สารเสพติด แบบ Home Ward การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานวารสารการศึกษา สุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Community-based model for the Treatment and Rehabilitation of Drug Users in Phai Tharin subdistrict, Lam Plai Mat district, Buriram Province.

(Received: October 14,2026 ; Revised: October 19,2026 ; Accepted: October 22,2026)

อณุภา โพธิ์เงิน[1]
Anupha Po-ngoen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 120 คน และ 3) กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด 37 คน สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) การฝึกอาชีพและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต และ 4) การติดตามช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=8.38 S.D.=1.66) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.16 S.D.=0.11) หลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และจากการติดตามครบระยะ 3 เดือน พบว่า มีการใช้สารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 13.50

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาและฟื้นฟู, ผู้ใช้ยาเสพติด, การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

Abstract

This action research was aimed to development of a community-based model for the treatment and rehabilitation of drug users in Phai Tharin subdistrict, Lam Plai Mat district, Buriram province. There were 2 groups of samples: 1) Network partner of 30 samples and 2) Village Health Volunteers 120 samples and 3) drug users 37 samples selected according to predefined criteria. The research was conducted between May 2025 - February 2026. Data were collected from questionnaires, a follow-up form and focus group guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and comparing the mean differences using paired t-test and qualitative data were analyzed by content analysis with a significance level at 0.05.

The results showed that the developed model consisted of 4 key components: 1) Screening and Identification, 2) Treatment and Rehabilitation, 3) Vocational Training and Life Skills Development and 4) Follow-up and Continuing Care. The evaluation results showed that most participants had a high level of knowledge and a moderate level of participation about drugs and drug treatment ($\bar{x}$=8.38 S.D.=1.66, $\bar{x}$=2.16 S.D.=0.11). Moreover, after the implementation of the developed model, both knowledge and participation were significantly higher than pre-development (p-value< 0.001). At the 3 month follow-up, the rate of recurrent substance use was 13.50 percent.

Keyword: Drug treatment and rehabilitation, Drug Users, Community Based Treatment and Care: CBTx

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ และความปลอดภัยของประชาชน เมื่อ ค.ศ. 2014 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดปีละกว่า 200,000 คน ประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวของยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำจึงทำให้ยาเสพติดแพร่กระจายในพื้นที่ชายแดนได้มากขึ้น ซึ่งพื้นที่นำเข้าหลักปรากฏทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศ ปัญหายาเสพติดถูกจัดเป็นปัญหาด้านความมั่นคงของประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับสำคัญเร่งด่วน กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ สังคมและชุมชนรับรู้และได้รับผลกระทบจากปัญหายาเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจนยากที่จะแก้ไข และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าและความสงบสุขของประเทศชาติในอนาคต การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพย่อมต้องมีการประเมินสถานการณ์ปัญหาอย่างถูกต้อง และกำหนดทิศทางการดำเนินงานในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “สังคมไทยปลอดภัยจากยาเสพติด”[1] ในปี 2567 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 12–65 ปี เป็นผู้ใช้สารเสพติดในรอบปีที่ผ่านมาประมาณ 1.9 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ใช้ ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) ยาอี เฮโรอีน ไอซ์ เคตามีน ฝิ่น โคเคน และสารระเหย เป็นต้น นอกจากนี้มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในช่วง 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2567 มี 100,326 ราย เป็นผู้เข้ารับการบำบัดจากยาบ้า ร้อยละ 78.66 รองลงมา ได้แก่ เฮโรอีน ร้อยละ 5.19 กัญชา ร้อยละ 4.99 ฝิ่น ร้อยละ 3.55 และไอซ์ ร้อยละ 2.61 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ายาบ้ายังคงเป็นสารเสพติดที่มีสัดส่วนสูงทั้งในกลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดและในกลุ่มผู้ที่เข้าสู่ระบบบำบัดรักษา[2]

กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ชุมชนล้อมรักษ์ มินิธัญญารักษ์ และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยมุ่งให้ผู้ใช้สารเสพติดสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะบำบัดรักษาจนถึงระยะฟื้นฟูและติดตามภายหลังการบำบัด อย่างไรก็ตามแม้จะมีการขยายบริการและมีผู้เข้าสู่ระบบบำบัดรักษาเป็นจำนวนมาก แต่ปัญหาการใช้สารเสพติดยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน เช่น ความอยากใช้สารเสพติด ความเครียด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม การคบหากับกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด การขาดอาชีพหรือรายได้ และการขาดทักษะในการจัดการสถานการณ์เสี่ยง ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดอาจมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งพัฒนาทักษะการจัดการความอยากใช้สารเสพติด การควบคุมตนเอง การจัดการความเครียด การแก้ไขปัญหา การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและแรงสนับสนุนจากชุมชน[2] ในปี 2568 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดทั่วประเทศ 251,051 ราย และมีอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามหลังการบำบัด 1 ปี ร้อยละ 79 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน และสาเหตุของการใช้ยาเสพติดครั้งแรกที่พบมากที่สุดคือ ความอยากลอง ซึ่งสะท้อนว่าการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งการป้องกันการบำบัดรักษา การฟื้นฟู และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[3] ปัญหายาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านและเป็นเส้นทางสำคัญในการลักลอบลำเลียงยาเสพติดเข้าสู่พื้นที่ตอนในของประเทศ ทำให้ต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2568 มีรายงานการนำเข้ายาบ้า 62 คดี ประมาณ 52 ล้านเม็ด สะท้อนถึงความเสี่ยงของการแพร่กระจายยาเสพติดจากพื้นที่ชายแดนเข้าสู่

ชุมชนและพื้นที่ตอนในของประเทศ[2] ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อภาระของระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดบางส่วนพัฒนาไปสู่ภาวะติดยา มีปัญหาสุขภาพจิต และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ในระดับเขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2568 พบว่า มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา 9,120 คน และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม จำนวน 7,435 คน ร้อยละ 81.52 ขณะที่ยังมีผู้ป่วยอีก 1,685 คน ร้อยละ 18.48 ที่ไม่อยู่ในกลุ่มผู้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดรักษาและการติดตามผู้ใช้สารเสพติดยังเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แม้ภาพรวมของเขตสุขภาพจะผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 70 แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามและสนับสนุนอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการหลุดออกจากระบบบริการ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครราชสีมามีผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา 4,090 คน จังหวัดบุรีรัมย์ 1,754 คน จังหวัดสุรินทร์ 1,447 คน และจังหวัดชัยภูมิ 1,829 คน โดยมีอัตราการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องร้อยละ 82.98, 74.52, 89.29 และ 78.84 ตามลำดับ[3] แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของสถานการณ์และความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างพื้นที่ โดยเฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งมี ผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดจำนวน 1,754 คน และมีอัตราการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 74.52 ซึ่งแม้จะสูงกว่าเกณฑ์ แต่ยังมีผู้ที่ไม่อยู่ในกลุ่มได้รับการดูแลต่อเนื่องประมาณ 447 คน สถานการณ์ดังกล่าวมีความสำคัญต่อการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากผู้ผ่านการบำบัดยังอาจเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงหลังกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน[4]

อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในปี 2567 พบว่า มีการจับกุมคดียาเสพติดจำนวน 646 คดี โดยยาเสพติดที่พบจากการจับกุมมากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาคือ ไอซ์ และกลุ่มที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ เด็กและเยาวชนอายุ 18–24 ปี กลุ่มอาชีพรับจ้าง ผู้ว่างงาน และนักเรียน นักศึกษา[5] จากการดำเนินการในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ ปี 2567 พบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 10 คน ที่เข้าร่วมการบำบัดในพื้นที่ สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 90.00 หยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 80.00 ซึ่งจากการดำเนินการบำบัดเพียงระยะหนึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการรักษาพฤติกรรมไม่ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องมีระบบติดตามและสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดในระยะยาว[6] ในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ ข้อมูลจากแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลระบุว่า ในพื้นที่ยังมีผู้ติดยาเสพติด และยังไม่พบผู้ค้าในพื้นที่[7] จากปัญหาดังกล่าวจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดให้มีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะหลังการบำบัด เพื่อการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หากผู้ผ่านการบำบัดยังคงเผชิญกับสภาพแวดล้อมเดิม โดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงตั้งแต่การค้นหาและ คัดกรอง การบำบัด การฟื้นฟู การเสริมสร้างทักษะชีวิต การติดตามหลังการบำบัด และการช่วยเหลือเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ผ่านการบำบัด ลดปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็น

ศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[8] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 245 คน ประกอบด้วย 1) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดองค์การบริหารส่วนตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า 4) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผไทรินทร์ 5) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาล 6) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7) เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ 8) เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้รับงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 9) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 10) กลุ่มผู้เข้ารับกาบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผไทรินทร์ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้รับงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 120 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลโดยใช้แบบติดตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมจึงเลือกศึกษากลุ่มผู้เข้ารับกาบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด ตำบลผไททรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด จำนวน 37 คน

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การค้นหาและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติด 2) การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ 3) การติดตามดูแลและฟื้นฟูในชุมชน และ 4) การประสานงานและส่งต่อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด มีทั้งหมด 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินผลการติดตามของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วยการติดตามด้านการเข้ารับการบำบัดและการดูแลต่อเนื่อง ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการจัดการอารมณ์ และด้านครอบครัว การดำเนินชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 6 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสะอาด อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

และการบำบัดรักษา เท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเสพติดและการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ยาเสพติด จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ผลการติดตามดูแลและฟื้นฟูภายหลังการบำบัดรักษา ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดและปัจจัยสนับสนุนการกลับคืนสู่สังคม รวมทั้งศึกษาระบบการค้นหา คัดกรอง การส่งต่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามช่วยเหลือ และการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ตลอดจนบทบาทและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ใช้ยาเสพติด และภาคประชาชน นอกจากนี้ศึกษาความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อม กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการวิจัยให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์ปัญหายาเสพติด จำนวนผู้ใช้ยาเสพติด ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสถานการณ์การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามดูแล และการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ รวมถึงศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน จัดประชุมและสนทนากลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ดูแลผู้ใช้ยาเสพติด ครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ค้นหาความต้องการและข้อจำกัดของระบบบริการ กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน และร่วมกันวางแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เช่น การสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลผู้ใช้ยาเสพติด การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด การสร้างแรงจูงใจให้เข้าสู่

กระบวนการบำบัดรักษา การประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนครอบครัว การฟื้นฟูทางสังคม การป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา และตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายให้มีความรู้เกี่ยวกับปัญหายาเสพติด การค้นหาและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติด การให้คำแนะนำเบื้องต้น และการประสานส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม การสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจแก่ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวให้เข้ารับการประเมินและบำบัดรักษา การประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการบำบัดรักษาตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของแต่ละบุคคล การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษา การให้กำลังใจและส่งเสริมการปรับตัวในการดำเนินชีวิต การสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟู การประสานความช่วยเหลือด้านสังคมและการประกอบอาชีพตามความเหมาะสม ตลอดจนการเฝ้าระวังและป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดย อสม. ทำหน้าที่สนับสนุน เฝ้าระวัง ติดตาม และประสานงานร่วมกับบุคลากรผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ การวินิจฉัย การประเมินทางคลินิก และการบำบัดรักษาทางการแพทย์ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด และแบบติดตามผู้ผ่านการบำบัด ตลอดจนข้อมูลการดำเนินงานด้านการค้นหาและเฝ้าระวัง การประสานส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูผู้ผ่านการบำบัดรักษา รวมทั้งติดตามความต่อเนื่องในการดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่าย สังเกตการปฏิบัติงานของ อสม. และผู้เกี่ยวข้องตลอดจนการนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับและสิทธิของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด และปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของ อสม. ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ผลการดำเนินงานด้านการค้นหาและเฝ้าระวัง การประสานส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา และการติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ผ่านการบำบัดรักษา รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงานกับ อสม. ผู้ใช้ยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย พร้อมคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตำบลผไทรินทร์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เกิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และสนับสนุนให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดรักษาและได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริม

การกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสมและยั่งยืน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2568 เลขที่ BRO 2025-019 รับรองระหว่าง วันที่ 28 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) การค้นหาและคัดกรอง โดยดำเนินการค้นหาเชิงรุก และคัดกรองเบื้องต้น ประเมินประวัติการใช้สารเสพติด ความถี่และปริมาณการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยง สภาพร่างกายและจิตใจ หลังการคัดกรองจะมีการจำแนกระดับความรุนแรงและความจำเป็นในการดูแล พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนการเข้าค่ายบำบัดมีการประเมินสุขภาพและความพร้อมของผู้เข้ารับการบำบัด ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีอาการก้าวร้าว ภาวะถอนพิษยา หรืออาการทางจิต ต้องได้รับการประเมินและดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ตามระดับความรุนแรง จัดกิจกรรมค่ายบำบัด “รวมพลังศรัทธาแก้ปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการ” เช่น การจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด การฝึกทักษะการปฏิเสธยาเสพติด การจัดการความเครียดและการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ รวมถึงการให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

3) การฝึกอาชีพและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต ส่งเสริมให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ โดยประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านแรงงาน หน่วยงานพัฒนาสังคม สถานประกอบการ ผู้นำชุมชน และกลุ่มอาชีพในพื้นที่

4) การติดตามช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง หลังจบค่ายบำบัด ผู้เสพจะได้รับการติดตามต่อเนื่องระยะเวลา 90 วัน (ติดตาม 2 สัปดาห์ ติดตาม 1 เดือน ติดตาม 2 เดือน และติดตาม 3 เดือน) เพื่อประเมินผลการฟื้นฟู ป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลสนับสนุน และเฝ้าระวังปัญหาหากพบสัญญาณเตือนของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหรือมีอาการผิดปกติทางจิต ควรประสานหน่วยบริการสุขภาพ

ผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=8.38 S.D.=1.66) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา	5.46	1.42	ต่ำ	8.38	1.66	สูง	2.66-3.18	22.454	<0.001*

*p-value<.05

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.16 S.D.=0.11) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ผลการติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า หยุดเสพสารเสพติดในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ จำนวน 37 ราย ร้อยละ 100.00 ในระยะติดตาม 1 เดือน จำนวน 37 ราย ร้อยละ 100.00 ในระยะติดตาม 2 เดือน จำนวน 37 ราย ร้อยละ 100.00 และในระยะติดตาม 3 เดือน จำนวน 32 คน ร้อยละ 86.50 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 13.50 และจากการประเมินผลการติดตาม พบว่า ได้รับการติดตามครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเข้ารับการบำบัดและการดูแลต่อเนื่อง ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการจัดการอารมณ์ และด้านครอบครัว การดำเนินชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชน ร้อยละ 100.00

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

การมีส่วนร่วม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านการค้นหาและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติด	1.98	0.40	ปานกลาง	2.15	0.22	ปานกลาง	0.08-0.25	3.914	<0.001*
ด้านการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ	1.88	0.51	ปานกลาง	2.16	0.19	ปานกลาง	0.17-0.37	5.551	<0.001*
ด้านการติดตามดูแลและฟื้นฟูในชุมชน	2.06	0.46	ปานกลาง	2.15	0.18	ปานกลาง	0.01-0.17	1.904	<0.001*
ด้านการประสานงานและ ส่งต่อ	2.01	0.38	ปานกลาง	2.20	0.27	ปานกลาง	0.11-0.26	4.933	<0.001*
ภาพรวม	**1.98**	**0.32**	ปานกลาง	**2.16**	**0.11**	ปานกลาง	**0.12-0.23**	**6.058**	<0.001*

*p-value<.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) การฝึกอาชีพและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต และ 4) การติดตามช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวมีการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลตั้งแต่ก่อนเข้ารับการบำบัด ระหว่างการบำบัด และภายหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการจัดการปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด สะท้อนให้เห็นแนวคิดการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดอย่างรอบด้าน ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติด แต่ยังครอบคลุมการฟื้นฟูสุขภาพจิต การพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลับคืนสู่สังคม สอดคล้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน 2) บูรณาการดำเนินงานในพื้นที่ 3) กิจกรรมการบำบัดบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) การติดตามช่วยเหลือหลังผ่านการบำบัด[12] และสอดคล้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ คือ 1) ระยะก่อนบำบัด ทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย กำหนดแนวทางการดูแลเฝ้าระวัง เพิ่มทักษะการดูแลและส่งต่อ 2) ระยะบำบัด ดำเนินงานตามแนวทาง Patient Journey (กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงการติดตาม) จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ และ 3) ระยะติดตาม จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอย[13]

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดมีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) โดยความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าใจปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด ขณะที่การมีส่วนร่วมเป็นกลไกที่ช่วยนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน จึงควรสนับสนุนแนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดที่ให้ชุมชนมีบทบาทร่วมรับผิดชอบและสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับบทบาทการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)[14] และสอดคล้องกับภาพรวมการมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเพิ่มขึ้น[15] ดังนั้นควรส่งเสริมให้ชุมชน เข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชนได้อย่างแท้จริง

การติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า ได้รับการติดตามครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเข้ารับการบำบัดและการดูแลต่อเนื่อง ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการจัดการอารมณ์ และด้านครอบครัว การดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชน และพบว่า หยุดเสพสารเสพติดในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และมีผู้ที่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในระยะติดตาม 3 เดือน สะท้อนให้เห็นว่าการรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน และการหยุดใช้สารเสพติดในช่วงแรกไม่ได้หมายความว่าจะสามารถหยุดใช้ได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว การกลับไปใช้ซ้ำอาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความเครียด ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การขาดรายได้หรืออาชีพ การกลับไปอยู่

ในสภาพแวดล้อมที่มีสารเสพติด ตลอดจนการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในการติดตามช่วยเหลือไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการประเมินว่าผู้ผ่านการบำบัดหยุดใช้สารเสพติดหรือไม่ แต่ควรให้ความสำคัญกับการค้นหาสัญญาณเตือน การประเมินความเสี่ยง การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสังคมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ผ่านการบำบัดต้องกลับไปเผชิญกับสภาพแวดล้อมเดิม การพบผู้ที่กลับไปใช้ซ้ำจึงควรนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับปรับปรุงแผนการดูแลรายบุคคลและเพิ่มความเข้มข้นของการติดตามตามระดับความเสี่ยง สอดคล้องกับการประเมิน 3 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู พบผู้เสพมีการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 10 คน จากวงล้อแรก และเข้าบำบัดเพิ่มเติม ผลติดตาม 6 เดือน พบว่าหยุดเสพได้ทั้งหมด[16] และสอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มผู้เสพเปลี่ยนเป็นกลุ่มผู้ใช้ ร้อยละ 78.8 ดังนั้นควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน[12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายการดำเนินงานแบบบูรณาการในระดับตำบล โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด กำหนดบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน พร้อมบรรจุแผนงานไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

2) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยส่งเสริมให้มีระบบข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานตามสิทธิการเข้าถึงข้อมูล เพื่อสนับสนุนการค้นหา คัดกรอง ประเมินความต้องการ และส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ สิทธิส่วนบุคคล และการไม่ตีตราผู้ใช้ยาเสพติด

3) ควรกำหนดระบบติดตามประเมินผลและขยายผลรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีคณะทำงานระดับตำบลติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ความต่อเนื่องในการดูแล การมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่าย ตลอดจนผลการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดรักษา แล้วนำผลประเมินและบทเรียนที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และใช้เป็นแนวทางขยายผลไปยังชุมชนอื่นในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในตำบลผไทรินทร์สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางในการค้นหา เฝ้าระวัง ประสานส่งต่อ บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละหมู่บ้าน

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยการเปิดโอกาสให้ครอบครัว ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล สนับสนุนการฟื้นฟู และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนของผู้ผ่านการบำบัดรักษา โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) การพัฒนาระบบติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยการจัดให้มีระบบติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ผ่านการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยประสานการทำงานระหว่าง อสม. หน่วยบริการสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว โดยติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ในระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการเข้ารับการบำบัดรักษา การฟื้นฟูทางสังคม คุณภาพชีวิต และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดรักษา

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่มีผลต่อการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการกลับคืนสู่สังคม

3) ควรศึกษาการขยายผลรูปแบบไปยังพื้นที่อื่น โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในตำบลอื่นของอำเภอลำปลายมาศหรือพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน พร้อมเปรียบเทียบผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ต้นทุนการดำเนินงาน และความพร้อมของภาคีเครือข่าย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการขยายผลและพัฒนาเป็นแนวทางดำเนินงานระดับอำเภอหรือระดับจังหวัดต่อไป

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้ปัญญาประดิษฐ์ บูรณาการการจัดทำบทความทางวิชาการ ซึ่งใช้ในการปรับแก้ภาษาให้เหมาะสม และการจัดระเบียบเนื้อหาตามแบบฟอร์ม โดยที่ข้าพเจ้ามีความตระหนักและรับผิดชอบต่อเนื้อหาหรือผลงานที่ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ ขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความเป็นกลาง แหล่งที่มาของข้อมูล และปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาทั้งหมดที่ปรากฏในงานนี้ให้เหมาะสม ก่อนการนำไปใช้หรือเผยแพร่ รวมถึง ได้ระมัดระวังไม่ให้เกิดการละเมิดสัญญา ลิขสิทธิ์ หรือทรัพย์สินทางปัญญาของบุคคลอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชน เป็นฐาน (Community based treatment: CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน”. กรุงเทพฯ: บริษัท ออนป้า จำกัด; 2564.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2568). แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2568.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2568). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568.
5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2567). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2567.
6. โรงพยาบาลลำปลายมาศ.(2567). ข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดจากระบบบริหารจัดการข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) พ.ศ. 2567. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลลำปลายมาศ; 2567.
7. องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์.(2566). แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566–2570). บุรีรัมย์: องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์; 2566.
8. Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. Daniel, W. W.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley; 2010.
10. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
11. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

12.วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรมมา, พิชิต คำภาเกะ, อังคาร มุ่งเกิด และวาสนา โยธานัก.(2568). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2568;7(1):e273093.

13. ถิรนันท์ ผิวผา.(2568). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2568;4(3):p. 59-73.

14. นิตยา เติมแก้ว และวัชรินทร์ ทองสีเหลือง.(2567). การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุมในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2567;2(2):25-37.

15.ประพัทธ์ ธรรมวงศา.(2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):e268174.

16. ปานรดา ปิติอรทัย, นัยนา สุแพง, มณฑิรา ชนะกาญจน์, ประนอม แก้วแดง และมานิตย์ เกตุบัวขาว.(2568). รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : กรณีศึกษา ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2568;1(2):1-14.

การประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model

An Evaluation of the District Health Board's Performance in Non-Communicable Disease Prevention and Control in Selaphum District, Roi Et Province: A CIPP Model Application.

(Received: October 14,2026 ; Revised: October 19,2026 ; Accepted: October 22,2026)

ธานี ศรีสองเมือง[1]
Thani Srisongmuang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model และวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ กรรมการและอนุกรรมการ พชอ. ทีมสุขภาพอำเภอ ผู้รับผิดชอบงาน NCDs และตัวแทนภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการประเมินตามกรอบ CIPP 4 ด้าน ร่วมกับข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ HDC วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.38, S.D. = 0.13) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.53) รองลงมาคือด้านบริบท ($\bar{x}$ = 4.41) และด้านกระบวนการ ($\bar{x}$ = 4.40) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 4.14) โดยเฉพาะความเพียงพอของงบประมาณ ($\bar{x}$ = 3.60) และวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง ($\bar{x}$ = 3.80) ด้านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่าการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำได้ร้อยละ 82.49 และ 85.64 ตามลำดับ โดยโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานยังทำได้เพียงร้อยละ 21.32

คำสำคัญ: การประเมินผล; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; รูปแบบการประเมินCIPP

Abstract

This action research aimed to evaluate the performance of the District Health Board (DHB) in non-communicable disease (NCD) prevention and control in Selaphum District, Roi Et Province, using the CIPP Model, and to analyze success factors, problems, and development guidelines. The quantitative sample comprised 30 DHB committee members, district health team members, NCD officers, and network partner representatives selected purposively, together with 5 key informants for in-depth interviews and focus group discussions. Data were collected using a four-dimensional CIPP questionnaire (IOC 0.50–1.00, reliability ≥ 0.70) and secondary data from the Health Data Center (HDC), and analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that the overall DHB performance in NCD prevention and control was at a high level (mean = 4.38, S.D. = 0.13). By dimension, the Product dimension had the highest mean at the highest level (4.53), followed by Context (4.41) and Process (4.40), while the Input dimension had the lowest mean (4.14), particularly budget adequacy (3.60) and screening equipment (3.80). Regarding indicators, diabetes

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

and hypertension screening reached 82.49% and 85.64% respectively; hypertension passed all indicators, whereas glycemic control among diabetic patients reached only 21.32%.

Keywords: evaluation; District Health Board; non-communicable diseases; CIPP Model

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาการพัฒนาที่สำคัญที่สุดของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 41 ล้านคน คิดเป็นประมาณร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567 พบผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 420,000 คนต่อปี[2] และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานสะสมปีงบประมาณ 2565–2567 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องรวมกว่า 14.4 ล้านคน[3] สะท้อนว่าการควบคุมป้องกันโรคในระดับพื้นที่ยังต้องได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

การจัดการปัญหาโรค NCDs ที่ยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเชิงระบบและการบูรณาการของทุกภาคส่วน รัฐได้ตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562[4] และจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561[5] เป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) โดยมีนายอำเภอเป็นประธานและสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งนี้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)[6] และแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[7] เป็นฐานสำคัญของการดำเนินงาน

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2569 ได้ขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค NCDs ผ่านกลไก พชอ. ภายใต้ยุทธศาสตร์ SELAPHUM MODEL โดยจัดตั้งหน่วยศูนย์บริการ NCDs ครบทั้ง 18 ตำบล รวม 26 หน่วยบริการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2,650 คน และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการจัดการโรค NCDs อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบว่าการขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ. มีความเหมาะสมของบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตในระดับใด มีปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคใดบ้าง ประกอบกับยังไม่พบงานวิจัยที่ประเมินการดำเนินงานของ พชอ. เฉพาะประเด็นโรค NCDs ด้วยรูปแบบ CIPP ในพื้นที่อำเภอเสลภูมิและเขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยจึงประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าวโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินCIPP (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม[8] ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อให้ได้สารสนเทศเชิงประเมินสำหรับการพัฒนางานอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินCIPP (CIPP Model) ตามด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบ

ผสมผสาน (Mixed Methods) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีมและจาง[19] ร่วมกับกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian: โครงสร้าง–กระบวนการ–ผลลัพธ์)[20] เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการประเมินเชิงกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์เชิงระบบ ออกแบบการประเมินเป็น 3 ระยะตามช่วงเวลาการดำเนินงาน ได้แก่ ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินงาน (ประเมินด้านบริบทและปัจจัยนำเข้า) ระยะที่ 2 ระหว่างดำเนินงาน (ประเมินด้านกระบวนการและผลผลิตระหว่างดำเนินงานตามเส้นทางการดูแลผู้ป่วย) และระยะที่ 3 หลังสิ้นสุดการดำเนินงาน (ประเมินด้านผลผลิต/ผลลัพธ์และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย) โดยอาศัยข้อมูล 3 แหล่งประกอบกัน (Triangulation) ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม CIPP ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิเชิงผลสัมฤทธิ์จากระบบ Health Data Center (HDC) ดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการและอนุกรรมการ พชอ. อำเภอเสลภูมิ ด้านการป้องกันโรค NCDs ทีมสุขภาพอำเภอ (คปสอ.) ผู้รับผิดชอบงาน NCDs ของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ และตัวแทนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 18 ตำบล กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประธาน/เลขานุการ พชอ. ผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงาน NCDs และตัวแทนพื้นที่ต้นแบบ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการประเมินตามกรอบ CIPP แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.50–1.00 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม เชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ร่วมกับข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการดำเนินงานและระบบ Health Data Center (HDC) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์อิงเกณฑ์ 5 ระดับ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ HE 2568-12-26-122 หนังสือรับรองเลขที่ COE 1222568 รับรองเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.3) มีอายุอยู่ในช่วง 40–49 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 83.3) ส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงาน NCDs ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือกรรมการ พชอ. และทีมสุขภาพอำเภอในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 23.3) และมากกว่าครึ่งมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 56.7)

2. ผลการประเมินภาพรวมและรายด้านตามกรอบ CIPP

พบว่า การดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs อำเภอเสลภูมิ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.38, S.D. = 0.13) โดยด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.53) รองลงมาคือด้านบริบท ($\bar{x}$ = 4.41) และด้านกระบวนการ ($\bar{x}$ = 4.40) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 4.14) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าด้านผลผลิตมีข้อที่สูงสุดคือการเกิดความยั่งยืนในการจัดการโรค NCDs ($\bar{x}$ = 4.70) ด้านบริบทมีข้อสูงสุดคือการสนับสนุนของผู้บริหารและภาคีเครือข่าย ($\bar{x}$ = 4.57) ในขณะที่ด้านปัจจัยนำเข้ามีข้อที่ต่ำที่สุดสองข้อ ได้แก่ ความเพียงพอของงบประมาณ ($\bar{x}$ = 3.60) และความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง ($\bar{x}$ = 3.80)

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและข้อมูลการดำเนินงาน

อำเภอเสลภูมิดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค NCDs ครบวงจรตั้งแต่การคัดกรองเชิงรุกในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปโดย อสม. 2,650 คน ร่วมกับ 235 สถานีสุขภาพ ไปจนถึงการขึ้นทะเบียนและดูแลรักษาต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานตามข้อมูล HDC พบว่า การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำได้ร้อยละ 82.49 และ 85.64 ตามลำดับ โดยโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ทั้งการตรวจยืนยันวินิจฉัย (ร้อยละ 96.91) และการควบคุมโรคได้ดี (ร้อยละ 74.14) ในขณะที่โรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีที่ทำได้เพียงร้อยละ 21.32 (เป้าหมายร้อยละ 40) และการตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยที่ทำได้ร้อยละ 60.40 (เป้าหมายร้อยละ 70) นอกจากนี้ มีผู้เข้าร่วมโครงการเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) จำนวน 74 คน จากกลุ่มเป้าหมาย 720 คน (ร้อยละ 10.28)

เมื่อบูรณาการผลการประเมินตามกรอบ CIPP เข้ากับผลสัมฤทธิ์เชิงระบบจากฐานข้อมูล HDC และจำแนกตามระยะการประเมิน 3 ระยะ พบว่า ผลการประเมินทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์มีความสอดคล้องและยืนยันซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ในระยะที่ 1 (ก่อนดำเนินงาน) ด้านบริบทมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (4.41) สะท้อนความพร้อมเชิงนโยบายและกลไกการขับเคลื่อน ขณะที่ด้านปัจจัยนำเข้าแม้จะอยู่ในระดับมากแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในภาพรวม (4.14) บ่งชี้ถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่เป็นเงื่อนไขพื้นฐานของการดำเนินงาน ในระยะที่ 2 (ระหว่างดำเนินงาน) ด้านกระบวนการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (4.40) สอดรับกับความครอบคลุมการคัดกรองที่ทำได้ในระดับสูงทั้งโรคเบาหวาน (ร้อยละ 82.49) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 85.64) อย่างไรก็ตาม การตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยสะท้อนความแตกต่างระหว่างสองโรคอย่างชัดเจน โดยโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 96.91) แต่โรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60.40 จากเป้าหมายร้อยละ 70) และในระยะที่ 3 (หลังสิ้นสุดการดำเนินงาน) แม้ด้านผลผลิตจะได้คะแนนสูงสุดในระดับมากที่สุด (4.53) แต่ผลลัพธ์เชิงระบบกลับชี้ให้เห็นช่องว่างที่สำคัญ กล่าวคือ การควบคุมระดับความดันโลหิตทำได้ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 74.14) ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานทำได้เพียงร้อยละ 21.32 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 40 อย่างมาก และมีผู้เข้าร่วมโครงการเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) เพียง 74 จาก 720 คน (ร้อยละ 10.28) โดยภาพรวมการประเมินตามกรอบ CIPP อยู่ในระดับมาก (4.38) ผลการวิเคราะห์ในลักษณะนี้จึงยืนยันว่าความเข้มแข็งเชิงกระบวนการและการรับรู้เชิงบวกต่อผลการดำเนินงานยังมิได้แปรเปลี่ยนเป็นผลลัพธ์การควบคุมโรคเบาหวานอย่างเต็มที่ อันเป็นผลสืบเนื่องจากข้อจำกัดด้านปัจจัยนำเข้าที่เป็นจุดอ่อนตั้งแต่ต้นทาง และเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาเป็นลำดับแรก

ผลการประเมินตามกรอบ CIPP สอดคล้องและยืนยันซึ่งกันและกันกับผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์

จากระบบ HDC โดยด้านผลผลิตที่ได้คะแนนสูงสุดสอดคล้องกับความสำเร็จของงานโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำได้เพียงร้อยละ 21.32 และด้านปัจจัยนำเข้าที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีกลไก พชอ. ที่เข้มแข็งพร้อมคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน การมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ตามยุทธศาสตร์ SELAPHUM MODEL ที่ผูกพันทุกภาคส่วน การสนับสนุนของผู้บริหารระดับอำเภอ การมีเครือข่าย อสม. เป็นกำลังหลักในการคัดกรองเชิงรุก และการมีนวัตกรรมการเข้าถึงบริการ เช่น คลินิกเจาะเลือดสัญจรและการคัดกรองภาคค่ำ โดยงานโรคความดันโลหิตสูงเป็นต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ส่วนปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง (Strip) การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำได้ต่ำและประชากรวัยทำงานที่ออกนอกพื้นที่ทำให้ติดตามไม่ครบ สำหรับแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การเร่งควบคุมระดับน้ำตาลด้วยคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การถอดบทเรียนงานความดันโลหิตสูงมาปรับใช้ และการใช้แดชบอร์ด พชอ. NCDs กำกับติดตามผลรายตำบลทุกไตรมาส

สรุปและอภิปรายผล

ผลการประเมินการดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs อำเภอเสลภูมิ ตามกรอบ CIPP ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.38) แสดงให้เห็นว่ากลไก พชอ. เป็นเครื่องมือสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของรูปแบบการประเมิน CIPP[8] ที่มุ่งให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจปรับปรุงงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของนัจรินทร์ เนื่องเฉลิม และคณะ[9] ที่ประเมินการดำเนินงาน พชอ. อำเภอวารินชำราบ ด้วย CIPP Model แล้วพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน รวมทั้งการศึกษาของแววดี เหมวรานนท์[10] และนันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์[11] ที่พบว่าการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. อยู่ในระดับมาก

ประเด็นสำคัญคือ ด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยเฉพาะความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมเจตน์ เณรรักษา และคณะ[12] อุดม อัศวุตมางกุร และคณะ[15] และวิภาพร ทิพย์อามาตย์ และคณะ[16] ที่พบตรงกันว่าด้านปัจจัยนำเข้ามักเป็นด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุดและเป็นจุดที่ต้องได้รับการพัฒนา สะท้อนว่าข้อจำกัดด้านทรัพยากรเป็นปัญหาเชิงระบบที่พบร่วมกันในการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. หลายพื้นที่

นอกจากนี้ ผลการประเมินเชิงปริมาณยังยืนยันซึ่งกันและกันกับข้อมูลการดำเนินงานเชิงประจักษ์จากระบบ HDC กล่าวคือ ด้านผลผลิตที่ได้คะแนนสูงสุดสอดคล้องกับความสำเร็จของงานโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำได้เพียงร้อยละ 21.32 เป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการสนับสนุนของผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์[7] และสอดคล้องกับการศึกษาของก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร[13] ที่พบว่าการบูรณาการผ่านนโยบาย 3 หมอ และการเชื่อมโยงกับ Service Plan เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้อัตราการควบคุมโรค NCDs ดีขึ้น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงที่มีส่วนช่วยเสริมงานป้องกันโรค NCDs

โดยสรุป การดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs อำเภอเสลภูมิ อยู่ในระดับมาก โดยด้านผลผลิตเป็นด้านที่เข้มแข็งที่สุด ในขณะที่ด้านปัจจัยนำเข้าเป็นด้านที่ควรได้รับการพัฒนามากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง อันเป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการและผลผลิตในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งพัฒนาด้านปัจจัยนำเข้าที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณและจัดหาวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง (Strip) ให้เพียงพอ และเร่งควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานด้วยคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทีมสหวิชาชีพ

2. ควรบรรจุการพัฒนางาน NCDs ไว้ในแผนปฏิบัติการของ พชอ. พร้อมสนับสนุนทรัพยากรและกำหนดการรายงานผลต่อผู้บริหารเป็นวาระประจำ โดยใช้แดชบอร์ด พชอ. NCDs (HDC) กำกับติดตามผลรายตำบลทุกไตรมาส

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาแบบติดตามผลระยะยาว ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรองโรค NCDs โดย อสม. และพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการกำกับติดตามงาน NCDs ระดับอำเภอ

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ในการจัดทำบทความนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ (Generative AI) ได้แก่ Claude (Opus 4.8) เป็นเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบและขัดเกลาภาษา จัดรูปแบบเอกสาร และปรับปรุงความชัดเจนของการนำเสนอเท่านั้น มิได้ใช้ในการสร้างข้อมูล วิเคราะห์ผล หรือตีความผลการวิจัย ภายหลังการใช้เครื่องมือดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบและแก้ไขเนื้อหาตามความเหมาะสม และรับผิดชอบต่อความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดในบทความนี้โดยสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายอำเภอเสลภูมิในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ คณะกรรมการและอนุกรรมการ พชอ. ทีมสุขภาพอำเภอ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือจนการศึกษาครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2025). Noncommunicable diseases: key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Sep 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถานการณ์การเสียชีวิตและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567.
4. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา; 2562.
5. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา; 2561.
6. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A.(2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff. 2001;20(6):64-78.
7. Cohen JM, Uphoff NT.(1986). Rural development participation: concept and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca (NY): Cornell University; 1986.
8. Stufflebeam DL.(1971). Educational evaluation and decision making. Itasca (IL): Peacock; 1971.
9. นัจรินทร์ เนื่องเฉลิม, ภคิน ไชยช่วย, กันติยา ศรีนิล, กุลจิรา สิงห์ขิต.(2564). การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564;1(3):21-35.

10. แววดี เหมวรานนท์.(2563). การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(1):140-58.
11. นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์.(2563). การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(1):90-104.
12. สมเจตน์ เณรรักษา, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, จำเนียร สุวรรณชาติ.(2567). การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(5):281-89.
13. ก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร.(2566). การประเมินผลการดำเนินโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ CIPP Model. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;6(2):80-95.
14. เกษศิรินทร์ วิเชียรเจริญ, อารยา ประเสริฐชัย, ธีระวุธ ธรรมกุล.(2565). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(1):110-24.
15. อุดม อัศวุตมางกุร, อารยา ประเสริฐชัย, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์.(2560). การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560;34(2):124-35.
16. วิภาพร ทิพย์อามาตย์, อารยา ประเสริฐชัย, ธีระวุธ ธรรมกุล.(2563). การประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):95-110.
17. ธัญชนก ขุมทอง, กรวิกา คตอินทร์.(2569). การพัฒนาคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2569;22(2):79-91.
18. สุภาพร บุญเชื้อ.(2569). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2569;12(2):11-24.
19. Stufflebeam DL, Zhang G.(2017). The CIPP evaluation model: how to evaluate for improvement and accountability. New York: Guilford Publications; 2017.
20. Donabedian A.(1988). The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Community-Participatory Care Model for Out-of-Hospital Cardiac Arrest in the Ban Nong Bua Subdistrict Health Promoting Hospital Catchment Area, Maha Sarakham Province.

(Received: October 26,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ลุนณี เทียงดาห์[1] ฐิตาภรณ์ ภูตเขต[2]
Lunnee Thiengdah[1] Thitaporn Phutakhet[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการประเมินแบบกลุ่มเดียวก่อน–หลัง มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน ระหว่างตุลาคม 2568- สิงหาคม 2569 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักจากภาคีเครือข่ายจำนวน 15 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพจำนวน 40 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบและแนวปฏิบัติ 7 ขั้นตอน ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของชุมชน การรับรู้ภาวะหัวใจหยุดเต้น การโทรแจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ การส่งมอบผู้ป่วย ตลอดจนการทบทวน และพัฒนาคุณภาพ ภายหลังดำเนินงาน คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7.18 คะแนน (95% CI 6.47–7.88,$p < 0.001$) และคะแนนความมั่นใจในการช่วยเหลือเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.74 คะแนน (95% CI 1.60–1.89, $p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ระดับมาก

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study employed an action research design combined with a single-group pre-test/post-test evaluation. Its objectives were to examine the situation and existing problems, develop a community-participatory care model for patients with out-of-hospital cardiac arrest, and evaluate the developed model across eight villages from October 2025 to August 2026. Qualitative data were collected primarily from 15 community-network stakeholders selected through purposive sampling, while quantitative data were obtained from 40 village health volunteers (VHVs) who attended the capacity-building program. Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data using descriptive statistics and a paired t-test.

The developed model comprised seven components and a seven-step operational protocol, covering community preparedness, recognition of cardiac arrest, activation of the 1669 emergency medical services (EMS) hotline, CPR, use of an automated external defibrillator (AED), patient handover, and quality review and improvement. After implementation, the mean knowledge score increased by 7.18 points (95% CI 6.47–7.88, $p < .001$) and the mean confidence score for providing assistance increased by 1.74 points (95% CI 1.60–1.89, $p < .001$), with satisfaction toward the model rated at a high level.

Keywords: out-of-hospital cardiac arrest, action research, community participation

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว
[2] โรงพยาบาลแกดำ

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจากโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลประมาณ 20–140 คนต่อประชากรแสนคน และมีผู้รอดชีวิตเพียงร้อยละ 2–11[1] สำหรับประเทศไทย สถิติการแพทย์ฉุกเฉินปี 2568 พบผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมากกว่า 54,000 คน โดยผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 72.42[2] ทั้งนี้หากผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็วจากผู้พบเห็นเหตุการณ์ (Early Cardiopulmonary Resuscitation: Early CPR) จะมีอัตราการรอดชีวิตจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 11.3[3] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญและมีความรุนแรงถึงชีวิต อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ณ จุดเกิดเหตุอย่างทันท่วงทีจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นองค์ประกอบสำคัญของห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of Survival) ซึ่ง American Heart Association (AHA) ระบุว่าประกอบด้วย การรับรู้ภาวะหัวใจหยุดเต้นและการกระตุ้นระบบตอบสนองฉุกเฉิน การเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็วโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ (Early CPR) การช็อกไฟฟ้าหัวใจด้วยเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) อย่างรวดเร็วเมื่อมีข้อบ่งชี้ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลหลังการกู้ชีพในโรงพยาบาล และการฟื้นฟู และการติดตามในระยะยาว ซึ่งขั้นตอนในระยะแรกตั้งแต่การรับรู้เหตุ การแจ้งเหตุ และการเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพ ล้วนเป็นขั้นตอนที่ผู้พบเห็นเหตุการณ์ในพื้นที่หรือชุมชนต้องเป็นผู้ดำเนินการ แต่ทั้งนี้หากการช่วยฟื้นคืนชีพที่ล่าช้าออกไปทุก 1 นาทีจะทำให้โอกาสรอดชีวิตลดลงประมาณร้อยละ 7–10[4] และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า โอกาสรอดชีวิตจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทต่ำกว่าพื้นที่เมืองประมาณครึ่งหนึ่ง แม้ว่าอุบัติการณ์โดยรวมจะไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน[5] เนื่องจากพื้นที่ชนบทมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีความรู้และความชำนาญในการช่วยฟื้นคืนชีพ ระบบตอบสนองฉุกเฉิน ทรัพยากร และระยะทาง ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงเวลาก่อนที่หน่วยฉุกเฉินจะมาถึง ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบที่มีศักยภาพ ได้แก่ การฝึก CPR/AED ที่เหมาะสมกับผู้เรียน การจัดวาง เครื่อง AED ให้สามารถเข้าถึงได้ การแจ้งผู้ตอบสนองคนแรก และการเชื่อมต่อกับศูนย์รับแจ้งเหตุ

ปีงบประมาณ 2567 จังหวัดมหาสารคามพบผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลและได้รับการดูแลจากเครือข่ายกู้ชีพโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 110 ราย โดยร้อยละ 73.6 เป็นเหตุการณ์ที่มีผู้พบเห็น แต่มีผู้ป่วยได้รับการ Early CPR เพียงร้อยละ 21.8 และที่ได้รับการใช้เครื่อง AED ร้อยละ 2.7[6] สำหรับข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย ในจำนวนนี้มีเพียง 1 รายที่มีการโทรแจ้ง 1669 ส่วนอีก 4 ราย เดินทางด้วยรถส่วนตัว ไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับการ Early CPR และผู้ป่วยทั้ง 5 รายเสียชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ พื้นที่รับผิดชอบจำนวน 8 หมู่บ้านมีเครื่อง AED เพียง 1 เครื่อง ซึ่งติดตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของพื้นที่ด้านการรับรู้เหตุ การแจ้ง 1669 การทำ CPR การเข้าถึง เครื่อง AED การประสานงานระหว่างเครือข่าย และการขาดกระบวนการพัฒนาระบบร่วมกันในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เชื่อมโยงครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข

(อสม.) ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบการแพทย์ฉุกเฉินเข้าด้วยกัน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวจึงสนใจ นำแนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิต มาใช้ในการพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่อง AED อย่างถูกวิธี เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด และมีโอกาสเข้าถึงผู้ป่วยเป็นกลุ่มแรกเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พร้อมทั้งมุ่งพัฒนาเครือข่ายการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน หน่วยกู้ชีพประจำตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินงาน ของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของชุมชนในการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] ร่วมกับการประเมินผลแบบกลุ่มเดียวก่อน–หลัง ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว ตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ครอบคลุม 8 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและพัฒนารูปแบบประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและประชาชน จำนวน 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

1.2 กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลของรูปแบบ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเลือกเอา อสม. มาทั้งหมดจำนวน 40 คน จาก 8 หมู่บ้าน

โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ที่อ่านเขียนภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วม และสามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ ส่วนผู้ที่มีภาวะสุขภาพรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมกิจกรรมได้จะถูกคัดออก

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับภาคีเครือข่ายจำนวน 15 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน เกี่ยวกับอุบัติการณ์ ปัญหาของระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ หยุดเต้นนอกโรงพยาบาล รวมทั้งสำรวจจำนวนและตำแหน่งของเครื่อง AED และศักยภาพของชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ดำเนินการตามวงจรของ Kemmis และ McTaggart[7] 1 วงรอบ โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) คือ นำปัญหาจากระยะที่ 1 และแนวคิดห่วงโซ่การรอดชีวิตมาพัฒนารูปแบบ และกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอน การปฏิบัติ (Action) โดยนำรูปแบบที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปดำเนินการตามแผน พร้อมทั้งผู้วิจัยทำขั้นตอนการสังเกต (Observe) แบบมีส่วนร่วม โดยติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุม

ประจำเดือนและการลงพื้นที่ และขั้นตอนสุดท้ายคือ การสะท้อนผล (Reflect) โดยประชุมรวมกับภาคีเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้และความมั่นใจ ก่อน–หลังดำเนินงาน ของ อสม. ที่เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบตามกรอบ CIPP ของ Stufflebeam[8] ครอบคลุมการประเมินผลด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ทั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมระหว่างการประชุมและการจัดกิจกรรม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเก็บจากแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินความมั่นใจ ของ อสม. จำนวน 40 คน ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินงาน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบภายหลังการดำเนินงาน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย บทบาท อายุ เพศ การศึกษา ประวัติการอบรม CPR/AED และประสบการณ์พบเหตุสงสัยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

2. แบบทดสอบความรู้ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล การ CPR และการใช้เครื่อง AED จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน รวม 0–20 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์เชิงปฏิบัติการที่ ≥ 16 คะแนน (ร้อยละ 80) เป็นระดับผ่าน

3. แบบประเมินความมั่นใจ จำนวน 12 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ รายงานค่าเฉลี่ย 1–5 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ หลังดำเนินงาน จำนวน 24 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็นด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ มิติละ 6 ข้อ

5. แบบสังเกตกระบวนการและผลลัพธ์อื่นตามแผนงาน ได้แก่ แบบบันทึกวงจร PAOR แบบสังเกตทักษะ CPR/AED แบบบันทึกการซ้อมแผน และทะเบียนเหตุการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยคัดเลือกข้อที่มี ค่า ≥ .50 ได้ค่า IOC รายข้อระหว่าง (.67–1.00) ของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ .97 แบบประเมินความมั่นใจ เท่ากับ .96 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ เท่ากับ .98 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 คน และแบบความรู้วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสูตรคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .72 ส่วนแบบประเมินความมั่นใจและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .78 และ .91 (รายมิติ .89–.94) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อน–หลัง ด้วยสถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสองด้านที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ REC.KDH 018/2568 ลงวันที่ 8 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. **สถานการณ์และบริบทของปัญหา** จากการทบทวนข้อมูลทะเบียนเหตุการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้น นอกโรงพยาบาลของพื้นที่ในช่วง 3 ปี ก่อน

พัฒนาระบบพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย ผู้พบเหตุคนแรกเป็นสมาชิกครอบครัว มีเพียง 1 รายที่โทร 1669 ส่วนอีก 4 รายได้รับการนำส่ง ด้วยรถส่วนตัว ไม่มีรายใดได้รับ CPR จากผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือ Early CPR และผู้ป่วยเสียชีวิตทั้ง 5 ราย พื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้านมีเครื่อง AED เพียง 1 เครื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาด้านการรับรู้เหตุ การใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การเริ่ม CPR และการเข้าถึง AED อย่างชัดเจน และจากการสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่ายสะท้อนปัญหาเชิงกระบวนการที่สอดคล้องกัน ได้แก่ การขาดความรู้และความมั่นใจในการช่วยเหลือ การไม่ทราบตำแหน่ง AED การสื่อสารแจ้งเหตุที่ไม่เป็นระบบ และการไม่มีทีมตอบสนองระดับหมู่บ้าน ดังที่ผู้ร่วมประชุมท่านหนึ่งกล่าวว่า *"เคยเห็นนอนหมดสติต่อหน้า แต่ก็ไม่กล้าทำอะไร ทำไม่เป็น กลัวไปทำเขาเจ็บกว่าเดิม"*

2. จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ภาคีเครือข่ายได้ร่วมพัฒนา **"รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน"** ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) กลไกบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมผ่านคณะทำงานและข้อตกลงร่วมระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ทีมผู้ตอบสนองเหตุฉุกเฉินชุมชนประจำทั้ง 8 หมู่บ้าน 3) ระบบพัฒนาสมรรถนะครอบคลุมการรับรู้ภาวะหัวใจหยุดเต้น การแจ้ง 1669 การทำ CPR การใช้ AED และการซ้อมสถานการณ์ 4) ระบบแจ้งเหตุและสื่อสารสองระดับ คือการแจ้ง 1669 เพื่อเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการแจ้งผ่านกลุ่มไลน์ "สายด่วนกู้ชีพตำบลวังแสง" เพื่อระดมผู้ช่วยเหลือและทรัพยากรใกล้จุดเกิดเหตุ 5) ระบบจัดการ AED ประกอบด้วยแผนที่ตำแหน่ง การตรวจสอบความพร้อม การกำหนดผู้รับผิดชอบ และแนวทางนำ AED ไปยังจุดเกิดเหตุ 6) ระบบเชื่อมต่อและส่งมอบผู้ป่วยระหว่างผู้พบเห็นเหตุการณ์ ทีมชุมชน หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน รพ.สต. และโรงพยาบาลแกดำ 7) ระบบข้อมูลและพัฒนาคุณภาพ ครอบคลุมการบันทึกเหตุการณ์ การประเมินผล การทบทวนกรณีศึกษา และการประเมินทักษะซ้ำ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวมีแนวปฏิบัติ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของชุมชน การพบเหตุและประเมินผู้ป่วย การแจ้งเหตุและกระตุ้นระบบตอบสนอง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้เครื่อง AED การส่งมอบและส่งต่อผู้ป่วย และการบันทึก ทบทวน และพัฒนาระบบ โดยกำหนดให้การโทร 1669 เป็นช่องทางหลักในการแจ้งเหตุ และกลุ่มไลน์ชุมชนเป็นช่องทางเสริมที่ต้องไม่ทำให้การแจ้ง 1669 ล่าช้า ดังแสดงใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวทางปฏิบัติ 7 ขั้นตอน ตามห่วงโซ่การรอดชีวิต

3. ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมการฝึก CPR และการใช้เครื่อง AED จำนวน 40 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 51.83 ± 7.09 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 77.5 ไม่เคยอบรม CPR/AED ใน 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 55.0 และไม่เคยพบเหตุสงสัย OHCA ร้อยละ 90.0 หลังเข้ารับการฝึกคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มจาก 11.18 ± 2.74 เป็น 18.35 ± 1.86 คะแนน ผลต่างเฉลี่ย 7.18 คะแนน (95% CI 6.47- 7.88, $p < .001$) ผู้เข้าร่วมทุกคนมีคะแนนเพิ่มขึ้น ส่วนคะแนนความมั่นใจเฉลี่ยเพิ่มจาก 1.60 ± 0.42 เป็น 3.34 ± 0.73 คะแนน ผลต่างเฉลี่ย 1.74 คะแนน (95% CI 1.60-1.89, $p < .001$) และเมื่อใช้เกณฑ์เชิงปฏิบัติการ 16 จาก 20 คะแนน ผู้ผ่านเกณฑ์เพิ่มจาก 3 คน (ร้อยละ 7.5 95% CI 2.6-19.9) เป็น 36 คน (ร้อยละ 90.0 95% CI 76.9-96.0) มีผู้เปลี่ยนจากไม่ผ่านเป็นผ่าน 33 คน และไม่มีผู้เปลี่ยน จากผ่านเป็นไม่ผ่าน

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบตามกรอบ CIPP พบว่า คะแนน CIPP รวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 ± 0.62 จาก 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายมิติ ด้านผลผลิต (Product) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.01 ± 0.59 รองลงมาคือ กระบวนการ (Process) 3.96 ± 0.68 ปัจจัยนำเข้า (Input) 3.70 ± 0.77 และบริบท (Context) 3.53 ± 0.77 ตามลำดับ

ทั้งนี้ มีข้อมูลผลลัพธ์ที่ยังไม่ครอบคลุมในการศึกษานี้ ได้แก่ ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ไม่มีคะแนนทักษะ CPR/AED จากผู้ประเมินภาคปฏิบัติ ข้อมูลการโทร 1669 ในเหตุการณ์หลังพัฒนา การทำ CPR โดยผู้พบเห็น การใช้ AED เวลาจากพบเหตุถึงเริ่ม CPR การกลับมามีการไหลเวียนโลหิตเอง (ROSC) การรอดชีวิต หรือผล ทางระบบประสาท เนื่องจากหลังดำเนินโครงการยังไม่พบเหตุการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จึงไม่สามารถรายงานผลการศึกษาของข้อมูลส่วนนี้ได้

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่าพื้นที่มีช่องว่างสำคัญในช่วงก่อนหน่วยฉุกเฉินมาถึง โดยข้อมูลของพื้นที่จำนวน 5 เหตุการณ์ พบการโทร 1669 เพียง 1 เหตุการณ์ ไม่มีการทำ CPR โดยผู้พบเห็น และมี AED เพียง 1 เครื่องสำหรับ 8 หมู่บ้าน แม้ข้อมูลดังกล่าวมีจำนวนน้อย แต่สอดคล้องกับข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม ที่รายงาน CPR โดยผู้พบเห็น ร้อยละ 21.8 และการใช้ AED ร้อยละ 2.7[6] และสอดคล้องกับหลักฐานที่พบโอกาสรอดชีวิตในพื้นที่ชนบทต่ำกว่าพื้นที่เมือง[5] จึงสนับสนุนการพัฒนาระบบที่เริ่มจากผู้พบเห็นเหตุการณ์และเชื่อมต่อกับ 1669 มากกว่ามุ่งพัฒนาการดูแลเฉพาะเมื่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล

2. องค์ประกอบ 7 ประการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับหลักฐานที่สนับสนุนมาตรการชุมชนแบบหลายองค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วยการฝึก CPR/AED ระบบผู้ตอบสนองคนแรก การสื่อสาร และการเชื่อมกับระบบบริการ[8,9] การใช้ 1669 เป็นช่องทางหลักและเครือข่ายชุมชนเป็นช่องทางเสริมช่วยลดความเสี่ยงที่การระดมชุมชนจะทำให้การแจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้า ขณะเดียวกัน การมีระบบข้อมูลและการทบทวนเหตุการณ์ทำให้รูปแบบสอดคล้องกับแนวคิดระบบการดูแลและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ AHA[10]

คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.18 คะแนน และผู้เข้าร่วมทุกคนมีคะแนนสูงขึ้นภายหลังการดำเนินงาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของโรชินี อุปรา และคณะ[11] ซึ่งพบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยกระบวนการกลุ่มทำให้คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับแนวทางการศึกษาการช่วยชีวิตที่สนับสนุน การฝึกปฏิบัติและข้อมูลป้อนกลับ[12] อย่างไรก็ตาม ขนาดอิทธิพลที่สูงมากควรตีความร่วมกับการประเมินหลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที ความคุ้นเคยกับข้อคำถาม การไม่มีพื้นที่เปรียบเทียบ

และภาวะคะแนนเพดานหลังดำเนินงาน จึงไม่ควรตีความว่าเป็นผลขององค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งโดยเฉพาะคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.74 คะแนน ความมั่นใจอาจช่วยลดความลังเลที่จะเริ่มช่วยเหลือ แต่หลักฐานเชิงสังเคราะห์ชี้ว่าความรู้ ความเชื่อมั่น และประวัติการฝึกไม่ได้สะท้อนคุณภาพทักษะ CPR โดยตรง ทุกกรณี[13] ดังนั้น ผลการศึกษานี้รองรับการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้สมรรถนะ แต่ยังไม่รองรับข้อสรุปว่าผู้เข้าร่วมสามารถกดหน้าอกหรือใช้ AED ได้ตามมาตรฐานจนกว่าจะมีการประเมินภาคปฏิบัติด้วยรายการตรวจและผู้ประเมินที่กำหนดเกณฑ์ชัดเจน

3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบตามกรอบ CIPP พบว่าด้านผลผลิตและกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านบริบทต่ำที่สุดในเชิงพรรณนา สะท้อนว่าผู้ประเมินพึงพอใจต่อรูปแบบด้านผลผลิต และกระบวนการในทางบวกมากกว่าความพร้อมเชิงบริบท อย่างไรก็ตาม คะแนน CIPP เป็นข้อมูลการรับรู้ หลังดำเนินงานและอาจได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังหรือความสัมพันธ์กับผู้ดำเนินโครงการ จึงไม่ควรใช้ แทนหลักฐานการตั้งทีม การซ้อมแผน ความพร้อมของ AED หรือประสิทธิผลต่อผู้ป่วย การประเมินครั้งต่อไป ควรเชื่อมคะแนน CIPP กับบันทึกกิจกรรม หลักฐานการใช้งาน และข้อมูลเหตุการณ์ตามนิยาม Utstein[14]

สรุปผลการวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวได้รับการออกแบบให้เชื่อมการรับรู้เหตุ การโทร 1669 การทำ CPR การใช้ AED ทีมตอบสนองชุมชน การส่งมอบผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพภายหลังการดำเนินงาน อสม. 40 คนมีคะแนนความรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผลประเมิน CIPP มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ในด้านผลผลิตและกระบวนการ ผลนี้สนับสนุนความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบและผลลัพธ์ระดับผู้เข้าร่วมแต่ ยังไม่ยืนยันผลเชิงเหตุ–ผล ทักษะปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้

จากการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของพื้นที่ชนบท ได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำสุขภาพครอบครัวด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้ AED และได้กลไกความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สามารถนำไปประยุกต์ กับปัญหาสุขภาพฉุกเฉินอื่นในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรรักษาการโทร 1669 เป็นขั้นตอนแรกของระบบแจ้งเหตุ และใช้ช่องทางชุมชนเป็นกลไกเสริมสำหรับระดมผู้ช่วยเหลือและ AED

2. ควรกำหนดผู้รับผิดชอบ AED ระบบตรวจความพร้อม ตำแหน่งที่เข้าถึงได้ และกระบวนการนำเครื่องไปยังจุดเกิดเหตุ

3. การขยายผลควรเริ่มจากการประเมินบริบท ทรัพยากร ระยะทาง และความพร้อมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่

4. ควรติดตามการคงอยู่ของความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในระยะ 3–6 เดือน และติดตามเหตุการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลจริงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Meaney, P. A., Bobrow, B. J., Mancini, M. E., Christenson, J., de Caen, A. R., Bhanji, F., Abella, B. S., Kleinman, M. E., Edelson, D. P., Berg, R. A., Aufderheide, T. P., Menon, V., & Leary, M. (2013). Cardiopulmonary resuscitation quality: Improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: A consensus statement from the American Heart Association. *Circulation, 128*(4), 417–435. https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829d8654

2. ธนาภรณ์ แสงสว่าง, วีระวัฒน์ เธียรประธาน, และไชยพร ยุกเซ็น. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลภายในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2*(1), 28–36. https://doi.org/10.14456/jemst.2022.3

3. Yan, S., Gan, Y., Jiang, N., Wang, R., Chen, Y., Luo, Z., Zong, Q., Chen, S., & Lv, C. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care, 24*(1), 61. https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2

4. Travers, A. H., Rea, T. D., Bobrow, B. J., Edelson, D. P., Berg, R. A., Sayre, M. R., Berg, M. D., Chameides, L., O'Connor, R. E., & Swor, R. A. (2010). Part 4: CPR overview: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 122*(18_suppl_3), S676–S684. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970913

5. Smith, A., Masters, S. C., Ball, S., & Finn, J. (2023). The incidence and outcomes of out-of-hospital cardiac arrest in metropolitan versus rural locations: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation, 185*, 109655. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.11.021

6. อนันตเดช วงศรียา. (2568). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมามีสัญญาณชีพ (ROSC) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (OHCA) โดยเครือข่ายกู้ชีพโรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 22*(3), 34–48. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/277334

7. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2

8. Stufflebeam, D. L. (2003). The CIPP model for evaluation. In T. Kellaghan & D. L. Stufflebeam (Eds.), *International handbook of educational evaluation* (pp. 31–62). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4_4

9. Simmons, K. M., McIsaac, S. M., & Ohle, R. (2023). Impact of community-based interventions on out-of-hospital cardiac arrest outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports, 13*, 10231. https://doi.org/10.1038/s41598-023-35735-y

10. Dezfulian, C., Cabañas, J. G., Buckley, J. R., Cash, R. E., Crowe, R. P., Drennan, I. R., Mahgoub, M., Mannarino, C. N., May, T., Salcido, D. D., Uzendu, A. I., Vogelsong, M. A., Worth, J. A., & Girotra, S. (2025). Part 4: Systems of care: 2025 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 152*(16_suppl_2), S353–S384. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001378

11. โรชินี อุปรา, ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์, ทิพย์ ลือชัย, วราภรณ์ บุญยงค์, ปวีณา ยศสุรินทร์, และชลกนก ธนาภควัตกุล. (2564). ผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 13*(2), 73–86. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/253815

12. Donoghue, A. J., Auerbach, M., Banerjee, A., Blewer, A. L., Cheng, A., Kadlec, K. D., Lin, Y., Diederich, E., Sawyer, T., Stallings, D. T., Toft, L. E. B., Torman, D., Wright, J. I., Schexnayder, S. M., & Dainty, K. N. (2025). Part 12: Resuscitation education science: 2025 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 152*(16_suppl_2), S719–S750. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001374

13. Riggs, M., Franklin, R., & Saylany, L. (2019). Associations between cardiopulmonary resuscitation knowledge, self-efficacy, training history and willingness to perform CPR and CPR psychomotor skills: A systematic review. *Resuscitation, 138*, 259–272. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.03.019

14. Bray, J. E., Gräsner, J.-T., Nolan, J. P., Iwami, T., Ong, M. E. H., Finn, J., McNally, B., Nehme, Z., Sasson, C., Tijssen, J., Lim, S. L., Tjelmeland, I., Wnent, J., Dicker, B., Nishiyama, C., Doherty, Z., Welsford, M., & Perkins, G. D. (2024). Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: 2024 update of the Utstein Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry template. *Circulation, 150*(9), e203–e223. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001243

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Developing guidelines for the care of patients with head injuries receiving treatment at the Emergency and Forensic Medicine Department, Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 26,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ศุภธิดา วรรณประภา[1]
Supatida Wannaprapa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ประเมินความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติตามแนวทาง และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 26 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 22 คน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 2 คน และเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แบบตรวจสอบการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Test

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การประเมินอาการ การให้การพยาบาล และการให้คำแนะนำหลังจำหน่าย ด้านการปฏิบัติของบุคลากร พบว่าก่อนพัฒนาแนวทาง บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 11.5 (ค่าเฉลี่ย 19.92, S.D.=1.72) หลังพัฒนาแนวทาง บุคลากรทุกคนมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 (ค่าเฉลี่ย 29.15, S.D.=1.05) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z= -4.48, p=.000) ด้านความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.95, S.D.=0.05)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทาง, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ, อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

Abstract

This study was an action research aimed to develop a care guideline for patients with head injuries, evaluate the appropriateness of practice compliance, and assess personnel satisfaction with the developed guideline. The study was conducted from September to November 2024 at the Emergency and Forensic Medicine Department, Borabue Hospital, Mahasarakham Province. The sample consisted of 26 emergency department personnel selected by purposive sampling, comprising 22 registered nurses, 2 emergency medical practitioners, and 2 emergency medical technicians. Research instruments included an evidence-based head injury care guideline, a practice checklist, and a satisfaction questionnaire, all of which were validated for content validity by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the Wilcoxon Test.

The results revealed that the developed guideline consisted of three main components: symptom assessment, nursing care, and discharge instructions. Regarding personnel practice, before guideline

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

development, the majority of personnel had a moderate practice level at 88.5% and a poor level at 11.5% (Mean=19.92, S.D.=1.72). After guideline development, all personnel achieved a good practice level at 100% (Mean=29.15, S.D.=1.05), with a statistically significant increase at the .05 level (Z=-4.48, p=.000). Overall personnel satisfaction with the developed guideline was at a high level (Mean=2.95, S.D.=0.05).
Keywords: Head injury, Practice guideline, Emergency department

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) เป็นวิกฤตทางสาธารณสุขระดับโลกที่ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต ความพิการ และภาระทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล จากข้อมูล Global Burden of Disease ปี ค.ศ. 2021 พบผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 20.84 ล้านราย มีอัตราอุบัติการณ์ 259 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีผู้ป่วยสะสมที่ยังมีชีวิตอยู่กับภาวะบาดเจ็บที่สมองถึง 37.93 ล้านราย ส่งผลให้เกิดปีชีวิตที่อยู่กับความพิการรวม 5.48 ล้านปี[1] แม้อัตราอุบัติการณ์มาตรฐานตามอายุจะมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โดยรวมยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำซึ่งพบสัดส่วนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าประเทศรายได้สูงถึงสามเท่า และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แบกรับภาระโรคนี้สูงที่สุดในโลก[2]

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาอุบัติเหตุจราจรในระดับวิกฤต โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 36.20 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2560 และในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ประสบอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงถึง 822,798 ครั้ง เสียชีวิต 14,119 ราย บาดเจ็บ 808,479 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ และการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึง 2,770 ล้านบาทต่อปี[3,4]

จังหวัดมหาสารคามเป็นหนึ่งใน 20 จังหวัดที่มีความเร่งด่วนในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 16.72 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามกรอบปฏิญญามอสโก[5] จากข้อมูล Health Data Center เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และอยู่ใน 10 ลำดับแรกของปัญหาสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข[6] การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการประเมินและจัดการที่รวดเร็ว แม่นยำ และเป็นระบบ โดยตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) การประเมินสัญญาณชีพ การตรวจระบบประสาท และการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย[7] แนวคิดหลักที่ใช้เป็นกรอบการพัฒนาแนวทางปฏิบัติครั้งนี้คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ตาม Stetler Model ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการ การตรวจสอบความตรง การประเมินเชิงเปรียบเทียบและการตัดสินใจ การนำไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล[8] นอกจากนี้ยังบูรณาการแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ที่เน้นการประสานงานสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[9]

โรงพยาบาลบรบือเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่ายในพื้นที่ จากรายงานพบว่าปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนปัญหาที่ต้องการการพัฒนาระบบการดูแลอย่างเร่งด่วน จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดมาตรฐานเดียวกันในการประเมินผู้ป่วย การบันทึก GCS ที่ไม่สม่ำเสมอ การติดตามอาการทางระบบประสาทที่ขาดความต่อเนื่อง และการขาดระบบให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ปัญหาเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลเสียต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[10,11] แนวปฏิบัติที่ใช้อยู่จัดทำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และทบทวนครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2562 ซึ่งไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานในปัจจุบัน การพัฒนาแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิง

ประจักษ์สามารถเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10,12]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บบริเวณศีรษะที่มีความครอบคลุม ทันสมัย และปฏิบัติได้จริง เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะของบุคลากร

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บบริเวณศีรษะของบุคลากร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบทสภาพปัญหา และทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยโดยจัดทำและนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จริง และระยะที่ 3 การประเมินผลโดยเปรียบเทียบผลการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ทบทวนปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงแนวทางให้สมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

2. กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรทั้งหมด จำนวน 26 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 22 คน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 2 คน และเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ (CNPG) ที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุม 3 ระดับความรุนแรง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ แบบตรวจสอบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.77 และเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.23 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.62 อายุเฉลี่ย 32.04 ปี (S.D.=8.56) อายุน้อยสุด 23 ปี มากสุด 55 ปี ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.62 รองลงมาเป็นนักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและเวชกิจฉุกเฉิน ตำแหน่งละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโทและอนุปริญญาตรี จำนวนอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี และ 11-15 ปี จำนวนเท่ากันกลุ่มละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.04 ปี (S.D.=7.97) น้อยสุด 1 ปี มากสุด 30 ปี

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาแนวทาง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระยะเตรียมการพบว่า บุคลากรในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชยังขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในหลายด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยและจำแนกระดับความรุนแรง การบันทึกแบบประเมิน Glasgow Coma Scale ที่ไม่สม่ำเสมอ การขาดแบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทที่เป็นมาตรฐานเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่ยังไม่ครอบคลุม ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลและความไม่มั่นใจของผู้ปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การประเมินอาการและจำแนกระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ รุนแรง (Severe Head Injury) ปานกลาง (Moderate Head Injury) และไม่รุนแรง (Mild Head Injury) พร้อมแนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉพาะแต่ละระดับ (2) การให้การพยาบาลตามแนวทางมาตรฐาน ครอบคลุมการจัดท่า การดูแลทางเดินหายใจ การให้ออกซิเจน การติดตามสัญญาณชีพและระบบประสาท และ (3) การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายพร้อมแบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทที่บ้าน

3. ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง

3.1 ผลการปฏิบัติรายข้อก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ก่อนการพัฒนาแนวทาง พบว่ารายการที่บุคลากรปฏิบัติทุกครั้งสูงสุด 2 อันดับแรก ได้แก่ การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 69.23 รองลงมาคือการประเมิน Glasgow Coma Scale คิดเป็นร้อยละ 26.92 รายการที่บุคลากรตอบว่าไม่ปฏิบัติสูงสุด 2 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกระดับความรุนแรง และการให้แบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทเมื่อจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 42.31 และร้อยละ 42.31 ตามลำดับ หลังการพัฒนาแนวทาง พบว่ารายการที่บุคลากรปฏิบัติทุกครั้งเพิ่มขึ้นในทุกรายการ โดยรายการที่ปฏิบัติทุกครั้งสูงสุด ได้แก่ การแจ้งข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ การประเมิน Vital signs การจัดท่านอนราบสูง 30 องศา การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และการให้แบบเฝ้าระวังสังเกตอาการทางระบบประสาทเมื่อจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทุกรายการ และไม่พบบุคลากรที่ตอบว่าไม่ปฏิบัติในรายการใดเลย

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ก่อนการพัฒนาแนวทาง บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (18-23 คะแนน) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.46 และระดับไม่ดี (10-17 คะแนน) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54 คะแนนเฉลี่ยรวม 19.92 คะแนน (S.D.=1.72) หลัง

การพัฒนาแนวทาง บุคลากรทุกคนมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (24-30 คะแนน) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 คะแนนเฉลี่ยรวม 29.15 คะแนน (S.D.=1.05) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทาง (Z=-4.48, p=.000)

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=2.95, S.D.=0.05) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ารายการที่มีความพึงพอใจระดับมากทุกรายการ โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเหมาะสมของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ความสะดวกของแบบบันทึก Neurological Signs ความเหมาะสมของแบบประเมิน Glasgow Coma Scale ความสะดวกในการใช้งาน ความครอบคลุมของแนวทางทั้งในห้องฉุกเฉินและการดูแลต่อที่บ้าน ความเหมาะสมของการตรวจเช็คอุปกรณ์หลังดูแลผู้ป่วย ความชัดเจนและถูกต้องของเอกสารคำแนะนำก่อนกลับบ้าน และความเพียงพอและง่ายต่อการหยิบจับของเอกสาร มีค่าเฉลี่ย 3.00 คะแนน (S.D.=0.00) ทุกรายการ ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความพอเพียงของอุปกรณ์เครื่องมือ และแบบฟอร์มที่ใช้ในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 2.50 คะแนน (S.D.=0.51) ซึ่งยังอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ผลการวิจัยพบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การประเมินอาการ การให้การพยาบาล และการให้คำแนะนำหลังจำหน่าย กระบวนการพัฒนาดำเนินการตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีบุคลากรมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับจุฑามาศ สมร่าง และสืบตระกูล ตันตลานุกุล[13] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติโรงพยาบาลสมุทรปราการครอบคลุม 4 ด้าน ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติสูงขึ้นและอัตราการเสียชีวิตลดลง สิรินลักษณ์ พาบุ[14] ยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมครอบคลุม 9 หมวด ได้รับการยอมรับจากบุคลากรในระดับสูง ขณะที่ Garbayo-Fernández และคณะ[15] ทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบพบว่าการแทรกแซงทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผลครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การติดตามระบบประสาท การบริหารยา การเฝ้าระวังตัวชี้วัดทางชีวเคมี การฝึกอบรมบุคลากร และการมีส่วนร่วมของครอบครัว Hassan, Naveed และ Khan[16] ยืนยันว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติมาตรฐานร่วมกับการฝึกอบรมส่งผลให้การประเมิน GCS ครบถ้วนขึ้นและระยะเวลาตัดสินใจทำ CT scan ลดลง กระบวนการพัฒนาที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทำให้ได้แนวทางที่น่าเชื่อถือและสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

การประเมินความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร ผลการประเมินพบว่าบุคลากรทุกคนมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดีหลังใช้แนวทางเพิ่มขึ้น โดยก่อนพัฒนาแนวทางส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี ผลนี้สอดคล้องกับ จุฑามาศ สมร่าง และสืบตระกูล ตันตลานุกุล[13] ที่พบคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการให้แบบเฝ้าระวังเมื่อจำหน่าย สิรินลักษณ์ พาบุ[14] รายงานว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มี GCS 13-15 คงที่ในระดับสูงตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย สะท้อนว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิก Réa-Neto และคณะ[17] ยืนยันว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะเมื่อ GCS ต่ำ ดังนั้นการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทั้งในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจึงมีความสำคัญยิ่ง

Zhou[18] พบว่ากลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบมีอัตราการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะน้อยกว่าและระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

การประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางของบุคลากร ผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทุกรายการได้คะแนนระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับ จุฑามาศ สมร่าง และสืบตระกูล ตันตลานุกุล[13] ที่รายงานความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน เนื่องจากแนวทางตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริง ลดความคลุมเครือในการตัดสินใจทางคลินิก และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นเจ้าของแนวทาง ซึ่ง สิรินลักษณ์ พาบุ[14] ยืนยันว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการยอมรับ พรพิไล นิยมถิ่น[19] ชี้ว่าแนวทางที่ทำให้บุคลากรตัดสินใจได้รวดเร็วและมีความรู้เพิ่มขึ้นส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจ Hassan, Naveed และ Khan[16] เสริมว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกับการฝึกอบรมช่วยสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในหน่วยงาน ความพึงพอใจในระดับสูงเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคลากรมีแนวโน้มจะนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อันเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้การพัฒนาแนวทางประสบความสำเร็จและเกิดการยอมรับจากบุคลากรในหน่วยงาน

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะควรได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและแนวปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด

3. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องอาศัยความรู้ ความรวดเร็ว และความใส่ใจของบุคลากร โดยคำนึงถึงมาตรฐาน ความปลอดภัย คุณภาพ และการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย

4. การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและความพึงพอใจของบุคลากรในระดับที่เหมาะสม

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ บุคลากรโรงพยาบาลบรบือ และผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลบรบือ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสาคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Traumatic Brain Injury Collaborators.(2024). Global burden of traumatic brain injury in 204 countries and territories from 1990 to 2021. Am J Prev Med. 2024;68(1):1-10.
2. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, et al.(2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg. 2018;130(4):1080-97.
3. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562.
4. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC.(2566). รายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนนประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน; 2566.
5. แจ่มจันทร์ เทศสิงห์.(2565). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2):240-55.
6. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานประจำปี 2567 กองป้องกันการบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
7. นครชัย เผื่อนปฐม, ธีระเดช ศรีกิจวิไลกุล.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
8. ฟองคำ ติลกสกุลชัย.(2549). การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2549.
9. อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวัลย์ พรมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, อรไท โพธิ์ไชยแสน.(2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2561;29(3):126-38.
10. วัลลภา สุวรรณพิทักษ์, สุชาตา วิภวกานต์, บุญญารัศม์ ประคีตวาทิน.(2560). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(2):140-56.
11. ไคลศรี บาดาล.(2555). การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
12. วีณา วีสเพ็ญ, สุพรรณี ทองรอด, ปริศนา สมนา.(2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2566;10(2):45-61.
13. จุฑามาศ สมร่าง, สืบตระกูล ตันตลานุกูล.(2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2567;11(2):236-52.
14. สิรินลักษณ์ พาบุ.(2567). การพัฒนาระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแรกรับเข้ารักษาและการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):185-96.
15. Garbayo-Fernández P, Lestrade-Pena M, García-Fernández R, Calvo-Ayuso N, González-García N, Martínez-Isasi S.(2024). Nursing interventions to prevent secondary injury in critically ill patients with traumatic brain injury: A scoping review. J Clin Med. 2024;13(8):2396.
16. Hassan W, Naveed A, Khan Z.(2024). Project to improve the management of the head injury patients presenting to the emergency department. BMJ Open Qual. 2024;13(2):e002603.
17. Réa-Neto Á, da Silva Júnior ED, Hassler G, Dos Santos VB, Bernardelli RS, Kozesinski-Nakatani AC, et al.(2023). Epidemiological and clinical characteristics predictive of ICU mortality of patients with

traumatic brain injury treated at a trauma referral hospital: A cohort study. BMC Neurol. 2023;23(1):101.

18. Zhou Y.(2025). The role of integrated nursing interventions in traumatic brain injury management in the emergency department: A retrospective study. Ther Clin Risk Manag. 2025;21:769-80.
19. พรพิไล นิยมถิ่น.(2566). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2566;6(2):27-37.

การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบไร้รอยต่อ ตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ ผ่านเครือข่ายดิจิทัลชุมชน เพื่อยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล

Development of a Seamless Chronic Care Support System Based on Design Thinking through a Community Digital Network to Enhance Nursing Outcomes.

(Received: October 26,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

รัติกาล พลอามาตย์[1]

Rattikan Pholarmat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ศึกษาปัญหาพัฒนาระบบดูแลแบบไร้รอยต่อและศึกษาผลหลังใช้ระบบในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566–30 กันยายน 2567 ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 43/2566 วันที่ 30 ตุลาคม 2566 มีผู้ให้ข้อมูล 38 คน ผู้ร่วมพัฒนา 25 คน และผู้ป่วย 239 ราย ใช้ R&D 4 ระยะและประเมินกลุ่มเดียวก่อน–หลัง วิเคราะห์เนื้อหา จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลพบปัญหาการเดินทาง การพึ่งผู้ดูแล ข้อมูลแยกส่วน และการติดตามระหว่างนัด ระบบมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและบริการ 7 ขั้นเชื่อมกระบวนการพยาบาล 5 ขั้น อธิบายการช่วยเหลือด้วยทฤษฎีโอเร็ม การรับบริการตามแผนเพิ่มจากร้อยละ 77.20 เป็น 91.60 ขาดนัดลดจากร้อยละ 22.80 เป็น 7.60 HbA1c เฉลี่ยในผู้มีข้อมูลคู่ 118 รายลดจากร้อยละ 8.60 เป็น 7.50 การควบคุมความดันใน 172 รายเพิ่มจากร้อยละ 66.28 เป็น 81.40 ความพึงพอใจระดับมากที่สุดใน 221 รายเพิ่มจากร้อยละ 79.64 เป็น 96.83

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบไร้รอยต่อ การจัดการรายกรณี กระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

Abstract

This research and development study examined care needs and developed a seamless care system for patients with type 2 diabetes and/or hypertension in Muang Tao Subdistrict, Phayakkhaphum Phisai District, from November 1, 2023, to September 30, 2024. Ethics approval was No. 43/2566, dated October 30, 2023. Participants included 38 informants, 25 co-developers, and 239 patients. Four development phases and a one-group before-and-after assessment used content analysis and descriptive statistics. The system linked seven service steps to the nursing process, with nurse case managers. Orem's theory explained assistance provided. Planned care increased from 77.20% to 91.60%; missed appointments decreased from 22.80% to 7.60%. Mean HbA1c decreased from 8.60% to 7.50% in 118 paired patients. Blood pressure control increased from 66.28% to 81.40% in 172 patients; highest-category satisfaction increased from 79.64% to 96.83% in 221 respondents.

Keywords: seamless nursing care, case management, nursing process, nursing outcomes

บทนำ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต้องรับยา ติดตามผล และดูแลตนเองต่อเนื่อง การดูแลส่วนหนึ่งเกิดที่บ้านและไม่ปรากฏในวันที่มาตรวจ เช่น การจัดยา การเลือกอาหาร การสังเกตอาการ หรือการติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อยาหมด ผู้ป่วยที่มีผลตรวจใกล้เคียงกันอาจต้องการความช่วยเหลือต่างกันตามความสามารถ ผู้ดูแล และข้อจำกัดในการเดินทาง แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566 ให้พิจารณาเป้าหมายการดูแลตามลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งภาวะร่วมและความเสี่ยงจากการรักษา[1]

การรับบริการตามนัดจึงต้องพิจารณาร่วมกับสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้จริง ผู้สูงอายุที่อ่านฉลากยาไม่ได้

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

อาจต้องมีผู้ช่วยจัดยา ผู้ที่จัดยาได้แต่เดินทางไม่ได้ อาจต้องมีทางเลือกรับยาและตรวจติดตาม การให้คำแนะนำแบบเดียวกันในห้องตรวจไม่ครอบคลุมข้อจำกัดเหล่านี้ พยาบาลต้องประเมินทั้งปัญหาสุขภาพและเงื่อนไขการใช้ชีวิตก่อนจัดแผนดูแล

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็มอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่บุคคลต้องทำเพื่อดูแลสุขภาพกับความสามารถที่มีอยู่ เมื่อความสามารถไม่เพียงพอจึงต้องได้รับความช่วยเหลือทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลอาจเป็นการทดแทนทั้งหมด การทดแทนบางส่วน หรือการสนับสนุนและให้ความรู้[2] สำหรับผู้ป่วยที่ยังใช้ชีวิตในชุมชนได้ การช่วยบางกิจกรรมและสนับสนุนให้ทำสิ่งที่เหลือด้วยตนเองเป็นแนวทางที่นำมาอธิบายการจัดยา การสอนผู้ดูแล และการประสานบริการใกล้บ้านในงานนี้

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายและวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล[3] เมื่อผู้ป่วยรับบริการต่างจุด กระบวนการนี้ต้องดำเนินต่อจากข้อมูลเดิมและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน การจัดการรายกรณีทำให้พยาบาลติดตามผู้ป่วยรายเดิมแม้เปลี่ยนสถานที่รับบริการ ส่วนการส่งมอบการดูแลต้องระบุข้อมูล งานที่ต้องทำต่อ และผู้รับความรับผิดชอบ[4] การส่งข้อความสำเร็จเพียงอย่างเดียวจึงยังไม่ยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับบริการครบตามแผน

แนวคิดความต่อเนื่องในการดูแลแยกเป็นด้านข้อมูล ด้านการจัดการ และด้านความสัมพันธ์[5] ข้อมูลจากบ้านต้องถึงผู้ให้บริการที่นำไปใช้ตัดสินใจ แผนของผู้ให้บริการต้องสอดคล้องกัน และผู้ป่วยต้องทราบว่าจะติดต่อใครเมื่อเกิดปัญหา การรับบริการตามแผนใช้สะท้อนการจัดบริการได้ แต่ไม่ใช่ตัววัดความต่อเนื่องทั้งสามด้านโดยตรง การเลือกผลลัพธ์จึงต้องตรงกับข้อมูลที่เก็บจริง

การคิดเชิงออกแบบให้ผู้ใช้บริการร่วมบอกปัญหา เลือกทางออก ทดลอง และทบทวนสิ่งที่ทำได้หรือยังทำไม่ได้ การทบทวนของ Altman และคณะพบการใช้แนวคิดนี้ในบริการสุขภาพหลายรูปแบบ แต่ยังมีข้อจำกัดของวิธีวิจัยและการแยกผลขององค์ประกอบ[6] งานนี้ใช้การคิดเชิงออกแบบร่วมกับการวิจัยและพัฒนา เพื่อปรับวิธีบริการจากปัญหาที่ผู้ป่วยและทีมพบ โดยไม่ถือว่าการใช้แนวคิดดังกล่าวยืนยันผลสำเร็จได้ด้วยตัวเอง

ข้อมูลบริบทของพื้นที่ในรายงานวิจัยระบุว่า ตำบลเมืองเตาอยู่ห่างโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยประมาณ 20–25 กิโลเมตร ผู้ป่วยบางส่วนใช้เวลาเดินทาง 45–60 นาที ผู้ที่เหมารถมีค่าใช้จ่ายประมาณ 400–500 บาทต่อครั้ง ข้อมูลนี้เป็นบริบทที่รายงานจากพื้นที่ ไม่ใช่ระยะหรือค่าเดินทางของผู้ป่วยทุกราย ผู้ที่เดินทางเองไม่ได้ต้องพึ่งญาติและความพร้อมของครอบครัว การมาตามนัดจึงมีข้อจำกัดที่ต้องจัดบริการรองรับ

ในระบบเดิม ข้อมูลการใช้ยาที่บ้าน ผลตรวจในหน่วยบริการปฐมภูมิ และแผนของโรงพยาบาลอยู่ต่างจุด พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลใหม่ในวันตรวจ ผู้ที่ขาดนัดอาจยังไม่มีผู้ติดตามจนทราบเหตุ และทีมอาจไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาใช้ยาหรือมีอาการผิดปกติระหว่างวันนัด การพัฒนาจึงเริ่มจากการกำหนดว่าแต่ละรายมีปัญหาอะไร ใครรับผิดชอบ และต้องส่งข้อมูลกับงานต่อให้ใคร

ในอำเภอเดียวกันมีงานพัฒนาบริการการแพทย์ทางไกลของสังวาลย์ วงศ์สมศักดิ์ และคณะ ระหว่างตุลาคม 2566–พฤษภาคม 2567 ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดบริการและใช้ LINE, Zoom และ HOSxP[7] งานดังกล่าวเป็นบริบทของบริการในพื้นที่ ส่วนเมืองเตาโมเดลมุ่งอธิบายความรับผิดชอบรายบุคคลและการติดตามระหว่างจุดบริการ ช่วงเวลาทับซ้อนกันจึงต้องพิจารณาทะเบียนและกิจกรรมจริงร่วมด้วยก่อนยืนยันการแยกชุดข้อมูล ไม่ใช้ชื่อโมเดลต่างกันเป็นหลักฐานว่าข้อมูลไม่ซ้ำ

กรอบโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของ Donabedian ช่วยแยกทรัพยากรที่จัดไว้ กิจกรรมที่ทำ และผลที่เกิดขึ้น[8] ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต้องเชื่อมกับกิจกรรมและวิธีวัด การ

กล่าวถึง Nursing Outcomes Classification หรือ NOC เป็นกรอบแนวคิดไม่เท่ากับใช้เครื่องมือมาตรฐานให้คะแนนผู้ป่วย[9] รายงานนี้จึงแยกผลที่เกี่ยวกับการประสานของพยาบาลออกจากผลทางคลินิกที่ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล และไม่เพิ่มผลวัดการดูแลตนเองหรือคะแนน NOC ที่ไม่ได้เก็บ

เครือข่ายดิจิทัลเป็นช่องทางให้ข้อมูลถึงทีมก่อนวันนัด แต่ต้องพิจารณาผู้ตรวจข้อมูล สิทธิการเข้าถึง ช่องทางสำรอง และความสามารถของผู้ป่วย WHO ให้ประเมินประโยชน์ ความเสี่ยง ความเป็นไปได้ ทรัพยากร และความเป็นธรรมเมื่อใช้ดิจิทัลในระบบสุขภาพ[10] ผู้ป่วยที่ไม่มีโทรศัพท์หรือใช้ไม่คล่องจึงต้องมีผู้ช่วยหรือวิธีบริการอื่นที่เข้าถึงได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงและผู้เกี่ยวข้อง
2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลแบบไร้รอยต่อผ่านเครือข่ายดิจิทัลชุมชน โดยกำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และการติดตามรายบุคคลตามกระบวนการพยาบาล
3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการรับบริการตามแผน การขาดนัด HbA1c การควบคุมความดัน และความพึงพอใจ พร้อมบรรยายความปลอดภัยที่มีรายงาน การมาโรงพยาบาล และค่าประมาณค่าเดินทางที่หลีกเลี่ยงได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบ พื้นที่ และระยะเวลา

ใช้การวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ ออกแบบระบบต้นแบบ ทดลองใช้และประเมิน และปรับปรุงระบบ การประเมินผู้ป่วยเป็นกลุ่มเดียวก่อนและหลัง ไม่มีการสุ่มหรือกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะนำร่องกับขยายผลเป็นช่วงของการใช้ระบบ ไม่ใช่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พื้นที่ประกอบด้วยบ้านผู้ป่วย หน่วยบริการปฐมภูมิในตำบลเมืองเตา และคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566–30 กันยายน 2567 รวม 11 เดือน การทบทวนข้อมูลย้อนหลังเป็นการดึงข้อมูลในช่วงวิจัยจากเหตุการณ์บริการก่อนเข้าร่วม ไม่เปลี่ยนวันเริ่มวิจัยไปตามวันที่เกิดเหตุการณ์ในเวชระเบียน ทฤษฎีโอเร็มใช้ในบทความเพื่ออธิบายกิจกรรมช่วยเหลือที่รายงานในงานเดิม ไม่ใช้ยืนยันว่ามีแบบวัดความพร่องในการดูแลตนเองหรือทดสอบทฤษฎีตั้งแต่เริ่มโครงการ กระบวนการพยาบาลใช้จัดความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินปัญหา แผน และการติดตาม ส่วนกรอบของ Donabedian ใช้แยกผลด้านระบบกับผลของผู้ป่วย[2,3,8]

ประชากรและผู้เข้าร่วม

ทะเบียนประชากรที่รายงาน ณ 31 ตุลาคม 2566 มีผู้ป่วยไม่ซ้ำ 1,146 ราย เป็นเบาหวานอย่างเดียว 248 ราย ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 562 ราย และเป็นทั้งสองโรค 336 ราย ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีประสบการณ์บริการ ได้แก่ ผู้ป่วย 12 คน ผู้ดูแล 8 คน อสม. 10 คน และบุคลากรสุขภาพ 8 คน รวม 38 คน ผู้ร่วมพัฒนา 25 คน ประกอบด้วยพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง 3 คน บุคลากรปฐมภูมิ 6 คน แพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน และ อสม. 12 คน จำนวนแต่ละระยะแสดงตามบทบาท ไม่รวมเป็นยอดบุคคลไม่ซ้ำ เนื่องจากยังไม่มีรายชื่อให้ตรวจการซ้ำระหว่างกลุ่ม

ผู้ป่วยทดลองใช้ระบบคัดแบบเจาะจง 239 ราย เป็นนำร่อง 85 รายและขยายผล 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.86 ของทะเบียนประชากร งานเดิมไม่ได้รายงานการคำนวณขนาดตัวอย่างล่วงหน้า โดยอธิบายจำนวนจากกำลังติดตามของทีม ผลจึงใช้บรรยายกลุ่มนี้ ไม่ถือว่าเป็นตัวอย่างสุ่มแทนผู้ป่วยทั้งพื้นที่

เกณฑ์คัดเข้าคือเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือความดันโลหิตสูง อาศัยในพื้นที่ ทีมประเมินว่าเหมาะกับบริการร่วมกับชุมชน สื่อสารได้หรือมีผู้ช่วย และยินยอมเข้าร่วม งานเดิมเรียกกลุ่มที่

รับเข้าว่าสีเขียวกับสีเหลือง การใช้ข้อมูลผลตรวจและกติกาจัดสีต้องยึดฉบับที่ทีมใช้จริง ไม่กำหนดเกณฑ์ใหม่ย้อนหลังเพื่อให้ตรงกับผลที่รายงาน

ไม่รับผู้มีภาวะเร่งด่วนหรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลตามการประเมินของทีม หากเกิดความผิดปกติระหว่างศึกษาให้ประเมินและส่งต่อตามความจำเป็น การเปลี่ยนสถานที่รักษาไม่ถือเป็นถอนตัวโดยอัตโนมัติ ผู้ขอถอนตัวและผู้ย้ายออกบันทึกแยกไว้ งานเดิมรายงานผู้ถอนตัว 4 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานอย่างเดียว 2 รายและความดันอย่างเดียว 2 ราย เหลือติดตามจนสิ้นสุด 235 ราย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือดำเนินการประกอบด้วยระบบเมืองเตาโมเดล คู่มือ ทะเบียนผู้ป่วยในความรับผิดชอบ แบบบันทึกกระบวนการพยาบาล แบบส่งมอบ และชุดช่วยจัดแผนรายบุคคล ได้แก่ แผนที่ความเข้าใจผู้ป่วย แผนที่เส้นทาง บุคลิกผู้ป่วย การ์ดแผนดูแล และแบบทบทวนหลังรอบนัด ใช้บันทึกข้อจำกัดทางเลือก และสิ่งที่ปรับ

เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบบันทึกเวชระเบียนและผลตรวจ แบบประเมินก่อนนัดของ อสม. ทะเบียนนัด แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบบันทึกค่าเดินทาง แบบส่งมอบระบุผู้ส่ง ผู้รับ งานต่อ วันเวลา และสถานะผลกลับ ส่วนบันทึกพัฒนาระบบใช้ข้อขัดข้อง ข้อตกลง และการแก้ขั้นตอน

แบบสอบถามความพึงพอใจมี 15 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมความสะดวก การได้รับข้อมูล การติดต่อทีม และภาพรวม เกณฑ์มากที่สุดคือคะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 รายงานใช้สัดส่วนระดับมากที่สุดในผู้ตอบครบก่อนและหลัง ไม่วิเคราะห์รายข้อเพิ่มเติมเมื่อยังไม่มีคะแนนต้นทาง งานเดิมรายงานผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจเนื้อหา ได้ IOC รายข้อ 0.67–1.00 และเฉลี่ย 0.92 ทดลองแบบสอบถามกับผู้ป่วยลักษณะใกล้เคียง 30 รายในตำบลเมืองเสือ ได้ Cronbach’s alpha 0.87 ค่านี้เป็นความเชื่อมั่นแบบสอบถาม ไม่ใช่ความเชื่อมั่นระบบหรือผลเลือด เอกสารที่ใช้จัดบทความไม่มีคะแนนรายข้อและผลคำนวณต้นทาง จึงแสดงเป็นค่าที่งานเดิมรายงานและยังต้องตรวจหลักฐานก่อนใช้รับรองคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนดำเนินการ

ระยะ 1 ช่วงพฤศจิกายน–ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนและทะเบียนบริการย้อนหลังช่วงพฤศจิกายน 2565–ตุลาคม 2566 ร่วมกับข้อมูลผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และบุคลากร ศึกษาการเดินทาง การรับยา การแจ้งอาการ การรับบริการ และการส่งข้อมูล จากนั้นแยกปัญหาผู้ป่วยกับปัญหากระบวนงานเพื่อนำไปออกแบบข้อมูลบริการ 3 เดือนก่อนเข้าร่วมในผู้ป่วยแต่ละรายเป็นฐานประเมิน ระยะ 2 ซึ่งอาจอยู่คนละช่วงปฏิทินกับการทบทวน ระยะ 1 จึงไม่ใช้ผลก่อนเข้าร่วมครบทั้ง 239 รายเป็นหลักฐานว่าทราบตั้งแต่ระยะแรกทั้งหมด

ระยะ 2 ช่วงมกราคม–กุมภาพันธ์ 2567 งานเดิมระบุประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ทีมกำหนดกิจกรรมก่อนนัด วันบริการ และหลังบริการ ระบุผู้รวบรวมข้อมูล ผู้ตรวจ ผู้ตัดสินใจ และผู้ติดตาม จัดทำต้นแบบและคู่มือ พร้อมเตรียมผู้ปฏิบัติงานให้ใช้รายการประเมินร่วมกัน การเลือกผู้ช่วยจัดยาและช่องทางติดต่อพิจารณาตามข้อจำกัดของผู้ป่วย

ระยะ 3 นำร่องเดือนมีนาคม 2567 กับ 85 ราย บันทึกปัญหาข้อมูล การติดต่อ การรับยา และการประสาน จากนั้นปรับและขยายผลต้นเมษายนก่อนรับเพิ่ม 154 รายในช่วงเมษายน–มิถุนายน งานเดิมระบุรับครบภายใน 30 มิถุนายน 2567 เพื่อให้ติดตาม 3 เดือนภายในสิ้นกันยายน การตรวจว่าครบทุกรายต้องใช้วันเข้าร่วมและวันเก็บข้อมูลรายบุคคล ไม่ใช้ช่วงเดือนเพียงอย่างเดียว

ระยะ 4 ช่วงกรกฎาคม–กันยายน 2567 ทีมทบทวนข้อมูลระหว่างดำเนินงาน ปรับรายการข้อมูล ช่องทางสำรอง ผู้รับผิดชอบสำรอง และการรับยา จัดทำร่างคู่มือจากสิ่งที่ทดลอง การสรุปข้อมูลครบชุดใช้หลังปิดเก็บวันที่ 30 กันยายน โดยไม่รวมการติดตามผู้ป่วยเพิ่มภายหลังเข้าเป็นผลช่วงวิจัย

การประกาศใช้ในงานประจำภายหลังแยกจากข้อมูลระยะโครงการ

กระบวนการพยาบาลในระบบ

การประเมินก่อนนัดใช้ข้อมูลอาการ น้ำตาล ความดัน การใช้ยา และข้อจำกัดที่บ้าน อสม. รวบรวมตามรายการล่วงหน้า 1–7 วัน พยาบาลตรวจความครบถ้วนและแยกเรื่องที่ต้องประเมินเร่งด่วน การตรวจน้ำตาลต้องระบุเงื่อนไขอาหาร ไม่ใช้ DTX แทน FBS โดยไม่มีข้อมูลประกอบ

พยาบาลใช้ข้อมูลระบุปัญหาที่ให้การดูแลได้ เช่น จัดยาไม่ถูกต้องหรือไม่มีวิธีแจ้งปัญหา การจำแนกสีเป็นข้อมูลความเสี่ยง ไม่ใช้แทนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากนั้นกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย ระบุผู้ช่วยและเวลาติดตาม การวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาเป็นหน้าที่ของแพทย์

ขั้นปฏิบัติประกอบด้วยการให้คำแนะนำ ตรวจความเข้าใจ ประสานแพทย์และเภสัชกร ติดตามการรับยา และส่งมอบข้อมูลแก่ทีมพื้นที่ การจัดส่งยามีการรับมอบตามข้อกำหนดเภสัชกร โดยเฉพาะยาที่มีเงื่อนไขเก็บรักษา เมื่อครบรอบพยาบาลประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ ผลที่เกิด และเหตุที่ยังทำไม่ได้ แล้วปรับวิธีดูแล การปรับแผนเป็นผลกระบวนการ ไม่ใช้แทนคะแนนดูแลตนเองที่ไม่ได้เก็บ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา จำแนกปัญหา ความต้องการ และข้อขัดข้อง โดยพิจารณาร่วมกับทะเบียนและบันทึกพัฒนา ข้อมูลเชิงปริมาณในบทความใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และผลต่างจากข้อมูลสรุปเดิม ไม่มีข้อมูลรายบุคคลและผลวิเคราะห์ต้นทางให้ตรวจซ้ำ จึงไม่รายงานค่า p ช่วงเชื่อมั่นหรือขนาดอิทธิพล

ผลทางคลินิกและความพึงพอใจใช้เฉพาะข้อมูลคู่ ไม่แทนข้อมูลขาดและไม่ใช้ DTX แทน HbA1c หลายครั้งนัดมาจากผู้ป่วยคนเดิมจึงไม่ทดสอบโดยถือว่าแต่ละครั้งอิสระกัน ฐาน 239 ไม่ใช้กับทุกผลลัพธ์ ผลต่างของร้อยละแสดงเป็นจุดร้อยละ ส่วนค่าเดินทางรายงานเป็นค่าประมาณ ไม่ใช้ยอดบริการลดลงเป็นหลักฐานทดแทนจริงโดยไม่มีทะเบียนชุมชน

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยรับรองเลขที่ 43/2566 วันที่ 30 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

สถานการณ์และความต้องการ ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลและทะเบียนสะท้อนข้อจำกัดการเดินทางและการพึ่งผู้ดูแล ผู้ที่เดินทางเองไม่ได้ต้องรอความพร้อมของญาติ ส่วนข้อมูลการใช้ยากับอาการที่บ้านไม่ถึงทีมก่อนวันตรวจ ทำให้ต้องรวบรวมใหม่และทราบปัญหาล่าช้า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการตามแผนอาจยังไม่มีผู้ติดตามจนรู้สาเหตุ ทีมจึงใช้ปัญหาเหล่านี้กำหนดงานก่อนนัด ช่องทางแจ้งปัญหา ผู้รับผิดชอบรายบุคคล และวิธีส่งข้อมูลต่อ ระบบต้องมีบริการที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้พร้อมการตรวจสอบข้อมูล ไม่ใช้เพียงการเปลี่ยนสถานที่ตรวจเป็นคำตอบของทุกปัญหา ข้อมูลก่อนเข้าร่วมของแต่ละรายเป็นฐานเปรียบเทียบผล ไม่ใช้ยืนยันว่าทราบผลพื้นฐานครบทั้งกลุ่มตั้งแต่ระยะ R1

ระบบที่พัฒนาขึ้น

เมืองเตาโมเดลมีโครงสร้าง 3 ชั้น ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี การส่งมอบระหว่างจุดดูแล และเครือข่ายสื่อสาร พยาบาลถือทะเบียนรายบุคคล ประเมินปัญหา กำหนดแผน ประสานและติดตามงานค้าง พร้อมผู้ปฏิบัติแทนเมื่อไม่อยู่ ผู้ส่งและผู้รับทราบสิ่งที่ต้องทำต่อในแต่ละจุด

การส่งมอบเชื่อมจากบ้านถึงปฐมภูมิ จากปฐมภูมิถึงแพทย์ จากทีมรักษาถึงบ้าน และจากชุมชนถึงโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น ผู้ป่วยไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลทุกรอบ แต่ต้องมีผลที่แจ้งกลับถึงผู้รับผิดชอบ เช่น ได้รับยา ได้รับบริการปลายทาง หรือมีแผนเปลี่ยนที่ทีมรับทราบ ช่องทางคือ LINE, Zoom และโทรศัพท์สำรอง ข้อมูลที่ใช้รักษาต้อง

เข้าสู่บันทึกบริการ ไม่ถือว่าโปรแกรมเหล่านี้เชื่อมฐานข้อมูลอัตโนมัติ

ตารางที่ 1 ขั้นตอนบริการและกระบวนการพยาบาลในเมืองเตาโมเดล

ขั้นบริการ	งานพยาบาลและการรับช่วง
1 ตรวจรายชื่อ	ทบทวนประวัติ แผน และความเหมาะสม
2 เก็บข้อมูลก่อนนัด	อสม. เก็บข้อมูล พยาบาลตรวจครบถ้วน
3 ระบุปัญหา	วินิจฉัยทางการพยาบาลและประเมินความเสี่ยง
4 ประสานตรวจ	เชื่อมแพทย์ให้ประเมินและสั่งรักษา
5 ส่งแผน	เชื่อมคำสั่งรักษากับเป้าหมายดูแลและผู้ช่วย
6 ติดตามยา	ตรวจการรับยา การใช้ยา และอาการ
7 ทบทวนผล	ประเมินผล ปรับแผน และติดตามหลังส่งต่อ

กิจกรรมแต่ละขั้นอาจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลมากกว่าหนึ่งส่วน การวางแผนทำก่อนประสานตรวจและปรับเมื่อได้คำสั่งรักษา การจำแนกความเสี่ยงช่วยประเมิน แต่ต้องระบุปัญหาพยาบาลและเป้าหมายที่ตอบข้อมูลรายบุคคลด้วย

ระยะนำร่องพบสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ไม่คล่อง ส่งข้อมูลไม่ครบและยืนยันรับล่าช้า ทีมปรับช่องทางโทรศัพท์ บันทึกชั่วคราว รายการข้อมูลมาตรฐาน และผู้รับผิดชอบสำรอง การส่งอินซูลินปรับวิธีบรรจุ ขนส่ง และรับมอบตามที่เภสัชกรรับรอง ข้อตกลงตอบข้อมูลประจำภายใน 24 ชั่วโมงไม่ใช้เป็นเวลารอในกรณีมีอาการเตือน ไม่มีข้อมูลเวลาครบทุกงานให้คำนวณอัตราผ่านข้อตกลง

การปรับแผนรายบุคคล

งานเดิมจัดลักษณะหลักผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุอยู่ลำพังหรืออยู่กับหลาน 58 ราย วัยทำงานหรือเกษตรกร 71 ราย ผู้ใช้อินซูลินที่พึ่งผู้ดูแล 26 ราย และผู้ป่วยโรคร่วมที่ยังควบคุมไม่ได้ 84 ราย รวม 239 ราย จัดรายละหนึ่งลักษณะหลักเพื่อเลือกวิธีช่วยเหลือ แม้ในชีวิตจริงลักษณะซ้อนกันได้

ผู้ใช้อินซูลินทั้งหมดมี 34 รายและผู้เป็นทั้งสองโรค 85 ราย จึงไม่ใช้จำนวนลักษณะหลักแทนจำนวนกลุ่มโรค วิธีช่วยเหลือประกอบด้วยให้ อสม. เป็นผู้ติดต่อหลัก มีผู้สำรอง ปรับวิธีนัด ให้ผู้ดูแลช่วยใช้ยา และทบทวนยาร่วมกับเภสัชกร

รายงานระบุผู้ป่วย 239 รายมีแผนที่เส้นทางและ 163 รายได้รับการปรับแผนอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 68.20 ผู้ปรับมากกว่าหนึ่งประเด็น 48 ราย เป็นส่วนหนึ่งของ 163 ราย ตารางที่ 2 จำแนกตามประเด็นหลักรายละหนึ่งประเภท ไม่รวมกิจกรรมทุกอย่างที่ปรับเป็นยอดบุคคลใหม่

ตารางที่ 2 ประเด็นหลักของการปรับแผนในผู้ป่วย 163 ราย

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
เวลาหรือรูปแบบนัด	67	41.10
ช่องทางติดต่อ	45	27.61
ผู้ช่วยจัดยา	31	19.02
ผู้ดูแลหลักหรือสิทธิรับยา	20	12.27
รวม	163	100.00

จำนวนปรับแผนแสดงการเปลี่ยนวิธีดูแล ไม่ยืนยันว่าทุกรายใช้ยาถูกต้องหรือดูแลตนเองได้เพิ่มเพราะไม่มีคะแนนวัดด้านนั้น การอธิบายด้วยโอเร็มใช้ชี้ว่าการเปลี่ยนผู้ช่วยและช่องทางเป็นการปรับความช่วยเหลือให้เหมาะกับความสามารถที่มี ไม่สร้างผลการทดสอบทฤษฎีเพิ่มจากข้อมูลนี้

ข้อมูลทั่วไปและความครบถ้วน ผู้เข้าร่วม 239 รายเป็นหญิง 147 ราย ร้อยละ 61.51 ชาย 92 ราย ร้อยละ 38.49 อายุเฉลี่ย 63.84 ปี ระยะป่วยเฉลี่ย 8.46 ปี อายุไม่ถึง 60 ปี 71 ราย อายุ 60–69 ปี 103 ราย และตั้งแต่ 70 ปี 65 ราย มีผู้ดูแลหลัก 168 ราย ร้อยละ 70.29 และใช้อินซูลิน 34 ราย ร้อยละ 14.23 เป็นเบาหวานอย่างเดียว 52 ราย ความดันอย่างเดียว 102 ราย และทั้งสองโรค 85

ราย ทำให้ฐานเบาหวานเป็น 137 รายและความดัน 187 ราย โดยซ้อนกันในโรคร่วมแต่ไม่ซ้ำในยอดผู้เข้าร่วม การจัดกลุ่มเดิมเป็นสีเขียว 141 รายและสีเหลือง 98 ราย จำนวนนี้เป็นการจัดประเภทที่รายงาน ไม่ยืนยันเกณฑ์จากค่าเฉลี่ยกลุ่มภายหลัง ผู้ถอนตัว 4 รายเหลือติดตามจนสิ้นสุด 235 ราย ร้อยละ 98.33 แต่การอยู่จนสิ้นสุดไม่หมายถึงมีผลทุกตัวชี้วัดครบ HbA1c มีข้อมูลคู่ 118 จาก 137 ราย ร้อยละ 86.13 ความดันมี 172 จาก 187 ราย ร้อยละ 91.98 และความพึงพอใจมี 221 จาก 239 ราย ร้อยละ 92.47

ผลลัพธ์การรับบริการและความพึงพอใจ ทะเบียนนัดสรุปใช้ฐาน 500 ครั้งต่อช่วง ผลตามยอดเดิมแสดงทิศทางรับบริการเพิ่มและขาดนัดลด ตารางที่ 3 แสดงผลพร้อมฐานของแต่ละรายการ หน่วยครั้งนัดไม่เท่ากับจำนวนผู้ป่วย และสัดส่วนความพึงพอใจใช้ผู้ตอบครบคู่เท่านั้น

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ก่อนและหลังตามฐานข้อมูลแต่ละตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดและฐาน	ก่อน	หลัง
รับบริการตามแผน 500 ครั้งนัด	386 (77.20%)	458 (91.60%)
ขาดนัด 500 ครั้งนัด	114 (22.80%)	38 (7.60%)
ส่งต่อรอผล 500 ครั้งนัด	0 (0.00%)	4 (0.80%)
HbA1c เฉลี่ย 118 ราย	8.60%	7.50%
ความดันผ่านเกณฑ์ 172 ราย	114 (66.28%)	140 (81.40%)
พึงพอใจมากที่สุด 221 ราย	176 (79.64%)	214 (96.83%)

ความดันผ่านเกณฑ์หมายถึงต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท จำนวนในวงเล็บคือร้อยละ ยกเว้นแถว HbA1c ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ย ไม่มีการทดสอบนัยสำคัญในบทความ การรับบริการเพิ่ม 14.40 จุดร้อยละ และขาดนัดลด 15.20 จุดร้อยละ ผลรวมหลังไม่เป็นสองสถานะเติมเต็ม เพราะมีส่งต่อที่ยังไม่ยืนยันปลายทาง 4 ครั้ง ก่อนใช้ระบบงานเดิมมียอดรับบริการ 392 กับขาดนัด 114 รวม 506 จากการนับซ้ำ 6 ครั้งนัดที่มารับบริการภายหลัง การคง 6 ครั้งนี้เป็นขาดนัดทำให้ยอดรับบริการเป็น 386 แต่ต้องตรวจว่าไม่เข้าเกณฑ์บริการทดแทนจริง หาก 6 ครั้งก่อนเป็นบริการทดแทน รับบริการจะเป็นร้อยละ 78.40 และขาดนัด 21.60 หากยืนยัน 4 ครั้งส่งต่อหลังว่าได้รับบริการ รับบริการหลังจะเป็นร้อยละ 92.40 หากใช้ทั้งสองทางเลือกร่วมกัน รับบริการเพิ่ม 14.00 จุดร้อยละ ทิศทางยังเพิ่มแต่ขนาดผลเปลี่ยน การคำนวณนี้เป็นการตรวจความไวต่อการจัดสถานะ ไม่ใช่การแก้ทะเบียนจริง

ความพึงพอใจระดับมากที่สุดเพิ่ม 38 ราย หรือ 17.19 จุดร้อยละ อีก 18 รายไม่มีข้อมูลคู่ รวมถอนตัว 4 รายและไม่ส่งแบบสอบถามครบ 14 ราย เป็นผลตามแบบสอบถามบริการ ไม่ใช่คะแนนความสามารถดูแลตนเองหรือความสัมพันธ์กับพยาบาลโดยตรง

ผลทางคลินิกและความปลอดภัย HbA1c เฉลี่ยลด 1.10 จุดร้อยละในผู้มีข้อมูลคู่ อีก 19 รายไม่มีข้อมูลคู่ รวมถอนตัว 2 รายและไม่มี HbA1c ปลายทาง 17 ราย รายงานระบุบางรายมีผลจากนอกเครือข่ายหรือไม่ต้องการเจาะเลือด DTX ที่ติดตามไม่ถูกนำแทน HbA1c ยังไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบลักษณะผู้มีและไม่มีข้อมูลครบให้บอกทิศทางอคติ เมื่อแยกกลุ่มที่จัดตอนเข้าร่วม สีเหลือง 70 รายมี HbA1c เฉลี่ยลดจาก 9.42 เป็น 7.84 และสีเขียว 48 รายลดจาก 7.40 เป็น 7.00 ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักรวมปัดได้ 8.60 กับ 7.50 ตรงยอดรายงาน แต่ค่าเริ่มต้นสีเขียวสูงกว่าเกณฑ์

HbA1c ต่ำกว่า 7 ที่เขียนในงานเดิม ต้องตรวจวิธีคัดกลุ่มจริง ไม่จัดใหม่จากค่าเฉลี่ย หลังติดตาม HbA1c ต่ำกว่า 7 มี 48 ราย ร้อยละ 40.68 ช่วง 7.0–9.9 มี 60 ราย ร้อยละ 50.85 และตั้งแต่ 10 มี 10 ราย ร้อยละ 8.47 การแบ่งตามผลหลังเป็นคนละวิธีกับสีเมื่อเริ่ม จำนวน 48 ที่เท่ากันไม่หมายว่าเป็นผู้ป่วยชุดเดียวกัน ยังมีผู้ควบคุมไม่ได้ที่ต้องมีแผนต่อ ความดันผ่านเกณฑ์เพิ่ม 26 ราย หรือ 15.12 จุดร้อยละในฐาน 172 ราย อีก 15 รายขาดข้อมูลคู่ รวมถอนตัว 2 รายและข้อจำกัดการประเมินปลายทางที่งานเดิมรายงาน 13 ราย เกณฑ์ต่ำกว่า 140/90 ใช้รายงานเดียวกัน ไม่ใช่เป้าหมายรักษารายบุคคลของทุกคน ไม่พบรายงานเหตุการณ์น้ำตาลวิกฤตตามนิยามจาก อสม. ทะเบียนส่งต่อ และเวชระเบียน ไม่มีข้อมูลก่อนใช้ระบบหรือระยะเฝ้าระวังรายคนให้เปรียบเทียบ การไม่พบรายงานไม่เท่ากับยืนยันความปลอดภัยทุกกรณี และสถานะส่งต่อ 4 ครั้งนัดไม่ใช่เหตุการณ์น้ำตาลวิกฤตโดยอัตโนมัติ

การมาโรงพยาบาลและค่าเดินทาง การมาโรงพยาบาลทุกประเภทที่รายงานลดจาก 1,192 เป็น 540 ครั้ง ลด 652 ครั้ง ร้อยละ 54.70 เป็นคนละฐานกับ 500 ครั้งนัดและรวมบริการนอกรอบกับฉุกเฉิน ผลต่างอาจเกิดหลายสาเหตุ จึงไม่ใช้ยอดนี้ยืนยันจำนวนบริการชุมชนที่ทดแทนจริง ค่าเดินทางคำนวณจากจักรยานยนต์ 509 เที่ยว × 65 บาท รถยนต์ตนเองหรือญาติ 129 เที่ยว × 150 บาท และรถเหมา 14 เที่ยว × 450 บาท รวม 58,735 บาท เฉลี่ยต่อผู้เข้าร่วมตั้งต้น 245.75 บาท และต่อเที่ยวที่คำนวณ 90.08 บาท ผลคูณถูกต้องทางคณิตศาสตร์ แต่ขึ้นกับสมมติฐานว่าเที่ยวที่ลดทดแทนด้วยบริการใกล้บ้านและจำนวนเที่ยวจำแนกวิธีตรงทะเบียน ผลนี้ไม่รวมค่าเดินทางไปจุดบริการชุมชน ค่าเสียเวลา ผู้ดูแล หรือหน่วยบริการครบ จึงใช้เป็นค่าประมาณค่าเดินทางที่หลีกเลี่ยงได้ ไม่ใช้เป็นเงินประหยัดสุทธิหรือผลความคุ้มค่า

ผลผลิตและการใช้ประโยชน์ รายงานระบุผลผลิตด้านระบบ คู่มือ แบบประเมินก่อนนัด ทะเบียนผู้รับผิดชอบ แบบส่งมอบ และแผนรายบุคคล เป็นผลด้านโครงสร้างกับกระบวนงานที่ต้องแยกจากผลสุขภาพ การมีคู่มือไม่ยืนยันว่าปฏิบัติครบทุกขั้นในทุกคน ช่วงเริ่มโครงการพฤศจิกายน 2566 เป็นระยะศึกษาปัญหา และเริ่มนำร่องมีนาคม 2567 จึงไม่ใช้วันที่เริ่มโครงการเป็นวันระบบสมบูรณ์ หลักฐานประกาศหรือขยายผลหลัง 30 กันยายน 2567 ต้องแยกจากผลช่วงวิจัย ชุดเอกสารที่จัดบทความยังไม่มีสำเนาคำสั่งและประกาศบางรายการให้ตรวจ จึงไม่ใช้เลขเอกสารที่กล่าวถึงเป็นหลักฐานยืนยันการใช้จริง

สรุปและอภิปรายผล

เมืองเตาโมเดลจัดการดูแลรายบุคคลผ่านพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การส่งมอบ และช่องทางดิจิทัล มีบริการ 7 ขั้นที่ใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ประเมินถึงทบทวนผล กิจกรรมช่วยเหลืออธิบายด้วยโอเร็มตามส่วนที่ผู้ป่วยทำได้และต้องมีผู้ช่วย โดยไม่มีผลวัดความพร่องในการดูแลตนเองเพิ่มย้อนหลัง ข้อมูลสรุปแสดงการรับบริการตามแผนและความพึงพอใจเพิ่ม ขาดนัดกับ HbA1c เฉลี่ยลด และผู้ผ่านเกณฑ์ความดันเพิ่มในผู้มีข้อมูลคู่ ผลเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงพรรณนาของกลุ่มศึกษา ไม่ยืนยันเหตุและผลของระบบ การใช้ผลต้องตรวจสถานะนัด ข้อมูลคู่ วันตรวจ และเที่ยวทดแทนจากต้นทาง พร้อมพิจารณาข้อมูลขาดหายและการไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

ความช่วยเหลือทางการพยาบาลและการดูแลตนเอง ปัญหาการเดินทาง ผู้ดูแล และการจัดยาสะท้อนว่าผู้ป่วยอาจมีสิ่งที่ต้องทำตามแผนมากกว่าความสามารถหรือทรัพยากรที่มี ในมุมโอเร็ม การประเมินต้องบอกได้ว่าผู้ป่วยทำส่วนใดเองและต้องการผู้ช่วยตรงใด[2] การให้ อสม. ช่วยติดต่อหรือผู้ดูแลช่วยจัดยาเป็นการช่วยบางกิจกรรม ขณะที่การสอนและเครื่องช่วยใช้ยาเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำต่อเอง ผู้ปรับแผน 163 ราย แสดงความเปลี่ยนแปลงของวิธีดูแลตามรายงาน แต่ไม่ได้แสดงว่าความพร่องลดลงหรือ

ความสามารถเพิ่มกี่คะแนน การอธิบายด้วยทฤษฎีต้องรักษาขอบเขตนี้ การเปลี่ยนผู้ดูแลหรือเวลานัดอาจทำให้แผนปฏิบัติได้เหมาะขึ้น แต่ต้องมีผลประเมินเฉพาะรายก่อนสรุปว่าปัญหานั้นลดแล้ว สิ่งที่ควรใช้ต่อคือบันทึกข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัย เป้าหมาย กิจกรรม และหลักฐานหลังทำให้ครบ หากมีเพียงชื่อทฤษฎีกับรายการบริการ จะยังไม่เห็นว่าพยาบาลเลือกการช่วยเหลือจากปัญหาของผู้ป่วยอย่างไร การประเมินสิ่งที่ทำได้จริงที่บ้านช่วยแยกข้อจำกัดออกจากการตัดสินว่าไม่ร่วมมือโดยไม่มีข้อมูล

กระบวนการพยาบาลและความรับผิดชอบรายบุคคล การประเมินก่อนนัดทำให้พยาบาลเตรียมเรื่องที่ต้องปรึกษาแพทย์และส่วนที่ให้การพยาบาลได้ การติดตามหลังรับยาทำให้การประเมินผลต่อถึงบ้าน สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่ปรับตามข้อมูลใหม่[3] แต่ยังไม่มีผลตรวจการปฏิบัติครบทุกขั้นในทุกราย จึงไม่สรุปจากคู่มือว่าปฏิบัติครบทั้งหมด ตาม Donabedian ผู้รับผิดชอบและช่องทางเป็นโครงสร้าง การตรวจข้อมูลกับติดตามเป็นกระบวนการ ส่วนผลผู้ป่วยต้องประเมินแยก[8] การพยาบาลต้องระบุปัญหาที่ตอบสนองต่อกิจกรรม เช่น วิธีจัดยาหรือการขอความช่วยเหลือ ขณะที่วินิจฉัยโรคและปรับยาต้องมีคำสั่งแพทย์ การแยกนี้ช่วยให้เห็นงานพยาบาลและงานร่วมของทีมโดยไม่อ้างว่าผลทางคลินิกเกิดจากพยาบาลลำพัง NOC ใช้จัดภาษาและเกณฑ์ผลจากกิจกรรมพยาบาล[9] แต่ตัวชี้วัดงานนี้เป็นทะเบียน ผลตรวจ และแบบสอบถามของโครงการ ไม่มีคะแนน NOC ที่ใช้จริง การอ้างระบบจำแนกจึงเป็นการอธิบายแนวคิด ไม่ใช้ตั้งชื่อผลที่ไม่เคยวัด การศึกษาต่อควรกำหนดเครื่องมือก่อนเก็บหากต้องการผลมาตรฐานหรือผลความสามารถดูแลตนเอง

การรับบริการและการส่งมอบ ทิศทางรับบริการเพิ่มกับขาดนัดลดสอดคล้องกับการมีทางเลือกบริการและผู้ติดตาม แต่การจัด 6 ครั้งก่อนกับ 4 ครั้งหลังมีผลต่อขนาดการเปลี่ยนแปลง การนับต้องใช้แผนและเวลารับบริการจริง ไม่ปรับยอดเพียงให้ผลรวมลงตัว การคำนวณความไวช่วยเห็นความเปลี่ยนแปลงเมื่อจัดประเภทต่างกัน แต่ไม่ทดแทนการตรวจนัด การมีหลายครั้งนัดในคนเดิมทำให้ข้อมูลไม่เป็นอิสระ การจับนัดลำดับเดียวกันก่อน–หลังไม่แก้ปัญหานี้ จึงรายงานจำนวนและร้อยละ การศึกษาต่ออาจกำหนดผลระดับผู้ป่วยหรือวิธีรองรับข้อมูลซ้ำ รวมทั้งตรวจว่าผู้ถอนตัวมีช่วงสังเกตบริการครบเท่าคนอื่นหรือไม่ Haggerty และคณะช่วยอธิบายการใช้แผนต่อกันกับผู้รับผิดชอบด้านการจัดการ[5] การรับงานและแจ้งผลกลับสอดคล้องกับหลักส่งมอบ[4] อย่างไรก็ตาม HbA1c ไม่ใช่คะแนนความครบถ้วนของข้อมูลและความพึงพอใจไม่ใช่ตัววัดความสัมพันธ์กับพยาบาลโดยตรง งานนี้จึงอภิปรายกลไกได้แต่ยังไม่มีผลวัดความต่อเนื่องครบสามด้าน

ผลทางคลินิกและข้อมูลขาดหาย การลด HbA1c เฉลี่ยในผู้มีข้อมูลคู่เป็นผลที่ควรพิจารณาร่วมกับการรักษา การใช้ยา และพฤติกรรม การทบทวนของ Faruque และคณะรายงานการเปลี่ยน HbA1c จากการแพทย์ทางไกลในงานทดลองแบบสุ่ม[11] ส่วน Crowley และคณะทดลองในผู้ป่วยควบคุมไม่ดี 200 คน พบค่า HbA1c ลด 1.59 จุดร้อยละในกลุ่มดูแลทางไกลครอบคลุมเทียบ 0.98 ในกลุ่มติดตามและประสานเมื่อครบ 12 เดือน[12] ทั้งสองแหล่งสนับสนุนการศึกษาการติดตามร่วมกับบริการรักษา แต่ไม่ใช้ขนาดผลมายืนยันเหตุและผลในเมืองเตาซึ่งไม่มีตัวเปรียบเทียบ สีเหลืองมีค่าเริ่มต้นสูงและลดมากกว่าสีเขียว อาจเกี่ยวกับแผนรักษา พฤติกรรม และการถดถอยเข้าหาค่าเฉลี่ย ข้อมูลยังแยกแต่ละสาเหตุไม่ได้ ค่าเฉลี่ยรวมที่ลดไม่ได้หมายว่าผู้ป่วยทุกคนควบคุมได้ หลังติดตามยังมี 10 ราย HbA1c ตั้งแต่ 10% ต้องคงไว้ในรายงานและมีแผนต่อ ไม่ใช้ค่าเฉลี่ยรวมกลบผู้ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เกณฑ์จัดสีเดิมไม่ชัดในช่วง FBS/DTX 183–299 มก./ดล. และเมื่อผลขัดกัน รวมทั้งสีเขียวเริ่มต้น HbA1c เฉลี่ย 7.40 สูงกว่าเกณฑ์ต่ำกว่า 7 ที่เขียนไว้ การยืนยันความ

สอดคล้องต้องตรวจเงื่อนไขผล ณ คัดเข้าและกติกาทีม ไม่แก้เกณฑ์ย้อนหลังจากผลรวม ความดันผ่านเกณฑ์เพิ่มในฐานข้อมูลครบ แต่เกณฑ์รายงานเดียวอาจต่างจากเป้าหมายเฉพาะของผู้มีภาวะร่วม แนวทางดูแลให้พิจารณาผู้ป่วยรายบุคคล[1] จึงใช้ข้อความว่าผ่านเกณฑ์รายงาน ไม่สรุปว่าบรรลุเป้าหมายทุกคน การมีข้อมูล HbA1c ขาด 19 ราย และความดันขาด 15 รายยังทำให้ผลของผู้มีข้อมูลครบอาจต่างจากผู้ขาด โดยยังบอกทิศทางอคติไม่ได้ ผลก่อนทางคลินิกย้อนหลังได้ 6 เดือน ขณะที่ผลหลังไม่มีวันตรวจรายคนให้ประเมินระยะห่าง จึงไม่ยืนยันผลครบ 3 เดือนเท่ากันทุกราย การตรวจวันตรวจเป็นเงื่อนไขสำคัญก่อนใช้ผลยืนยันประสิทธิผล และไม่ควรเพิ่มผลหลังสิ้นกันยายนเข้าเป็นข้อมูลช่วงวิจัยเพื่อให้ครบคู่

ความพึงพอใจและความปลอดภัย ความพึงพอใจระดับมากที่สุดเพิ่มในผู้ตอบครบ อาจเกี่ยวกับความสะดวกและการติดต่อ แต่ไม่มีคะแนนรายข้อให้บอกส่วนที่เปลี่ยนมากที่สุด การถามบริการเดิมเมื่อเข้าร่วมมีอคติจากการระลึกและการเก็บโดยทีมดูแลอาจมีความเกรงใจ จึงไม่ใช้ความพึงพอใจสูงเป็นหลักฐานว่าปลอดภัยหรือดูแลตนเองดีขึ้น การไม่พบรายงานน้ำตาลวิกฤตต้องตีความตามการเฝ้าระวัง ผู้ป่วยอาจไม่ตรวจทุกครั้งที่มีอาการและเหตุการณ์รักษานอกเครือข่ายอาจไม่ถึงทะเบียน ไม่มีเวลาติดตามรายคนหรือข้อมูลก่อนให้เปรียบเทียบ การส่งต่อและเกณฑ์แจ้งเตือนจึงเป็นส่วนของบริการ แต่ยังไม่เป็นผลยืนยันความปลอดภัยทุกด้าน เช่น ความผิดพลาดยาและการขนส่ง

เครือข่ายดิจิทัลและค่าใช้จ่าย ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ไม่ได้ อสม. กับผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเชื่อมบริการ แต่ต้องมีขอบเขตงาน ผู้ตรวจข้อมูลและช่องทางสำรอง WHO ให้พิจารณาทรัพยากรและความเป็นธรรมร่วมกับเทคโนโลยี[10] การย้ายบริการมาชุมชนอาจเพิ่มงานของผู้ช่วยกับพยาบาล จึงต้องประเมินกำลังคนและเวลาทำงาน ไม่ใช้การมาโรงพยาบาลลดเป็นหลักฐานว่าภาระทั้งระบบลดยอดมาโรงพยาบาลรวมลดอาจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนหน่วยบริการ หรือระยะติดตามที่ไม่เท่ากัน ค่าเดินทาง 58,735 บาทเป็นผลคำนวณตามสมมติฐานเที่ยวลด ไม่ใช่ค่าที่วัดเงินประหยัดสุทธิครบ การใช้ตัวเลขนี้ในข้อสรุปต้องระบุว่าเป็นค่าประมาณ และควรมีทะเบียนเที่ยวทดแทนจริงก่อนใช้ประเมินเศรษฐศาสตร์บริการ

กระบวนการพัฒนาและข้อจำกัด การนำร่องพบปัญหาแล้วปรับรายการข้อมูล ช่องทาง และผู้รับผิดชอบแสดงลำดับพัฒนาจากการปฏิบัติจริงตามที่รายงาน การคิดเชิงออกแบบช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนเลือกวิธีที่ทำได้และทีมทบทวนหลังใช้[6] การยืนยัน R&D ต้องมีรุ่นต้นแบบ บันทึกทดลอง และสิ่งที่แก้ในแต่ละช่วง งานบริการทางไกลในอำเภอเดียวกันมีช่วงและเทคโนโลยีร่วมกัน[7] จุดเน้นของบทความนี้คือการรับผิดชอบและปรับแผนรายบุคคล แต่ยังไม่ใช้ความต่างของคำอธิบายยืนยันว่าไม่ซ้ำผู้ป่วยหรือข้อมูล ต้องตรวจโครงร่างและทะเบียนก่อนกล่าวอ้างความเป็นคนละชุดและไม่มีหลักฐานสืบค้นครบให้กล่าวว่าเป็นระบบแรก ข้อจำกัดหลักคือกลุ่มเดียวคัดแบบเจาะจง ไม่มีคำนวณขนาดตัวอย่างล่วงหน้า ข้อมูลผลลัพธ์ไม่ครบ และมีความไม่ชัดของสถานะนัดกับเกณฑ์สีผลทางคลินิกก่อนและหลังมีกรอบเวลาต่างกัน ความพึงพอใจอาจมีอคติและความปลอดภัยขึ้นกับการรายงาน การใช้โอเร็มในบทความเป็นการอธิบายกิจกรรม ไม่ยืนยันว่าเป็นกรอบในโครงร่างเดิม คุณภาพเครื่องมือกับข้อมูลต้นทางยังต้องตรวจซ้ำ ข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้ใช้ผลในฐานะการบรรยายกลุ่มศึกษาก่อนสรุปขยายไปพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการควรกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบรายบุคคลพร้อมผู้ปฏิบัติแทน ใช้แผนที่ระบุข้อมูลปัญหา เป้าหมาย กิจกรรม ผู้ช่วย และผลประเมิน การส่งต่อที่ยังไม่ทราบผลให้คงงานค้างจนได้รับข้อมูลกลับ ไม่ปิดงานจากการส่งข้อมูลเพียงอย่างเดียว

2. ก่อนนำระบบเป็นคู่มือบริการต้องมีเกณฑ์คัดเข้าที่ทีมรับรอง วิธีตรวจน้ำตาลและความดัน วิธีจัดผลขัดกัน และช่องทางเร่งด่วน การใช้ผู้ช่วยในชุมชนต้องมีการเตรียมและกำกับตามขอบเขต พร้อมเงื่อนไขจัดยาและขนส่งจากเภสัชกร ผู้ไม่มีอุปกรณ์ต้องมีทางเลือกที่ใช้จริง

3. ด้านข้อมูลควรตรวจรหัส วันเข้าร่วม วันนัด บริการทดแทน ผลปลายทาง และวันที่ผลตรวจใช้นิยามเดียวกันก่อน–หลัง แยกผู้ถอนตัวและช่วงติดตามจริง เก็บผล IOC รายข้อ ข้อมูลทดลองเครื่องมือ และผลคำนวณไว้ตรวจได้ การนำไปใช้หลังช่วงวิจัยใช้หลักฐานบริการกับประกาศจริงแยกจากผลโครงการ

การศึกษาต่อควรมีกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดขนาดตัวอย่างและผลหลักล่วงหน้า ใช้ระยะตรวจที่กำหนดรายบุคคลและวิธีวิเคราะห์ข้อมูลซ้ำ หากต้องการผลตามโอเร็มหรือ NOC ต้องกำหนดเครื่องมือ ตรวจคุณภาพ และเก็บก่อนใช้รายงานส่วนต้นทุนต้องเก็บเที่ยวทดแทน ค่าเดินทางทุกจุด ผู้ดูแล และหน่วยบริการ เพื่อประเมินจากข้อมูลที่ตรวจได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย และผู้ดูแลที่สนับสนุนการดำเนินงาน ข้อมูลประสบการณ์ของผู้รับบริการช่วยให้เห็นข้อจำกัดและใช้ปรับวิธีดูแลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 14 ต.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://dmthai.org/new/index.php/activities-and-news/news-pr/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2566
2. Orem DE.(2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
3. American Nurses Association.(2026). The nursing process [Internet]. [cited 2026 Oct 14]. Available from: https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/
4. Agency for Healthcare Research and Quality.(2026). Tool: handoff [Internet]. [cited 2026 Oct 14]. Available from: https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/handoff.html
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R.(2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219-21. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.
6. Altman M, Huang TTK, Breland JY. Design thinking in health care. Prev Chronic Dis. 2018;15:E117. doi:10.5888/pcd15.180128.
7. สังวาลย์ วงศ์สมศักดิ์, พัฒน์สรณ์ บุราณรักษ์, ชญาภา เยยโพธิ์.(2567). การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):268-81.
8. Donabedian A.(1988). The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
9. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML.(2018). Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
10. World Health Organization.(2019). WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2026 Oct 14]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505
11. Faruque LI, Wiebe N, Ehteshami-Afshar A, Liu Y, Dianati-Maleki N, Hemmelgarn BR, et al.(2017). Effect of telemedicine on glycated hemoglobin in diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. CMAJ. 2017;189(9):E341-64. doi:10.1503/cmaj.150885.

12. Crowley MJ, Tarkington PE, Bosworth HB, Jeffreys AS, Coffman CJ, Maciejewski ML, et al.(2022). Effect of a comprehensive telehealth intervention vs telemonitoring and care coordination in patients with persistently poor type 2 diabetes control: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2022;182(9):943-52. doi:10.1001/jamainternmed.2022.2947.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

Development of Community-Linked Continuum Care Model for New Tuberculosis Patients at Ban Thi Hospital, Ban Thi District, Lamphun Province.

(Received: October 26,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สุภมาส ปาระมีแจ้[1]
Supamas Parameejae[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแล ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน 2567 รวมระยะเวลา 9 เดือน โดยพัฒนารูปแบบ 3 วงจร วงจรละ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลบ้านธิ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 31 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกผลลัพธ์การรักษา และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test Wilcoxon Signed-Rank Test และ Fisher's exact test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แบบประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือวัยกลางคนที่มีรายได้น้อย มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีโรคร่วมร้อยละ 54.84 เท่ากัน ผลการรักษาย้อนหลังปีงบประมาณ 2565–2567 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.69 สูงกว่าเป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 5.00) ผู้ป่วยมีความรู้ด้านการรักษาและการกินยาอยู่ในระดับน้อย การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ล่าช้า และชุมชนยังมีการตีตราผู้ป่วย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินแรกรับและจำแนกกลุ่มเสี่ยงสูง 2) การให้สุขศึกษาและตกลงการรับบริการ 3) ระบบติดตามการกินยาโดยญาติและ อสม. 4) การส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. และชุมชนภายใน 24 ชั่วโมง และ 5) การเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (1.22 คะแนน) เป็นระดับมาก (2.76 คะแนน) หลังใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 19.31±5.54 เป็น 25.31±3.63 คะแนน ($t = 8.23$, $p < .001$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (3.44±0.48 คะแนน) เป็นระดับมาก (4.18±0.30 คะแนน) ($t = 10.38$, $p < .001$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 3.34±0.36 เป็น 4.16±0.43 คะแนน ($t = 12.60$, $p < .001$) อัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 93.55 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.23 ต่ำกว่าเป้าหมาย ไม่พบผู้ป่วยขาดยา ร้อยละการกินยาเฉลี่ย 98.22±1.99 และทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระดับมาก (4.11±0.39 คะแนน) สรุปและอภิปรายผล รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเปลี่ยนการดูแลจากแบบตั้งรับรายกรณีเป็นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านและชุมชน ส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แต่อัตราการรักษาสำเร็จและอัตราการเสียชีวิตยังไม่แตกต่างจากกลุ่มย้อนหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรเพิ่มความเข้มข้นของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: วัณโรครายใหม่, การดูแลต่อเนื่อง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research, based on the Kemmis and McTaggart framework, aimed to examine the situation of care for new tuberculosis patients, to develop a community-linked continuum care model for new tuberculosis patients through the participation of a multidisciplinary team and network partners, and to evaluate the outcomes of the model. The study was conducted from January to September 2024, a total of 9 months,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

and the model was developed through three cycles of four weeks each. The samples comprised 30 purposively selected members of the multidisciplinary team and network partners and 31 new tuberculosis patients registered for treatment at Ban Thi Hospital in fiscal year 2025. Research instruments included a structured interview form, a focus group discussion guide, a participatory observation form, a general information questionnaire, a tuberculosis knowledge test, a self-care behavior assessment, a treatment outcome record form, and a satisfaction assessment. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Fisher's exact test, while qualitative data were analyzed using content analysis and thematic analysis.

The results showed that most new tuberculosis patients were older or middle-aged adults with low income, and 54.84% were underweight and 54.84% had comorbidities. The retrospective death rate in fiscal years 2022–2024 was 7.69%, exceeding the target of less than 5.00%. Patients had a low level of knowledge about treatment and medication, information referral between the hospital and sub-district health promoting hospitals was delayed, and stigma persisted in the community. The developed model comprised five components: 1) initial assessment and high-risk classification, 2) health education and service agreement, 3) a medication monitoring system by relatives and village health volunteers, 4) information referral to sub-district health promoting hospitals and the community within 24 hours, and 5) continuous symptom surveillance, with a nurse acting as case manager. The level of participation increased from low (1.22) to high (2.76). After implementation, the mean knowledge score increased from 19.31±5.54 to 25.31±3.63 ($t = 8.23$, $p < .001$), self-care behavior increased from a moderate level (3.44±0.48) to a high level (4.18±0.30) ($t = 10.38$, $p < .001$), and patient satisfaction increased from 3.34±0.36 to 4.16±0.43 ($t = 12.60$, $p < .001$). The treatment success rate was 93.55%, the death rate was 3.23%, below the target, no patients defaulted from treatment, and the mean medication adherence rate was 98.22±1.99%. Satisfaction of the multidisciplinary team and network partners was at a high level (4.11±0.39).

Keywords: New tuberculosis patients, Continuity of care, Community participation, Participatory action research

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่คุกคามสุขภาพของมนุษย์มาโดยตลอดและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล (Global Emergency) และเป็นหนึ่งในสาเหตุการตาย 10 ลำดับแรกของโลก[1] ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั่วโลก 10.00 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.20 ล้านคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออก ร้อยละ 44.00 และ 8 ประเทศที่มีผู้ป่วยสูงสุดคิดเป็นสองในสามของผู้ป่วยทั้งหมด[2] สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระทั้งวัณโรค วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง[3] แม้แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติเคยลดอัตราความชุกจาก 150 ต่อประชากรแสนคนในปี 2538 เหลือ 76 ต่อประชากรแสนคนในปี 2544 แต่อัตราความชุกกลับเพิ่มขึ้นจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์[3] และรายงานสถานการณ์ปี พ.ศ. 2562–2566 ยังพบผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำอย่างต่อเนื่อง[4] แนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศจึงกำหนดให้อัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาต่ำกว่าร้อยละ 5.00 เป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการดูแล[5]

ผลการรักษาวัณโรคขึ้นกับการกินยาครบตามแผนการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งเกิดขึ้นที่บ้านและในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) จึงเป็นหัวใจของการดูแล โดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่ให้คำปรึกษา แปลผล และประสานการดูแลเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและครอบครัว[6] การเชื่อมโยงการดูแลถึงชุมชนมีความสำคัญเป็นพิเศษ เพราะวัณโรคแพร่เชื้อทางเดินหายใจจากคนสู่คนได้ และผู้ป่วยที่รักษาไม่

สำเร็จส่วนใหญ่มีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ขาดระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม[7] ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดมักกินยาไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเองเมื่อมีผลข้างเคียง และไม่ได้รับการประเมินอาการรุนแรงในระยะเข้มข้น ส่งผลให้เสี่ยงต่อการขาดยา การรักษาล้มเหลว การดื้อยา การเสียชีวิต และการแพร่เชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน

ในระดับพื้นที่ โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2565–2567 จำนวน 19 คน 22 คน และ 24 คน ตามลำดับ รวม 65 คน มีอัตราการรักษาสำเร็จรวมร้อยละ 87.69 และไม่พบผู้ป่วยขาดยา แต่มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 โดยปีงบประมาณ 2565 และ 2567 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.53 และ 8.33 สูงกว่าเป้าหมายทั้งที่ทีมพยายามบริหารจัดการแล้ว[8] จากการทบทวนพบปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการรักษา กินยาไม่ถูกต้อง มีผลข้างเคียงจากยา และมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเอชไอวี 2) ด้านทีม ผู้รับผิดชอบงานวัณโรครับผิดชอบงานอื่นควบคู่กัน ทำให้การประสานส่งต่อข้อมูลและการกำกับการกินยาไม่ต่อเนื่อง 3) ด้านระบบบริการ การดูแลในชุมชนแต่ละแห่งไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม และขาดการวางแผนการดูแลรายกรณี และ 4) ด้านชุมชน ขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค และระบบข้อมูลกับเครือข่ายยังไม่เชื่อมโยงกัน

หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยแสดงว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานช่วยให้ผลลัพธ์ดีขึ้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 10 กิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 82.35 เป็นร้อยละ 88.24 และมีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 88.24[9] และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพญาติผู้อาศัยร่วมบ้านเป็นผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติในการดูแลดีขึ้น[10] ส่วนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[11] และผู้ป่วยระยะกลาง[12] ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ยังขาดรูปแบบที่เชื่อมการดูแลตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลชุมชนถึงบ้านและชุมชนอย่างไร้รอยต่อ โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงการเสียชีวิตตั้งแต่แรกรับ การส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว และการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ซึ่งโรงพยาบาลบ้านธิยังไม่มีรูปแบบดังกล่าว

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นวิธีที่เหมาะกับการพัฒนารูปแบบการดูแลในชุมชน เพราะผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกำหนดปัญหา เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และสะท้อนผลร่วมกันเป็นวงจรต่อเนื่อง[13, 14] ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ตามวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะกับบริบทท้องถิ่น ลดอัตราการเสียชีวิต เพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จ และขยายผลสู่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการ

ดูแลตนเอง อัตราการรักษาสำเร็จ อัตราการขาดยา และความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย

1.รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วยวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting)[13] โดยใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นพื้นฐานในการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประเมินผลแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังใช้รูปแบบและเปรียบเทียบผลการรักษากับผู้ป่วยกลุ่มย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2564–2566 ดำเนินการที่โรงพยาบาลบ้านธิ และชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน 2567 รวมระยะเวลา 9 เดือน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มเชิงคุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านธิ และกลุ่มเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลบ้านธิ ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. อปท. และครอบครัวผู้ป่วย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือการสาธารณสุขชุมชนอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านธิ และสมัครใจเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง ในจำนวนนี้เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก 12 คน 2) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 31 คน ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน กำหนด $Z\alpha/2 = 1.96$ $Z\beta = 0.84$ ขนาดอิทธิพล (d) = 0.67 และค่าสหสัมพันธ์ (ρ) = 0.50 ได้ 17.46 คน เพิ่มร้อยละ 50.00 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ 27 คน และเพิ่มเป็น 31 คนตามจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรครายใหม่แน่นอน ยังไม่เคยรักษาวัณโรคหรือเคยรักษาไม่เกิน 1 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ มีครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ให้การสนับสนุนได้ อาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านธิหรือพื้นที่ใกล้เคียง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีโรคทางจิตเวชรุนแรงหรือปัญหาทางสติปัญญาที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลย้ายพื้นที่รักษา หยุดการรักษาติดต่อกันเกิน 7 วัน มีปฏิกิริยาแพ้ยารุนแรงที่ควบคุมไม่ได้ เสียชีวิต หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือเชิงคุณภาพ 3 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 24 ข้อ แนวทางการสนทนากลุ่ม 3 หัวข้อ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา การออกแบบรูปแบบการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน และการกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วน และแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 4 ด้าน 2) เครื่องมือเชิงปริมาณ 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 19 ข้อ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ดัดแปลงจากแบบประเมินของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค จำนวน 30 ข้อ แบบถูก/ผิด

ครอบคลุม 3 ด้าน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom[15] เป็นระดับมาก (24–30 คะแนน) ปานกลาง (18–23 คะแนน) และน้อย (0–17 คะแนน) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[16] จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การกินยา การดูแลสุขภาพทั่วไป และการป้องกันการแพร่เชื้อ แบบบันทึกผลลัพธ์การรักษา ได้แก่ การกินยารายสัปดาห์ อาการและอาการข้างเคียง ผลตรวจเสมหะ และผลการรักษา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมด้านกระบวนการดูแล การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์การดูแล แบบประเมินพฤติกรรมและความพึงพอใจเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับมาก (3.68–5.00) ปานกลาง (2.34–3.67) และน้อย (1.00–2.33) ผลการรักษาจำแนกตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย ได้แก่ รักษาหาย รักษาครบ ขาดยา รักษาล้มเหลว เสียชีวิต และโอนออก[5]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมวัณโรค 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) มากกว่า 0.60 ทุกข้อ เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจากโรงพยาบาลแม่ทา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ด้วยสูตร KR-20 เท่ากับ 0.84 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.87 และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับสูง สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ 4 ระยะ รวมระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2567 รวมระยะเวลา 9 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและพัฒนาเครื่องมือ (มกราคม 2567) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม สำรวจข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ย้อนหลัง 3 ปี สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 12 คน และจัดสนทนากลุ่มรอบที่ 1 จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านธิ 9 คน และภาคีเครือข่ายชุมชนและ รพ.สต. 13 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และทรัพยากรที่มีอยู่ จากนั้นออกแบบรูปแบบการดูแลฉบับร่าง สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบ (กุมภาพันธ์ 2567) ผู้วิจัยประสานผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพ คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม เก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบ (Pre-test) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อการดูแลแบบเดิม และประชุมเตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 การดำเนินการพัฒนารูปแบบ (มีนาคม–สิงหาคม 2567) ดำเนินการ 3 วงจร วงจรละ 4 สัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์ วงจรที่ 1 ทีมร่วมกันวางแผน ร่างบทบาท ผังการส่งต่อ และทดลองใช้แบบบันทึกแรกรับ ให้ความรู้ผู้ป่วยและพัฒนาระบบติดตามการกินยา วงจรที่ 2 ดำเนินรูปแบบตามแผน อบรม อสม. เยี่ยมบ้านร่วมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และส่งต่อข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมงผ่านไลน์กลุ่มและทะเบียนติดตามร่วม วงจรที่ 3 ติดตามประเมินผล จัดประชุมเครือข่ายเพื่อลดการตีตรา ติดตามผลเสมหะเดือนที่ 2 ทบทวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และสรุปรูปแบบฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือ ทุกวงจรมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบในวงจรถัดไป

ระยะที่ 4 การประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล (กันยายน 2567) ผู้วิจัยประเมินความรู้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบ (Post-test) สรุปผลการรักษา ผลการตรวจเสมหะ และร้อยละการกินยาจากแบบบันทึกผลลัพธ์การรักษา ประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลแก่เครือข่ายเพื่อวางแผนขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์แบบประเด็น (Thematic Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างคะแนนด้วย Shapiro-Wilk Test เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และร้อยละการกินยาก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test และยืนยันผลด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test เมื่อข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ เปรียบเทียบอัตราการรักษาสำเร็จและอัตราการเสียชีวิตกับผู้ป่วยกลุ่มย้อนหลังด้วย Fisher's exact test และเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างทีมสหวิชาชีพกับภาคีเครือข่ายด้วย Welch's t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลบ้านธิ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานะการป่วยของผู้ป่วยได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2567 รวมระยะเวลา 9 เดือน สามารถสรุปผลการศึกษาได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โรงพยาบาลบ้านธิ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 45.00±9.49 ปี เป็นทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล 9 คน (ร้อยละ 30.00) และภาคีเครือข่ายในชุมชน 21 คน (ร้อยละ 70.00) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉลี่ย 7.80±5.20 ปี ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.52 อายุเฉลี่ย 59.77±13.85 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.39 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.61 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.84 อาศัยห่างจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.67±5.56 กิโลเมตร มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.46±2.25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีโรคร่วมร้อยละ 54.84 เท่ากัน ผลตรวจเสมหะก่อนรักษาพบเชื้อ ร้อยละ 77.42 ผลการรักษาย้อนหลังปีงบประมาณ 2565–2567 (n = 65) มีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 87.69 ไม่พบผู้ป่วยขาดยา แต่มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.69 สูงกว่าเป้าหมาย ก่อนใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (19.35±5.35 คะแนน จาก 30 คะแนน) โดยด้านการรักษาและการกินยาอยู่ในระดับน้อย (5.87±2.36 คะแนน จาก 10 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.45, S.D. = 0.47) ด้านการป้องกันการแพร่เชื้อต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 3.30) และความพึงพอใจต่อการดูแลแบบเดิมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.34, S.D. = 0.35) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 12 คน ได้ 228 ข้อความ จัดเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน (ร้อยละ 27.19) ปัจจัยด้านผู้ป่วยและ

ครอบครัว (ร้อยละ 21.93) ระบบข้อมูลและการสื่อสาร (ร้อยละ 21.49) ระบบบริการและการส่งต่อ (ร้อยละ 17.98) และศักยภาพและภาระงานของทีม (ร้อยละ 11.40) ผลการสังเคราะห์ร่วมกับการสนทนากลุ่มได้ 5 ประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสูงอายุ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีโรคร่วม และมาวินิจฉัยช้า แต่ไม่มีแบบประเมินความเสี่ยงแรกรับ ดังคำกล่าวว่า “มาวินิจฉัยช้า บางรายมาตอนผอมมากแล้ว ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตในช่วง 2 เดือนแรกสูง” (แพทย์) 2) ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการรักษาและการกินยา และการให้ความรู้ต้องใช้ภาษาท้องถิ่น 3) ผลข้างเคียงของยาและการทำงานรับจ้างต่างตำบลเป็นความเสี่ยงต่อการขาดยา 4) ไม่มีแบบส่งต่อมาตรฐานและข้อมูลถึง รพ.สต. ล่าช้า ดังคำกล่าวว่า “ทาง รพ.สต. จะรู้ว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ตอนที่โรงพยาบาลโทรมาแจ้ง บางรายรู้ช้าไปหลายวัน” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.) และ 5) ชุมชนมี อสม. และผู้นำชุมชนเป็นทรัพยากร แต่ยังมีการตีตราและไม่ทราบบทบาทของตน ดังคำกล่าวว่า “ชุมชนยังไม่รู้ว่าต้องช่วยอะไร และยังมีการรังเกียจผู้ป่วย” (ผู้นำชุมชน) ผลการสังเคราะห์ดังกล่าวเป็นกรอบตั้งต้นในการออกแบบรูปแบบการดูแล

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน การพัฒนาตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงจร รวม 12 สัปดาห์ มีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 12 ครั้ง กิจกรรมบรรลุตามเป้าหมาย 9 ครั้ง (ร้อยละ 75.00) และบรรลุบางส่วน 3 ครั้ง (ร้อยละ 25.00) ในวงจรที่ 1 พบว่าแบบบันทึกแรกรับยาวและ อสม. บางพื้นที่ไม่ได้เข้าร่วม ทีมจึงลดข้อคำถามที่ซ้ำและย้ายการประชุมไปที่ รพ.สต. ในวงจรที่ 2 พบผู้ป่วยสูงอายุบางรายจัดยาเองไม่ได้และมีอาการคลื่นไส้มาก จึงให้ญาติเป็นผู้กำกับการกินยาหลักและให้เภสัชกรจัดการผลข้างเคียง และในวงจรที่ 3 จัดประชุมเครือข่ายเพื่อลดการตีตรา ทบทวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต และสรุปรูปแบบฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือ ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (1.22) ในวงจรที่ 1 เป็นระดับปานกลาง (1.90) ในวงจรที่ 2 และระดับมาก (2.76) ในวงจรที่ 3 โดย อสม. เข้าร่วมเพิ่มจาก 1.50 คนต่อครั้งเป็น 5.25 คนต่อครั้ง รูปแบบฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินแรกรับด้วยแบบบันทึกแรกรับและแบบประเมินความเสี่ยงการเสียชีวิตชุดเดียวกัน ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม และเอชไอวี เพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่เริ่มรักษา 2) การให้สุขศึกษารายบุคคลและครอบครัวด้วยภาษาท้องถิ่น ตกลงผู้กำกับการกินยาหลักในครอบครัว และมอบปฏิทินกินยาและคู่มือ 3) ระบบติดตามการกินยาโดยญาติและ อสม. ประจำผู้ป่วย 1 คนต่อ 1 ราย ร่วมกับปฏิทินกินยา วิดีโอคอลสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ไกล และการประเมินผลข้างเคียงโดยเภสัชกร 4) การส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. และชุมชนภายใน 24 ชั่วโมงหลังขึ้นทะเบียน ด้วยแบบส่งต่อมาตรฐาน ทะเบียนติดตามร่วม และไลน์กลุ่มเฉพาะงานวัณโรค พร้อมเยี่ยมบ้านร่วมครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์ และ 5) การเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามเข้มข้นในช่วง 2 เดือนแรก เยี่ยมบ้านรายสัปดาห์ในกลุ่มเสี่ยงสูง ติดตามผลเสมหะเดือนที่ 2 5 และ 6 ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย และติดตามตัวชี้วัดทุกไตรมาส โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีประสานทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลกับ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน อปท. และครอบครัวผู้ป่วย

ด้านการกินยา ผู้ป่วย 31 คน (775 ผู้ป่วย-สัปดาห์) มีร้อยละการกินยาเฉลี่ยรายบุคคล 98.22±1.99 ทุกรายกินยาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 และไม่พบผู้ป่วยขาดยาติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป ร้อยละการกินยาเฉลี่ยก่อนเริ่มโปรแกรมเท่ากับ 97.50 ระหว่างวงจรที่ 1–3 เท่ากับ 98.21 97.74 และ 98.28 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมเท่ากับ 99.61 สัดส่วนสัปดาห์ที่กินยาไม่ครบลดลงจากร้อยละ 11.16 เป็นร้อยละ 2.90 ร้อยละการกินยาระหว่างโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนโปรแกรม ($t = 0.59$, $p = .560$) แต่หลังสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($n = 23$, $t = 2.67$, $p = .014$) สาเหตุที่กินยาไม่ครบมากที่สุด คือ

ลืมกินยา (ร้อยละ 20.97) รองลงมาคือคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 19.35) และการไปทำงานรับจ้างต่างตำบลกับยาหมดก่อนวันนัด (ร้อยละ 16.13 เท่ากัน)

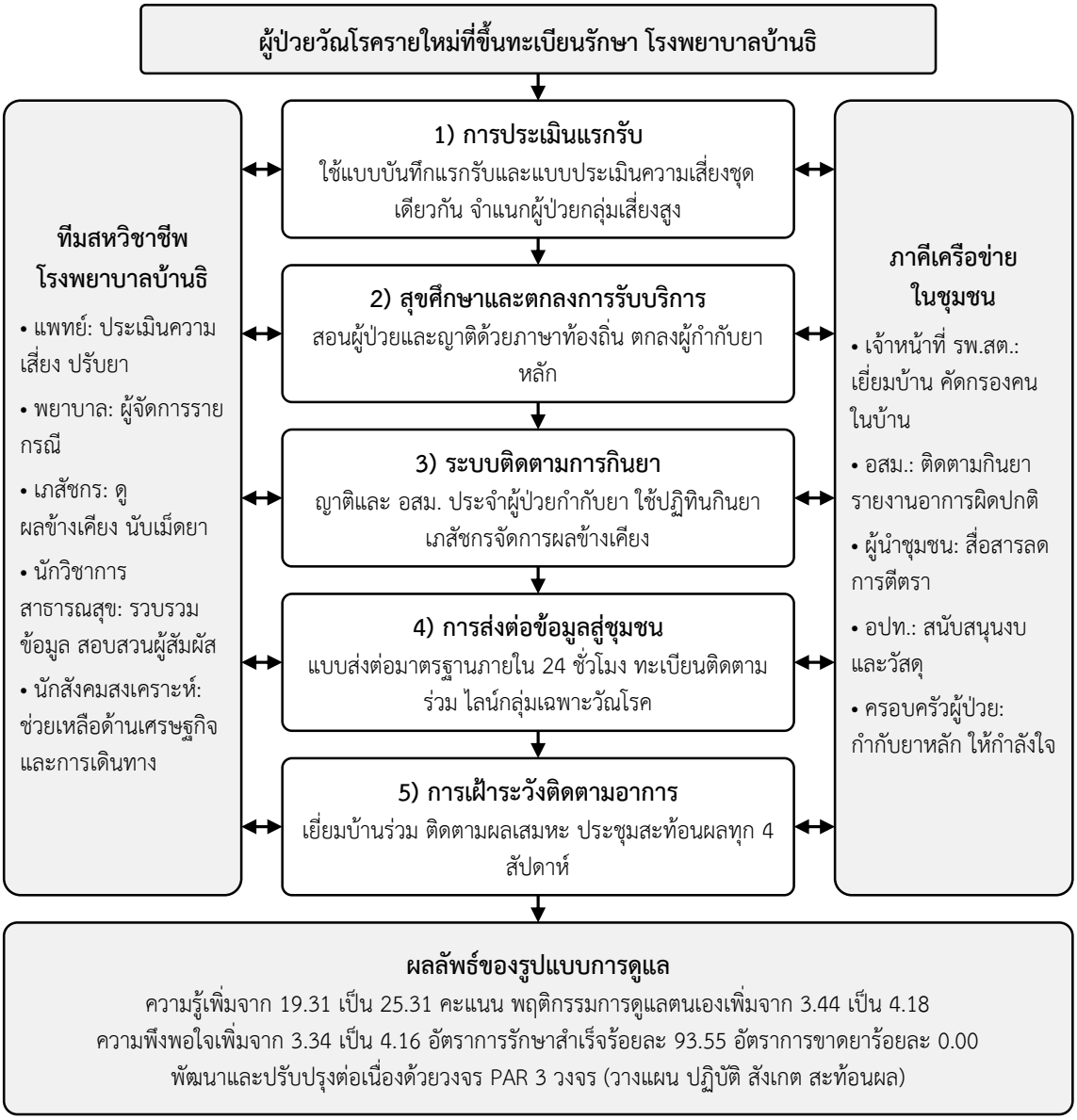
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ขั้นสมบูรณ์ ซึ่งได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงจร (การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ 1) การประเมินแรกรับด้วยแบบบันทึกแรกรับและแบบประเมินความเสี่ยงชุดเดียวกัน เพื่อจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่เริ่มรักษา 2) การให้สุขศึกษารายบุคคลและครอบครัวด้วยภาษาท้องถิ่น และตกลงผู้กำกับการกินยาหลัก 3) ระบบติดตามการกินยาโดยญาติและ อสม. ประจำผู้ป่วย ร่วมกับการใช้ปฏิทินกินยาและการประเมินผลข้างเคียงโดยเภสัชกร 4) การส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. และชุมชนภายใน 24 ชั่วโมงหลังขึ้นทะเบียน ด้วยแบบส่งต่อมาตรฐานทะเบียนติดตามร่วม และไลน์กลุ่มเฉพาะงานวัณโรค และ 5) การเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านร่วม การติดตามผลเสมหะ และการประชุมสะท้อนผลทุก 4 สัปดาห์ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล (แพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และนักสังคมสงเคราะห์) กับภาคีเครือข่ายในชุมชน (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน อปท. และครอบครัวผู้ป่วย) ผลการประเมินพบว่ารูปแบบนี้ทำให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 93.55 และไม่พบผู้ป่วยขาดยา ดังภาพ 1

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

ผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบ 29 คน (ไม่รวมผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 คน และโอนออก 1 คน) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 19.31±5.54 เป็น 25.31±3.63 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.23$, $p < .001$, $d = 1.53$) และเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านการรักษาและการกินยาเพิ่มขึ้นมากที่สุด (ผลต่าง 2.21 คะแนน) ผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 31.03 เป็นร้อยละ 72.41 แต่ยังมีบางข้อที่ตอบถูกต่ำกว่าร้อยละ 80.00 เช่น การดื่มนมหรือกินอาหารร่วมกับยาวัณโรค (ร้อยละ 62.07) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (3.44±0.48) เป็นระดับมาก (4.18±0.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.38$, $p < .001$, $d = 1.93$) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากทุกด้าน ข้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือการปรึกษาเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหาเรื่องยา (จาก 2.97 เป็น 4.07) ส่วนการจดบันทึกการกินยาประจำวันยังอยู่ในระดับปานกลาง (3.59±0.68) ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (3.34±0.36) ต่อการดูแลแบบเดิม เป็นระดับมาก (4.16±0.43) ต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ($t = 12.60$, $p < .001$, $d = 2.34$) โดยด้านกระบวนการดูแลเพิ่มขึ้นมากที่สุด

ด้านผลการรักษา ผู้ป่วย 31 คน รักษาหายร้อยละ 58.06 และรักษาครบ ร้อยละ 35.48 คิดเป็นอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 93.55 ไม่พบผู้ป่วยขาดยาและรักษาล้มเหลว มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน (ร้อยละ 3.23) ซึ่งเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 86 ปี มีโรคไตเรื้อรังร่วมและดัชนีมวลกาย 15.79 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และโอนออก 1 คน (ร้อยละ 3.23) อัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าเป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มย้อนหลังซึ่งมีเพศและอายุไม่แตกต่างกัน อัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.69 เป็นร้อยละ 93.55 และอัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 7.69 เป็นร้อยละ 3.23 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's exact test, $p = .492$ และ $.660$ ตามลำดับ) ผลตรวจเสมหะพบเชื้อลดลงจากร้อยละ 77.42 ก่อนรักษา เป็นร้อยละ 10.00 ในเดือนที่ 2 และไม่พบเชื้อในเดือนที่ 5 และ 6 โดยผู้ที่พบเชื้อก่อนรักษามีเสมหะเปลี่ยนเป็นลบในเดือนที่ 2 ร้อยละ 86.96 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลดลงจากร้อยละ 90.32 ในเดือนที่ 1 เหลือร้อยละ 17.24 ใน

เดือนที่ 6 และผู้ที่มีอาการข้างเคียงจากยาลดลงจากร้อยละ 45.16 เหลือร้อยละ 10.34 พบผู้ป่วยสงสัยตับอักเสบจากยา 1 คน ได้รับการส่งต่อแพทย์ในเดือนที่ 1 และปรับยาจนค่าตับดีขึ้น



ภาพ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ขั้นสมบูรณ์

ด้านความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 30 คน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.11, S.D. = 0.39) ทุกด้านและทุกข้อ ทีมของโรงพยาบาล (4.06±0.27) และภาคีเครือข่ายในชุมชน (4.13±0.43) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Welch's t-test, p = .566) ข้อที่ต่ำที่สุดคือความสะดวกในการเข้าถึงบริการและความสะดวกในการติดตามการรักษา ($\bar{X}$ = 3.83) ผู้ตอบคำถามปลายเปิด 59 คน แนะนำรูปแบบให้ผู้อื่น ร้อยละ 93.22 โดยผู้ป่วยแนะนำทุกคน ผู้ป่วยประทับใจการเยี่ยมบ้านของ อสม. และการไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อย ดังคำกล่าวว่า “อสม. มาเยี่ยมที่

บ้านบ่อย ทำให้ไม่ลืมกินยา” (ผู้ป่วย) ส่วนทีมประทับใจการได้รับข้อมูลผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง และแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน สิ่งที่ควรปรับปรุงได้แก่ รถรับส่งในวันนัด อาหารเสริมสำหรับผู้ป่วยที่ผอม แผ่นพับตัวหนังสือใหญ่ขึ้น ผู้สรุปข้อความในไลน์กลุ่ม และการลดภาระงานเอกสาร ดังคำกล่าวว่า “ไลน์กลุ่มมีข้อความเยอะ ควรมีผู้สรุป” (แพทย์)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือวัยกลางคนที่มีรายได้น้อย มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีโรคร่วมมากกว่าครึ่งหนึ่ง และอัตราการเสียชีวิตย้อนหลังร้อยละ 7.69 สูงกว่าเป้าหมาย แม้ไม่พบผู้ป่วยขาดยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในพื้นที่มาจากลักษณะของผู้ป่วยและการมาวินิจฉัยช้ามากกว่าพฤติกรรมการขาดยา สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดขอนแก่นที่พบว่าอายุ การติดเชื้อเอชไอวี และโรคร่วม เช่น โรคไตเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ[17] และการศึกษาย้อนหลัง 5 ปีในประเทศเอธิโอเปียที่พบว่าโรคร่วมและการติดเชื้อเอชไอวีสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์[18] ส่วนความรู้ด้านการรักษาและการกินยาที่อยู่ในระดับน้อยและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อที่ต่ำที่สุด อธิบายได้จากการให้สุขศึกษาแบบเดิมที่ทำครั้งเดียวเมื่อขึ้นทะเบียน ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุฟังภาษากลางไม่ถนัดและมักไม่ได้จดบันทึกการกินยา นอกจากนี้ชุมชนยังเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าวัณโรคติดต่อทางการกินข้าวร่วมกันและรังเกียจผู้ป่วย ซึ่งการตีตราและการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค[19] และการรับรู้ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของชุมชนมีผลต่อการเข้าร่วมคัดกรองวัณโรค[20] ด้านระบบบริการ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีภาระงานอื่นควบคู่ การเยี่ยมบ้านทำได้เฉพาะรายที่มีปัญหา และข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ไม่เชื่อมกัน ลักษณะนี้ตรงกับการสำรวจนโยบายในประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงที่พบว่าการเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้เป็นกลยุทธ์ทั่วไป แต่การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ และจิตใจยังจำกัดเฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่ม[21] จุดที่ต้องพัฒนาของพื้นที่จึงอยู่ที่การประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับ การติดตามกลุ่มเสี่ยงสูงในช่วง 2 เดือนแรก และการเชื่อมข้อมูลกับชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่ได้มี 5 องค์ประกอบ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีเชื่อมทีมสหวิชาชีพกับภาคีเครือข่าย และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มจากระดับน้อยเป็นระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกระบวนการพัฒนาใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงจร โดยผู้ปฏิบัติจริงตั้งแต่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน อปท. จนถึงผู้ป่วยและครอบครัวร่วมออกแบบ องค์ประกอบแต่ละส่วนจึงตอบปัญหาที่ทีมพบเอง และการปรับวิธีทำงานให้เข้ากับบริบท เช่น การย้ายการประชุมไปที่ รพ.สต. ทำให้ อสม. เข้าร่วมเพิ่มจาก 1.50 เป็น 5.25 คนต่อครั้ง สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ใช้การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และพัฒนาศักยภาพญาติผู้อาศัยร่วมบ้านเป็นผู้ดูแลการกินยา[10] การให้ญาติเป็นผู้กำกับการกินยาหลักในวงจรที่ 2 มาจากข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยสูงอายุบางรายจัดยาเองไม่ได้และมีอาการคลื่นไส้มาก ส่วนการส่งต่อข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมง ทะเบียนติดตามร่วม และการเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์ ตอบปัญหาที่ รพ.สต. ทราบข้อมูลผู้ป่วยล่าช้า ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่ใช้การเยี่ยมบ้านและการติดตามโดยเครือข่ายตั้งแต่ระยะแรก[9] นอกจากนี้รูปแบบเพิ่มการประเมินความเสี่ยงการเสียชีวิตตั้งแต่แรกรับและการสนับสนุนด้านจิตสังคม ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจและการเดินทาง อปท. สนับสนุนงบประมาณและวัสดุ และการประชุมเครือข่ายเพื่อลดการตีตรา ซึ่งขยายการสนับสนุนที่นโยบายส่วน

ใหญ่จำกัดไว้เฉพาะบางกลุ่ม[21] ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย อย่างไรก็ตาม ข้อที่ทีมประเมินต่ำสุดคือความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการติดตามการรักษา และทีมบางส่วนสะท้อนว่าภาระงานเอกสารเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการขยายบริการวัณโรคที่ต้องใช้เวลาและการฝึกอบรมบุคลากรเพิ่มขึ้น[22] การกำหนดผู้จัดการรายกรณี การลดแบบฟอร์ม และการอบรม อสม. อย่างต่อเนื่องจึงเป็นเงื่อนไขของความยั่งยืน

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแล ผลการศึกษาพบว่าความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบเปลี่ยนการให้ความรู้จากการให้แผ่นพับครั้งเดียวเป็นสุขศึกษารายบุคคลและครอบครัวด้วยภาษาท้องถิ่น และมี อสม. พยาบาล และเภสัชกรให้คำแนะนำซ้ำในชีวิตประจำวัน ด้านการรักษาและการกินยาซึ่งต่ำที่สุดก่อนใช้รูปแบบจึงเพิ่มขึ้นมากที่สุด และพฤติกรรมการปรึกษาเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหาเรื่องยาเพิ่มขึ้นมากที่สุด สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น[9] และการพัฒนารูปแบบที่ผู้ดูแลมีความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจคลาดเคลื่อนบางเรื่อง เช่น การกินอาหารหรือดื่มนมร่วมกับยา ยังปรับเปลี่ยนได้ยาก และการจดบันทึกการกินยายังอยู่ในระดับปานกลาง เพราะผู้ป่วยเกือบครึ่งเป็นผู้สูงอายุ ด้านผลการรักษา อัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มเป็นร้อยละ 93.55 อัตราการเสียชีวิตลดลงเป็นร้อยละ 3.23 ต่ำกว่าเป้าหมาย และไม่พบผู้ป่วยขาดยา ซึ่งสูงกว่าอัตราการรักษาสำเร็จในการศึกษาที่ผ่านมา[9, 18] แต่ยังไม่แตกต่างจากกลุ่มย้อนหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะเหตุการณ์เสียชีวิตเกิดน้อยและกลุ่มตัวอย่างมีเพียง 31 คน ทิศทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับกิจกรรมที่ตอบปัญหาหลักของพื้นที่ คือ การประเมินความเสี่ยงแรกรับ การติดตามเข้มข้นใน 2 เดือนแรก การจัดการผลข้างเคียงอย่างรวดเร็ว และการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรังและน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาก ซึ่งตรงกับปัจจัยเสี่ยงที่มีรายงาน[17] แสดงว่ากลุ่มเสี่ยงสูงต้องการการติดตามที่เข้มข้นยิ่งขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรก ส่วนร้อยละการกินยาที่สูงอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนโปรแกรมทำให้ระหว่างโปรแกรมเพิ่มขึ้นได้น้อย แต่หลังสิ้นสุดโปรแกรมเพิ่มเป็นร้อยละ 99.61 จากการกำกับโดยญาติและ อสม. ร่วมกับปฏิทินกินยา ทั้งนี้ผลหลังโปรแกรมมาจากผู้ป่วย 23 คน และอาจเกี่ยวข้องกับการพ้นระยะเข้มข้นที่อาการข้างเคียงลดลง ด้านความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก เป็นเพราะรูปแบบมีขั้นตอนการดูแลชัดเจน มีการประสานงานระหว่างทีม และเปิดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มเดียวในโรงพยาบาลเดียว เปรียบเทียบผลการรักษากับกลุ่มย้อนหลังคนละช่วงเวลา ระยะเวลาติดตามผลจำกัดอยู่ในช่วงการรักษา และความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจวัดจากแบบประเมินที่ผู้ป่วยตอบเอง การอ้างอิงผลจึงจำกัดอยู่ในบริบทของพื้นที่ศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนเป็นแนวปฏิบัติประจำของคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบ้านธิ มอบหมายพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีและกำหนดผู้รับผิดชอบแทนเมื่อไม่อยู่ และติดตามตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการรักษาสำเร็จ อัตราการเสียชีวิต อัตราการขาดยา ร้อยละการกินยา และร้อยละการส่งต่อข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมง ทุกไตรมาส

2. ควรขยายผลรูปแบบสู่ รพ.สต. ทุกแห่งในอำเภอบ้านธิ โดยใช้แบบบันทึกแรกรับ แบบประเมินความเสี่ยง แบบส่งต่อข้อมูล และทะเบียนติดตามชุดเดียวกัน ให้โรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงในช่วงแรก และเชื่อมโยงกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามข้อเสนอของทีมจากการสะท้อนผล

3. ควรเพิ่มความเข้มข้นของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้ที่มีโรคร่วม เช่น โรคไตเรื้อรัง และผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเยี่ยมบ้านรายสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์แรก คัดกรอง

และสนับสนุนด้านโภชนาการ และประสานแพทย์ดูแลโรคร่วมควบคู่กัน

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบรรจุงบประมาณสำหรับกิจกรรมวัณโรคในชุมชนไว้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้แก่ ค่าเดินทางเยี่ยมบ้าน รถรับส่งผู้ป่วยในวันนัด อาหารเสริมสำหรับผู้ป่วยที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และหน้ากากอนามัยสำหรับบ้านผู้ป่วย

5. ควรปรับสื่อและการให้ความรู้ให้เหมาะกับผู้สูงอายุ โดยใช้ภาษาท้องถิ่น แผ่นพับตัวหนังสือใหญ่ และวิดีโอสั้น เน้นย้ำเรื่องที่ผู้ป่วยยังเข้าใจคลาดเคลื่อน และให้ญาติหรือ อสม. ช่วยบันทึกการกินยา รวมทั้งลดจำนวนแบบฟอร์มและกำหนดผู้สรุปข้อความในไลน์กลุ่มเพื่อลดภาระงานของทีม

6. ควรศึกษาแบบกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จากหลายโรงพยาบาล ติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6–12 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา และประเมินภาระงาน ต้นทุน และความคุ้มค่าของรูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านธิ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนรูปแบบการดูแล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิที่ให้การสนับสนุน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านธิและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2567). สถานการณ์และการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย. นนทบุรี: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2567.
2. SDG Move.(2564). SDG Updates | ส่องสถานการณ์วัณโรคไทย: หนึ่งปัญหาโรคติดต่อ (จากคนสู่คนผ่านทางอากาศ) ที่อยู่กับเรามานาน [อินเทอร์เน็ต]. 2564. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2021/06/24/sdg-updates-tb-communicable-disease-continuing-threat/
3. สักกรินทร์ นิยมศิลป์.(2563). วัณโรค. รายงานสุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=62
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562–2566. กรุงเทพฯ: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2567.
5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2567). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OPD/admin/download_files/3_61_1.pdf
7. นิรมล พิมน้ำเย็น, สมเจตน์ คุ้มใจ, ปราณี ปุณณกันต์, ลดาวัลย์ ใจสุข, วิศิษฏ์ ตั้งสกุลวิชัย.(2561). การวิจัยและพัฒนาระบบบริการต้นแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและโรคเรื้อนที่ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2561;5(1):37-51.
8. โรงพยาบาลบ้านธิ.(2567). ข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปีงบประมาณ 2565–2567 [ข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ไม่ได้ตีพิมพ์]. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านธิ; 2567.
9. สว่างศรี วิไลมาตย์.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;16(3):116-29.
10. เชาวฤทธิ์ บุญลี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(4):49-59.

11. จิรพร อไผ, สุพรรณี บุตรไสว.(2565). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(2):225-42.
12. วิมลรัตน์ ทับทิมคง, ศิริมา ชื่นใจมนต์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(1):1-15.
13. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
14. ธัญกร ตันหาคร, ปวีณ ภาสุนนท์.(2561). Participatory action research for creative entrepreneurship development. Asia Social Issues. 2561;11(2):45-76.
15. Bloom BS.(1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
16. Orem DE.(1971). Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill; 1971.
17. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส, เอ็มวิภา แสงชาติ.(2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(1).
18. Limenh LW, Kasahun AE, Sendekie AK, Misganaw NF, Ayenew AA, Belay HG, et al.(2024). Tuberculosis treatment outcomes and associated factors among tuberculosis patients treated at healthcare facilities of Motta Town, Northwest Ethiopia: a five-year retrospective study. Sci Rep. 2024;14:7695.
19. Oo MM, Liabsuetrakul T, Boonathapat N, Aung HKK, Pungrassami P.(2022). Association of health insurance and documentation with stigma and social support among Myanmar migrants with tuberculosis before and during Thailand's policy on border closure due to COVID-19: a cross-sectional study. J Racial Ethn Health Disparities. 2022;9(6):2495-507.
20. Kongkamol C, Chintrakul A, Horsiritham K, Kiranantawat N, Nirattisaikul S, Sungsiri J, et al.(2024). The predictors of voluntary participation in pulmonary tuberculosis screening program: a study in a suburban community of southern Thailand. Front Public Health. 2024;12:1360986.
21. Cocozza AM, Linh NN, Nathavitharana RR, Ahmad U, Jaramillo E, Gargioni GEM, et al.(2020). An assessment of current tuberculosis patient care and support policies in high-burden countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2020;24(1):36-42.
22. Alsdurf H, Benedetti A, Buu TN, Adjobimey M, Cook VJ, Fisher D, et al.(2024). Human resource implications of expanding latent tuberculosis patient care activities. Front Med. 2024;10:1265476.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

Effectiveness of a behavioral modification program for diabetes prevention among at-risk individuals in the service area of Ban Non Yai Tambon Health Promoting Hospital, Ko Ae Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: October 26,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ขัตติยา ปุญญเนตร[1]
Khattiya Punyanate[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 24 คน รวม 48 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างถ่อ ตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ประสิทธิผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคเบาหวาน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a behavior modification program for diabetes prevention among at-risk individuals in the service area of Ban Non Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Ko E Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 48 participants, divided equally into an experimental group and a comparison group, with 24 participants in each group. The experimental group comprised at-risk individuals residing in the service area of Ban Non Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Ko E Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province, while the comparison group consisted of at-risk individuals residing in the service area of Ban Sang Tho Subdistrict Health Promoting Hospital, Sang Tho Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group participated in the behavior modification program for 12 weeks, whereas the comparison group received usual care. Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the intervention, from July 1 to September 30, 2025. Descriptive statistics, including percentage,

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles, were used to summarize the data. Differences in mean scores within the experimental and comparison groups were analyzed using the paired t-test, while differences between the two groups were analyzed using the independent t-test. Statistical significance was set at 0.05.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge of diabetes mellitus, attitudes toward diabetes prevention, perceived susceptibility to diabetes, perceived severity of diabetes, perceived benefits of diabetes prevention, perceived barriers to diabetes prevention, self-efficacy for diabetes prevention, and diabetes prevention behaviors than both their pre-intervention scores and those of the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Effectiveness, Behavior Modification, Diabetes Mellitus, At-Risk Population

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภคและวิถีชีวิตของประชาชน[1] จากรายงานของ International Diabetes Federation[2] ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 645 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 6.1 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 68 จากปี 2554 โดยอยู่ในลำดับที่ 4 ของภูมิภาค Western Pacific รองจากจีน อินโดนีเซีย และญี่ปุ่น[3] ปัญหาสำคัญคือ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการสูญเสียอวัยวะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในระดับบุคคลและระดับประเทศ[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีลหากหลายแนวทาง เช่น การส่งเสริมความความเข้าใจ การปรับทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของวีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ[5] ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ฉวีวรรณ พวงมาลัย[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติ การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง แรงจูงใจในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล[7] ศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน

โรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านต่าง ๆ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 6,840 คน พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 642 คน คิดเป็นร้อยละ 9.39 ของประชากรทั้งหมด และจากการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจำนวน 2,736 คน คิดเป็นร้อยละ 39.98 ของประชากรทั้งหมด ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ชนบทที่มีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น การบริโภคอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง การขาดกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และการขาดความรู้ความเข้าใจในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขื่องใน[8] พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลก่อเอ้มีอัตราการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมอาหารหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในด้านการดูแลตนเอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ขาดทักษะในการเลือกอาหารที่เหมาะสม ไม่มีการติดตามวัดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ และยังมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรหรือยาพื้นบ้านแทนการดูแลสุขภาพด้วยแนวทางทางการแพทย์ นอกจากนี้ การขาดแรงจูงใจและแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้สามารถป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน

และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร (populations) ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow[9] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน ดังนี้

2.2.1 กลุ่มทดลอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 24 คน

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างถ่อ ตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 24 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ผ่านกระบวนการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เช่น สาเหตุ อาการ ผลกระทบ และแนวทางการดูแลป้องกัน เพื่อสร้างความเข้าใจพื้นฐานที่ถูกต้อง ควบคู่กับกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรค เช่น การจัดเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ รวมทั้งมีการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเป็นเบาหวาน เช่น ผ่านการประเมินตนเองร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ยังเน้นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สื่อภาพหรือกรณีศึกษาเสริมความรู้ รวมถึงกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน เช่น การจัดเวทีสาธิตการออกกำลังกายหรือการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนมีการระบุและวิเคราะห์อุปสรรคในการป้องกันโรค เช่น ความไม่ต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพหรือภาระทางเศรษฐกิจ เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข อีกทั้งมีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ผ่านกิจกรรมสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจจากครอบครัวหรือเครือข่ายสุขภาพชุมชน สุดท้ายคือการติดตามและกระตุ้นพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เช่น การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยมุ่งหวังให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืนในบริบทของชุมชนตำบลก่อเอ้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานของคนในครอบครัว จำนวน 7

ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

3.3 ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.844 ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.826 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.789 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.768 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.864 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.843 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.808 ตามลำดับ

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-06.012 ลงวันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 46.72 ปี (SD. = 5.75 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 79.2 มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 87.5 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 91.7 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 1,500 บาท: P_{75} = 12,500 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.2 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 มีอายุเฉลี่ย 47.67 ปี (SD. = 6.25 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 79.2 มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 87.5 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 2,000 บาท: P_{75} = 15,000 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.0 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.17 คะแนน (95% CI=1.13-3.19)

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานสูง

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.58 คะแนน (95% CI=1.45-3.71)

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.67 คะแนน (95% CI = 1.19-3.27)

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 1.47-3.35)

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.79 คะแนน (95% CI = 3.24-4.33)

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.42 คะแนน (95% CI = 2.84-3.99)

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.79 คะแนน (95% CI = 2.03-3.54)

10.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่าง

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.71 คะแนน (95% CI=0.73-2.68)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมต่อการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมที่ใกล้เคียงกันก่อนเริ่มโปรแกรม ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการรับรู้ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้ โดยสามารถอภิปรายผลในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.17 คะแนน (95% CI = 1.13–3.19, p = 0.0001) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมของโปรแกรมช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับข้อมูลและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและแนวทางป้องกันมากขึ้น การจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้และนำความรู้ไปเชื่อมโยงกับการปฏิบัติในชีวิตประจำวันมีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มความรู้ สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ พวงมาลัย[6] ซึ่งศึกษาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยใช้โปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงตัวแปรด้านทัศนคติ การเสริมพลัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน นอกจากนี้ เพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทร์สุข และเพ็ญนภา เมฆพัฒน์[10] พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.58 คะแนน (95% CI = 1.45–3.71, p < 0.001) อธิบายได้ว่าเมื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้และเข้าใจผลกระทบของโรค ตลอดจนเห็นความสำคัญและความเป็นไปได้ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคมากขึ้น สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ พวงมาลัย[6] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงขึ้นพร้อมกับความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับ ศิรยา จันทะโคตร[11] ที่พบว่าภายหลังโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน รวมถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากิจกรรมของโปรแกรม

สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงโอกาสที่ตนเองจะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น การทำให้บุคคลเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมและสถานการณ์สุขภาพของตนเองช่วยกระตุ้นให้เห็นความจำเป็นของการป้องกันโรค สอดคล้องกับ วีรวัฒน์ ทางธรรม, คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์, ผ่องพรรณ ภะโว และวาสนา พูลผล[5] ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล[7] พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 1.47–3.35, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าโรคมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตจะเพิ่มความตระหนักและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ วีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ[5] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ อรอนงค์ สุทโธ[12] ซึ่งใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและองค์ประกอบด้านการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.79 คะแนน (95% CI = 3.24–4.33, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นความแตกต่างที่สะท้อนว่ากลุ่มทดลองเห็นคุณค่าและผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมากขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการตรวจติดตามสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคได้ ย่อมมีแนวโน้มที่จะยอมรับและปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น สอดคล้องกับ เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล[7] ที่พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ภทรพร บุตรวาปี, น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด และศุภวดี แถวเพีย[13] พบว่าการจัดกิจกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถประเมินและจัดการกับข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคได้ดีขึ้น ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดสรรเวลา และการปรับกิจวัตรประจำวัน เมื่อบุคคลสามารถระบุปัญหาและมีแนวทางจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น จะเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ อรอนงค์ สุทโธ[12] ซึ่งพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคของการป้องกันโรคและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สุรากร หนูแบน, อารยา ปรานประวัติ และสาโรจน์ เพชรมณี[14] พบว่ากระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.79 คะแนน (95% CI = 2.03–3.54, p < 0.001) แสดงว่ากิจกรรมของโปรแกรมช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเห็นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้ การได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ การตั้งเป้าหมาย และประสบการณ์ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ทิพย์สุมน จิตตวงศพันธุ์, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และรุ้งนภา ชัยรัตน์[15] ซึ่งพัฒนาโปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมถึง วีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ[5] ที่พบว่าความคาดหวังในความสามารถของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม

8. พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.97 คะแนน (95% CI = 1.01–2.91, p = 0.0001) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเองสามารถเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ศิรยา จันทะโคตร[11] ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ กัลยารัตน์ รอดแก้ว[16] ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่หูดูแลกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงขึ้น พร้อมทั้งน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ อารีย์ แสงศรี, วารณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร์ โพธิ์พัทธ์สุข[17] ซึ่งพบว่าการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือน ทำให้พฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนใหญ่ ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

1.2 บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และการติดตามกระตุ้น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

1.3 ควรส่งเสริมการขยายผลโปรแกรมไปยังประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่น โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท วิถีชีวิต และปัจจัยเสี่ยงของแต่ละชุมชน พร้อมทั้งติดตามผลด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยเพิ่มระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

2.2 ควรมีการออกแบบการศึกษาที่ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระยะยาว เช่น ติดตามผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินถึงความยั่งยืนของผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะยาว

2.3 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากพื้นที่และบริบทที่แตกต่างกัน รวมทั้งเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความสามารถในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้และขยายผลในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่หลากหลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620
2. International Diabetes Federation. (2021). IDF diabetes atlas (10th ed.). https://diabetesatlas.org
3. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, และคณะ. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
4. American Diabetes Association. (2021). Standards of medical care in diabetes—2021. Diabetes Care, 44(Supplement 1), S1–S232. https://doi.org/10.2337/dc21-S001
5. วีรวัฒน์ ทางธรรม, คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์, ผ่องพรรณ ภะโว และวาสนา พูลผล. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการราชภัฏร้อยแก่นสารสนเทศ, 8(7), 212–225.
6. ฉวีวรรณ พวงมาลัย. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโพธิ์ศรี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(6), 598–606.
7. เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล. (2567). ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 518–527.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขื่องใน. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขื่องใน.
9. Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Jr., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of sample size in health studies. World Health Organization.
10. เพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทร์สุข และเพ็ญนภา เมฆพัฒน์. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 4(3), 1–10.

11. ศิรยา จันทะโคตร. (2567). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนจิก โดยการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 13(3), 71–80.
12. อรอนงค์ สุทโธ. (2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7(3), 54–62.
13. ภทรพร บุตรวาปี, น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด และศุภวดี แถวเพีย. (2558). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยแกนนำชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสนามชัย ตำบลเหล่าหลวง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12(1), 97–103.
14. สุรากร หนูแบน, อารยา ปรานประวัติ และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย, 7(1), 102–114.
15. ทิพย์สุมน จิตตวงศพันธุ์, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และรุ้งนภา ชัยรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร, 48(4), 243–248.
16. กัลยารัตน์ รอดแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่หูดูแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.
17. อารีย์ แสงศรี, วารณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร์ โพธิ์ศิพัทธ์สุข. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารพยาบาล, 70(4), 1–10.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

FACTORS INFLUENCING LIFESTYLE MEDICINE-BASED HEALTH BEHAVIOR OF TYPE 2 DIABETIC PATIENTS IN SI SA KRABUE SUBDISTRICT, ONGKHARAK DISTRICT, NAKHON NAYOK PROVINCE.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

นงลักษณ์ แสงสว่าง[1]
Nonglak Saengsawang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยแบบสำรวจ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 234 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับที่มีคุณภาพ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมีค่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95, 0.97, 0.95, 0.84, 0.83, 0.86, 0.86, 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ปัจจัยเอื้อด้านความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนของครอบครัว และด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ ด้านการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติด จากผลทดสอบสมมติฐานพบว่า ตัวแปรการศึกษา ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยตัวแปรการศึกษา ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้ร้อยละ 36 ส่วนตัวแปรความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้ร้อยละ 37 และร้อยละ 49 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมสุขภาพ, เวชศาสตร์วิถีชีวิต

Abstract

The purpose of this research was to study predisposing, enabling and reinforcing factors influencing the lifestyle medicine-based health behavior of type 2 diabetic patients in Si Sa Krabue Subdistrict, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. This research is Survey Research methods. The sample consists of 234 diabetic patients from a simple random sampling method. The questionnaire used as the primary research instrument covered 9 factors, predisposing, enabling, reinforcing, knowledge of healthcare, attitudes of healthcare, knowledge of healthcare policy, access to healthcare information, family's support and public health officer's support. The reliability coefficients of these instruments were 0.95, 0.97, 0.95, 0.84, 0.83, 0.86, 0.86, 0.86 and 0.88, respectively. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential

statistics: frequency, percentage, means, standard deviations, chi-square tests, pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis

The predisposing factors related to knowledge of healthcare and attitudes of healthcare, overall, had average scores at a high level. The enabling factors related to knowledge of healthcare policy and access to healthcare information, overall, had average scores at a high level. The reinforcing factors related to family's support and public health officer's support, overall, had average scores at a high level. The overall level of variables related to lifestyle medicine-based health behavior of type 2 diabetic patients was at the frequently practiced, with nutrition, restorative sleep, connectedness, stress management, physical activity, and risky substance avoidance ranking from the highest to the lowest mean, respectively. Hypothesis testing revealed that the level of education, knowledge of healthcare, attitudes of healthcare, knowledge of healthcare policy, and public health officer's support variables had a significant influence on the lifestyle medicine-based health behavior of type 2 diabetic patients in Si Sa Krabue Subdistrict, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. The level of education, knowledge of healthcare, and attitudes of healthcare variables could predict the lifestyle medicine-based health behavior of type 2 diabetic patients at 36 percent. The knowledge of healthcare policy and public health officer's support variables could predict the lifestyle medicine-based health behavior of type 2 diabetic patients at 37 and 49 percent, respectively.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Health behaviors, Lifestyle medicine

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus; T2DM) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินและ/หรือการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว โรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้[1]

สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหา โดยพบการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเฉลี่ยวันละประมาณ 19 ราย หรือราว 7,000 รายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] นอกจากนี้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้โอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น 2–4 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[1] นอกจากนี้ผลที่ตามมาทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs ของประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึงประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลประมาณ 139,000 ล้านบาท และการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรประมาณ 1.5 ล้านล้านบาท แม้ว่ารัฐบาลไทยได้ทุ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขจำนวนมากไปกับการรักษาโรค NCDs และร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกในการพัฒนาแนวทางการลงทุนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค[1] แต่ระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการรักษาตามอาการเป็นหลักยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านความยั่งยืนทางการเงินและประสิทธิผลระยะยาว ทั้งนี้ มีหลักฐานชัดเจนว่าโรค NCDs สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต[2] แนวคิดดังกล่าวจึงนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านจากระบบรักษาเมื่อป่วยไปสู่ระบบสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและองค์รวม ซึ่งครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเป็นองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออกในบริบทของสุขภาวะ[3] ซึ่งข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นแนวโน้มของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย

ปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั่วประเทศจำนวน 3,639,995 ราย เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า 231,858 ราย และในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 172,328 ราย สำหรับเขตสุขภาพที่ 4 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนจำนวน 347,272 ราย และมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาระดับพื้นที่ ตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.44 ในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 6.10 ในปี พ.ศ. 2567 และร้อยละ 5.00 ในปี 2568[4] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบในระดับพื้นที่

แนวทางการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine; LM) จึงได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกัน ควบคุม และแม้กระทั่งทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบ (remission) โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์[5,6] เวชศาสตร์วิถีชีวิตประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ (1) โภชนาการที่เหมาะสม (2) กิจกรรมทางกาย (3) การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (4) การนอนหลับที่เพียงพอ (5) การจัดการความเครียด และ (6) ความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมุ่งเน้นการป้องกันทุกระดับทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติในการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลงหนึ่งในสามภายในปี ค.ศ. 2030 ประเทศไทยได้เริ่มบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยแพทยสภาได้อนุมัติการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 ภายใต้ความร่วมมือของกรมอนามัยและสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย[7] แนวคิดสำคัญของ LM คือ การเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ โดยบุคลากรสุขภาพทำหน้าที่เป็นโค้ชสุขภาพมากกว่าผู้สั่งการ[5,6]

ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ต้องใช้อินซูลินในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 28,000 ราย (กลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 14,000 ราย) พบว่า ผู้ป่วย 1,937 รายสามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ ผู้ป่วย 2,613 รายลดยาได้ และ 2,118 รายลดน้ำหนักได้ โดยร้อยละ 19.6 สามารถหยุดยาได้ภายใน 6 เดือน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด DM remission ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงและการลดรอบเอวซึ่งสะท้อนการลดภาวะดื้ออินซูลิน นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่าบทบาทของบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม [1]

อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้บูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันยังไม่ถึงขั้นเป็นบริการมาตรฐานที่ทำได้ทั่วประเทศทุกหน่วยบริการภาพรวม ตอนนี้จะเป็นลักษณะขยายตัวแบบ นำร่องเป็นคลินิกหรือโครงการเฉพาะพื้นที่มากกว่า โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดนครนายกยังไม่แพร่หลายส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการ LM ได้อย่างทั่วถึงและเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลศรีษะกระบือ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน อันจะนำไปสู่การลดภาระโรค การเพิ่มคุณภาพชีวิต และการสร้างระบบสุขภาพที่สมดุลระหว่างคุณภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

3. เพื่อศึกษาปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยนำมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก แตกต่างกัน

2. ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก แตกต่างกัน

3. ปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร ได้แก่ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 561 คน[8]

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มาจากการสุ่มจากประชากรโดยใช้สูตรของ Yamane[9] ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 234 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว มากกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl และไม่เกิน 180mg/dl ที่ตรวจในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน ก่อนวันที่เก็บข้อมูล
- มีอายุตั้งแต่ 35 จนถึง 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- สัญชาติไทย
- สามารถอ่านออกเขียนได้
- ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน เช่น ตาบอด ไตวาย หัวใจและหลอดเลือด
- อ้วนระดับ 3 ค่า BMI >30
- มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/120mm/Hg
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด
- ปฏิเสธหรือขอยุติในระหว่างดำเนินโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก-ส่วนสูง สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีญาติป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม และการเข้ารับการรักษาโรคต่อเนื่อง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวนรวม 30 ข้อ ลักษณะการสอบถาม มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[10]

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ใน 6 ด้าน จำนวนรวม 33 ข้อ ลักษณะการสอบถาม มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[10]

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้วิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli and Hambleton[11] จากนั้นนำคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่า IOC และกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 ภายหลังการประเมิน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ก่อนจัดทำฉบับสมบูรณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามทุกด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.66) แสดงว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้ สามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Index) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient: rxy) ตามแนวคิดของ Pearson[12] ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.20 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ตามแนวคิดของ Cronbach[13] ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าความเชื่อมั่นดังกล่าวอยู่ในระดับสูง แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก ภายหลังการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งด้านอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และจัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำมาลงรหัสให้คะแนนตามน้ำหนักคะแนนแต่ละข้อและบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก-ส่วนสูง สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีญาติป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม และการเข้ารับการรักษาโรคต่อเนื่องของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ค่าร้อยละ นำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางและบรรยายเพื่อดูลักษณะข้อมูลทั่วไป

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 การทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ การศึกษา และโรคร่วม ซึ่งเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) และตัวแปรความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวแปรระดับช่วงชั้น (Interval Scale) กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

2.5 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้ค่าทางสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1, 2 และ 3 โดยการใช้วิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis - MRA)

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2026-012

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย เพศ การศึกษา โรคร่วมและผลการวิเคราะห์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.30 โดยมีอายุระหว่าง 46–50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 23.10 น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60–69 กิโลกรัม ร้อยละ 34.20 มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.78 กิโลกรัม และมีส่วนสูงส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 150–159 เซนติเมตร ร้อยละ 47.90 โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 157.49 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (>23 kg/m²) ร้อยละ 75.20 โดยมีค่าเฉลี่ย 25.70 kg/m² ด้านสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.00 ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 31.20 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท หรือ 5,001–10,000 บาท ในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 34.60 ด้านสิทธิการ

รักษาและภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.00 มีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 68.80 นอกจากนี้มีโรคร่วม ร้อยละ 83.80 โดยโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.40 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.80 โรคข้อเข่าเสื่อม/รูมาตอยด์ ร้อยละ 15.40 โรคไต ร้อยละ 14.10 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 8.50 โรคเก๊าท์ ร้อยละ 3.40 และมะเร็งไทรอยด์ (ร้อยละ 2.10) ขณะที่โรคหลอดเลือดตีบแข็งพบน้อยที่สุด ร้อยละ 0.90 ทั้งนี้ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 80.30 ด้านความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.50, *SD* = 0.53) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลโรคเบาหวาน และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ($\bar{X}$ = 2.59, *SD* = 0.61) อยู่ในระดับมาก ด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.62, *SD* = 0.51) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ($\bar{X}$ = 2.66, *SD* = 0.51) อยู่ในระดับมาก

2. ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย ความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า

ความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.58, *SD* = 0.52) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตามนโยบายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ($\bar{X}$ = 2.66, *SD* = 0.56) รองลงมา ได้แก่ การเข้าใจนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และการทราบแหล่งหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านนโยบาย ($\bar{X}$ = 2.58, *SD* = 0.60 และ $\bar{X}$ = 2.58, *SD* = 0.62 ตามลำดับ) รวมถึงการมีความรู้เพียงพอในการเลือกใช้สิทธิและบริการสุขภาพตามนโยบาย ($\bar{X}$ = 2.56, *SD* = 0.63) ทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความมั่นใจว่าความรู้ด้านนโยบายสุขภาพช่วยให้สามารถจัดการและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ($\bar{X}$ = 2.54, *SD* = 0.65) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับมากเช่นกัน

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.55, *SD* = 0.55) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความมั่นใจในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัย ($\bar{X}$ = 2.59, *SD* = 0.62) รองลงมา ได้แก่ ความสามารถในการค้นหาข้อมูลด้านการดูแลเบาหวานจากแหล่งต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองและบริหารโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$ = 2.56, *SD* = 0.60 และ $\bar{X}$ = 2.56, *SD* = 0.62 ตามลำดับ) รวมถึงการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำไปใช้ ($\bar{X}$ = 2.54, *SD* = 0.62) ซึ่งทุกข้ออยู่ในระดับมาก ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การได้รับข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพเบาหวานที่เชื่อถือได้ ($\bar{X}$ = 2.52, *SD* = 0.62) แม้อยู่ในระดับมากเช่นกัน

3. ผลการศึกษาปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า

การสนับสนุนของครอบครัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.63, *SD* = 0.50) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ครอบครัวสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจสุขภาพตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 2.70, *SD* = 0.57) รองลงมา ได้แก่ การให้กำลังใจและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.68, *SD* = 0.58) และการช่วยเตรียมอาหารหรือร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการดูแลตนเอง ($\bar{X}$ = 2.62, *SD* = 0.60) ซึ่งทุกข้ออยู่ในระดับมาก ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การ

รับรู้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน ($\bar{x}$ = 2.53, *SD* = 0.63) แม้อยู่ในระดับมากเช่นกัน

การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 2.63, *SD* = 0.52) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับการสนับสนุนที่ช่วยเสริมกำลังใจและทำให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ($\bar{x}$= 2.70, *SD* = 0.58) รองลงมา ได้แก่ การได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลโรคเบาหวาน ($\bar{x}$= 2.68, *SD* = 0.55) การได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนต่อความรู้สึกและความกังวล ($\bar{x}$= 2.67, *SD* = 0.58) และการได้รับกำลังใจหรือคำชื่นชมในการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{x}$= 2.62, *SD* = 0.60) ซึ่งทุกข้ออยู่ในระดับมาก ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การสนับสนุนด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$= 2.49, *SD* = 0.70) แม้อยู่ในระดับมากเช่นกัน

4. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยจำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ 4) ด้านการจัดการความเครียด 5) ด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติด และ 6) ด้านการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{x}$= 4.29, *SD* = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง โดยด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$= 4.32, *SD* = 0.56) รองลงมา ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x}$= 4.30, *SD* = 0.65) การควบคุมอาหาร ($\bar{x}$= 4.26, *SD* = 0.60) การจัดการความเครียด ($\bar{x}$= 4.26, *SD* = 0.60) การออกกำลังกาย ($\bar{x}$= 4.25, *SD* = 0.57) และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ($\bar{x}$= 4.24, *SD* = 0.83) ตามลำดับ โดยทุกด้านอยู่ในระดับบ่อยครั้ง

5. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า มีตัวแปรต้นจำนวน 8 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน 0.85 (ค่า r = < 0.85) พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (Gender) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก (χ^2 = 15.06, p < *0.00)* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยด้านการศึกษา (Education) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก (χ^2 = 32.02, p < *0.00)* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยด้านโรคร่วม (Comorbidities) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก (χ^2 = 1.98, p < 0.37)

ดังนั้นตัวแปรด้านเพศ (Gender) และด้านการศึกษา (Education) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม จึงนำตัวแปร 2 ตัวแปรนี้มาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไป

ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ (Knowledge of Healthcare) (r = 0.56, p < *0.00)* ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitudes of Healthcare) (r = 0.55, p < *0.00)* ความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ (Knowledge of Healthcare Policy) (r = 0.60, p < *0.00)* การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแล

สุขภาพ (Access to Healthcare Information) (r = 0.55, $p < 0.00$) การสนับสนุนของครอบครัว (Family's Support) (r = 0.61, $p < 0.00$) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Public Health Officer's Support) (r = 0.70, $p < 0.00$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายผล 7 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายข้อ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต เบาหวานขึ้นตา และแผลที่เท้า ตลอดจนมีทัศนคติที่เอื้อต่อการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าการได้รับความรู้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่องในระบบบริการปฐมภูมิช่วยเสริมสร้างทั้งความรู้ ความเชื่อและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chawla และคณะ[14] ที่พบว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้นและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นเรศ ขำเจริญ และคณะ[15] ที่รายงานว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสมมากกว่า และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ซึ่งช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว ดังนั้นการพัฒนาความรู้และทัศนคติในฐานะปัจจัยนำที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งการจัดกระบวนการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจะเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมโรคและลดภาระภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2. ปัจจัยเอื้อด้านความรู้เรื่องนโยบายและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความรู้เรื่องนโยบายสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิและช่องทางสื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความมั่นใจในการเลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Orozco-Beltrán และคณะ[16] ที่ชี้ว่า การใช้เทคโนโลยีสุขภาพและระบบติดตามแบบสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มความร่วมมือและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ และคณะ[17] ที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพที่เข้าใจง่ายและหลากหลายรูปแบบ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการควบคุม HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ

3. ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะบทบาทครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ในการติดตาม เยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับชัยยุทธ คลื่นแก้ว[18] ที่รายงานว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนช่วยลดระดับ

HbA1c และเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง และสอดคล้องกับ จงกล สุกิจจารักษ์[19] ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขเป็นกลไกสำคัญต่อความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลศรีษะกระบือมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับปฏิบัติบ่อยครั้งทั้งโดยรวมและรายด้าน สะท้อนว่าผู้ป่วยมีความตระหนักและตั้งใจดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเลือกบริโภคอาหารจากพืช (ผัก ผลไม้ ธัญพืช) การมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ การนอนหลับให้เพียงพอและมีคุณภาพ การจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมผ่อนคลายหรือการขอคำปรึกษาเมื่อจำเป็น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรืออาสาสมัคร ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาล ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม เวชสุทธานนท์[20] ที่ชี้ว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุมและตอบโจทย์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการบูรณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ กรกนก นาเครือ[21] ที่เน้นว่าความรอบรู้สุขภาพเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย และภาครัฐ/องค์กรปกครองท้องถิ่นควรมีบทบาทในการสนับสนุนนโยบาย กิจกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตสุขภาพดี เพื่อให้พฤติกรรมตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับชุมชน

5. ปัจจัยนำ (การศึกษา ความรู้ และทัศนคติ) ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 36 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยนำทั้งสามด้านเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การมีระดับการศึกษาที่ดีช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขณะเดียวกันความรู้ที่ถูกต้องและทัศนคติเชิงบวกช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตและมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ปิยนาฏ แซ่กั๋ง[22] ที่พบว่าความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีระดับความรู้สูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าประมาณ 4.52 เท่า และเสนอให้มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการพัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ทวีป สมัครการไถ และอำนาจ ค้ายาดี[23] ที่รายงานว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพและเจตคติที่ดี ส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 39.3 การควบคุมอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.0 และระดับ HbA1c ลดลงร้อยละ 0.4 ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 20–30 ดังนั้นปัจจัยด้านการศึกษา ความรู้ และทัศนคติ จึงถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งควรเน้นการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพควบคู่กับการสร้างทัศนคติเชิงบวก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนและลดภาระโรคในระยะยาว

6. ปัจจัยเอื้อด้านความรู้เรื่องนโยบายสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถี

ชีวิตผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องนโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 37 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้และเข้าใจนโยบายสุขภาพจากหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยการที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางควบคุมระดับน้ำตาล การปฏิบัติตามแผนการรักษา และมาตรการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายสาธารณสุข ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติจริง เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการตรวจติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตและมีผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Gidudu และคณะ[24] ที่พบว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การติดตามน้ำหนัก และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยเสนอให้บุคลากรสาธารณสุขดำเนินการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและใช้แนวทางแบบองค์รวม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ หทัย ธาตุทำเล[25] ที่รายงานว่ากิจกรรมให้ความรู้ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (เพิ่มขึ้น 1.43 คะแนน) และส่งผลดีต่อดัชนีชี้วัดสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ FBS, HbA1c, ความดันโลหิต น้ำหนักตัว รอบเอว BMI และองค์ประกอบร่างกาย ดังนั้นความรู้ด้านนโยบายสุขภาพจึงเป็นปัจจัยเอื้อที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการจัดการโรคเบาหวานเชิงพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

7. ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 49 ซึ่งเป็นสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับปัจจัยอื่น สะท้อนบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขในฐานะ “ปัจจัยเสริม” ที่ช่วยผลักดันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมการให้คำปรึกษาเชิงรุก การติดตามต่อเนื่อง และการสร้างแรงจูงใจอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในโรค เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาล และปฏิบัติตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการตรวจสุขภาพตามนัด นอกจากนี้ การสนับสนุนทางจิตใจและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความสามารถในการกำกับตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและการยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาวผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ และธนิสา อนุญาหงษ์[26] ที่ระบุว่า เวชศาสตร์วิถีชีวิตต้องอาศัยการสนับสนุนเชิงรุกและความสัมพันธ์เชิงบวกจากผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับ มยุรี คนยัง[27] ที่เสนอให้พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ อสม. ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างรอบด้าน ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเน้นความใกล้ชิด ความต่อเนื่อง และความ

เข้าใจบริบทชุมชน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต พร้อมทั้งวางแผนงานและจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้และความชำนาญในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เพื่อให้เกิดการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ให้คำปรึกษาและความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลโรค รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาระยะยาวโดยเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 1 ปี เพื่อให้สามารถติดตามพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดูแล รวมทั้งประเมินความไม่แปรผันของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนารูปแบบพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตในตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพในชุมชนต่อไป

3. ควรศึกษาการนำเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ หรือเครื่องมือติดตามพฤติกรรมด้านสุขภาพออนไลน์ มาใช้เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2568). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิต เขตสุขภาพที่ 4. นนทบุรี: สวรส.; 2568.
2. World Health Organization.(2023). Noncommunicable diseases fact sheet. Geneva: WHO; 2023.
3. วสันต์ จันทราทิตย์.(2567). สุขภาวะแบบองค์รวมกับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพ; 2567.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. Kelly JT, Karlsen MC, Lianov L.(2019). Establishing the lifestyle medicine core competencies. Am J Lifestyle Med. 2019;13(4):346-50.
6. Trilk JL, Nelson AG, Briggs A, Muscato D.(2019). Including lifestyle medicine in undergraduate medical curricula. Am J Lifestyle Med. 2019;13(4):358-61.
7. ศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต.(2567). รายงานการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย.กรุงเทพฯ: ศูนย์จัดการความรู้ฯ; 2567.

8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก.(2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 4 ตำบลศีรษะกระบือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก [Internet]. 2568 [cited 2026 Feb 17]. Available from: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/0f23318497737af76b19e98304dbcec7
9. Yamane T.(1973). Statistics: An introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1973.
10. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.
11. Rovinelli RJ, Hambleton RK.(1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch. 1977;2:49-60.
12. Pearson K.(1895). Notes on regression and inheritance in the case of two parents. Proc R Soc Lond. 1895;58:240-242.
13. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
14. Chawla SPS, Kaur S, Bharti A, Garg R, Kaur M, Soin D, et al.(2019). Impact of health education on knowledge, attitude, practices and glycemic control in type 2 diabetes mellitus. J Family Med Prim Care. 2019;8(1):261–5.
15. นเรศ ขำเจริญ, สุดารัตน์ สุดเขียว, อภิญญา ผันอักษร, วชากร นพนรินทร์.(2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2568;15(2):45–58.
16. Orozco-Beltrán D, et al.(2021). Digital health interventions and multidisciplinary care in type 2 diabetes management. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):1-14.
17. ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, จิตรวรรณ แสนยศ, หทัยรัตน์ มากร, ยุวณีย์ จันทร์ส่ง.(2567). การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2567;20(2):45-60.
18. ชัยยุทธ คลื่นแก้ว.(2566). บทบาทครอบครัวและเครือข่ายชุมชนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ. 2566;17(3):112-126.
19. จงกล สุกิจจารักษ์.(2567). แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2567;38(1):77-89.
20. เกษม เวชสุทธานนท์.(2566). เวชศาสตร์วิถีชีวิตกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารการแพทย์ชุมชน. 2566;14(2):1-15.
21. กรกนก นาเครือ.(2567). ความรอบรู้สุขภาพกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารสุขศึกษา. 2567;47(1):23-38.
22. ปิยนาฏ แซ่ก๋ง. (2567). ความรอบรู้สุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(2):145-158.
23. ทวีป สมัครการไถ, อำนาจ ค้ายาดี. (2568). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพต่อระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;41(1):59-72.
24. Gidudu J, et al.(2025). Health education and lifestyle modification among patients with type 2 diabetes mellitus. BMC Public Health. 2025; 25: 1-12.
25. หทัย ธาตุทำเล.(2568). ผลของกิจกรรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อดัชนีชี้วัดสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารส่งเสริมสุขภาพ. 2568;12(1):33-48.
26. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, ธนิสา อนุญาหงษ์. (2567). การประยุกต์เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการปฐมภูมิ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2567;29(3):201-215.
27. มยุรี คนยัง.(2567). บทบาทภาคีเครือข่ายต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2567;19(2):88-102.

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดทางหน้าท้องร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง: กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient with Uterine Fibroids Undergoing Abdominal Surgery Complicated by Anemia: A Case Study.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

เพิ่มพร คงสมมาตย์[1]

Permporn Kongsommat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี วินิจฉัย Myoma uteri with hypermenorrhea เข้ารับการรักษาเพื่อทำผ่าตัด TAH with BSO and Appendectomy จากการประเมินสภาพพบปัญหาสำคัญใน ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด รวมถึงมีแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากปัสสาวะบ่อยกลางคืนจากก้อนเนื้องอกกดทับกระเพาะปัสสาวะ ระยะหลังผ่าตัด พบปัญหาปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาด 16 เซนติเมตร (Pain score = 8 คะแนน) เสี่ยงต่อภาวะซีดและพร่องออกซิเจนจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 มิลลิลิตร (HCT stat 27%) มีภาวะท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ระยะเตรียมจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลต่อแบบแผนเพศสัมพันธ์และการเข้าสู่วัยทองทันทีจากการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง รวมถึงขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ผลการศึกษา หลังได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและเพศสัมพันธ์ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาการปวดแผลบรรเทาลง (Pain score ลดลงเหลือ 2–3 คะแนน) ได้รับการเติมเลือด (PRC 1 unit) ทำให้ค่า HCT เพิ่มขึ้นเป็น 30% และไม่มีอาการพร่องออกซิเจน ระบบทางเดินอาหารฟื้นตัวดี สามารถผายลมและรับประทานอาหารได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ และสามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามหลัก D-METHOD ได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: เนื้องอกมดลูก, การผ่าตัดตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง, การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด, วัยทองจากการผ่าตัด

ABSTRACT

This case study aimed to describe comprehensive nursing care across the preoperative, postoperative, and discharge planning phases for a patient undergoing TAH with BSO. A 50-year-old Thai female diagnosed with myoma uteri with hypermenorrhea was admitted for scheduled TAH with BSO and appendectomy. Assessment revealed key health problems Preoperative phase: High level of anxiety regarding the surgical procedure, physical alterations, loss of fertility, and post-hysterectomy sexual performance, as well as sleep pattern disturbance due to nocturia caused by tumor pressure on the bladder. Postoperative phase: Acute incisional pain from a 16-cm abdominal wound (pain score = 8/10), risk of anemia and hypoxia secondary to an intraoperative blood loss of 600 mL (postoperative HCT 27%), post-surgical abdominal distension due to decreased intestinal motility, and risk of surgical site infection. Discharge planning phase: Anxiety regarding surgical menopause and changes in sexual health patterns, alongside a deficit in knowledge regarding post-discharge self-care.

Result: Patient-centered nursing care was implemented. Preoperatively, therapeutic communication, emotional support, and surgical education successfully alleviated anxiety, stabilizing vital signs. Postoperatively, pain management reduced the pain score to 2–3/10, allowing early ambulation. Packed red blood cell (PRC) transfusion (1 unit) safely corrected anemia (HCT increased to 30%) with no hypoxic signs. Early ambulation and antiflatulents promoted bowel motility, relieving abdominal distension. Aseptic

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

wound care prevented surgical site infection, and the wound healed well. Discharge preparation using the D-METHOD enabled the patient and her spouse to demonstrate a correct understanding of home care, surgical menopause management, sexual health guidelines, and red-flag symptoms prior to safe discharge.
Keywords: Myoma Uteri, Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy (TAH with BSO), Postoperative Nursing Care, Surgical Menopause

บทนำ

เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Myoma Uteri หรือ Uterine Fibroids) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign tumor) ของระบบสืบพันธุ์สตรีที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะในสตรีวัยเจริญพันธุ์จนถึงวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 70–80 ในสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป[1] สาเหตุและพาทอโลจีของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์อย่างซับซ้อนกับการตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกอย่างผิดปกติ[2] แม้เนื้องอกมดลูกจะไม่ใช่มะเร็ง แต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรง เช่น ภาวะประจำเดือนมามากผิดปกติ (Hypermenorrhea) ซึ่งนำไปสู่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) อาการปวดหน่วงท้องน้อยอย่างเรื้อรัง รวมถึงการกดเบียดอวัยวะข้างเคียงในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะการเบียดกระเพาะปัสสาวะจนทำให้เกิดภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[1] ในกรณีที่ผู้ป่วยมีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ (เช่น ขนาดตั้งแต่ 10 เซนติเมตรขึ้นไป) มีภาวะเลือดออกมากจนซีด หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy: TAH) ถือเป็นวิธีการรักษาหลักที่เป็นข้อบ่งชี้มาตรฐาน (Gold standard) ในการกำจัดพยาธิสภาพได้อย่างเด็ดขาด[3]นอกจากนี้ หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยเข้าสู่วัยทองหรือใกล้หมดประจำเดือน การผ่าตัดตัดรังไข่และปีกมดลูกออกทั้งสองข้างร่วมด้วย (Bilateral Salpingo-Oophorectomy: BSO) มักเป็นทางเลือกทางการแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งรังไข่ในอนาคต[4] อย่างไรก็ดี การผ่าตัด TAH with BSO เป็นการผ่าตัดใหญ่ทางสูตินรีเวชที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคม

ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับบาดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ ความเจ็บปวดรุนแรงหลังผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดและภาวะซีดเฉียบพลันจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด การหยุดชั่วคราวของลำไส้ทำให้เกิดภาวะท้องอืด (Postoperative ileus) รวมถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสำคัญยิ่งคือ การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายลดลงอย่างฉับพลัน เกิดภาวะวัยทองจากการผ่าตัด (Surgical menopause) ทันที ซึ่งผู้ป่วยอาจเผชิญกับอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ช่องคลอดแห้ง และอารมณ์แปรปรวนอย่างรุนแรง[4]

ทางด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลสูง (Preoperative anxiety) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับความปลอดภัย ภาพลักษณ์ร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียอวัยวะแสดงสัญลักษณ์ความเป็นสตรี และที่สำคัญที่สุดคือความวิตกกังวลต่อความบกพร่องทางแบบแผนเพศสัมพันธ์ (Sexual dysfunction) โดยกลัวว่าการตัดมดลูกและช่องคลอดที่สั้นลงจะทำให้เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือทำให้คู่สมรสไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวในระยะยาว[5]

จากการศึกษากรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี วินิจฉัย Myoma uteri with Hypermenorrheaเข้ารับการผ่าตัด TAH with BSO and Appendectomy พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพที่สับซ้อนคาบเกี่ยวในทุกระยะ ได้แก่ ภาวะซีดสะสม, การนอนหลับถูกรบกวนจากภาวะ

ปัสสาวะบ่อยกลางคืน, ความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัด, อาการปวดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ 16 เซนติเมตร, ภาวะเสียเลือด 600 มิลลิลิตรขณะผ่าตัด, ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด, ความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์และการเข้าสู่วัยทองทันที รวมถึงการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) โดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล จัดการความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อน ปรับตัวเข้าสู่วัยทองได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมสัมพันธภาพทางเพศของคู่สมรสให้ดำเนินไปอย่างมีความสุข[6]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้จัดทำจึงสนใจศึกษากรณีศึกษานี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสูตินรีเวช การจัดทำแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อกลับไปใช้วิถีชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง จำนวน 2 ราย
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลและการพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้างผ่านทางหน้าท้อง (TAH with BSO)
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) ผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง จำนวน 2 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน (Gordon's Functional Health Patterns) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยแบ่งระยะการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative phase), ระยะหลังผ่าตัด (Post-operative phase) และ ระยะวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning phase)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกหลายก้อน (Multiple Myoma Uteri) โดยมีประวัติสำคัญคือประสบภาวะเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอดเรื้อรังมานานกว่า 2 ปี และตรวจพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์เสี่ยงสูง (HPV 31, 59) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตัดมดลูก รังไข่ขวา ปีกมดลูกขวา และไส้ติ่งผ่านทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy with Right Salpingo-Oophorectomy and Appendectomy: TAH with Right SO and Appendectomy) ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 30 นาที และมีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 500 มิลลิลิตร

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกร่วมกับภาวะประจำเดือนมามากผิดปกติ (Myoma uteri with hypermenorrhea) โดยตรวจพบก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ประมาณ 10 เซนติเมตร ซึ่งส่งผลให้เกิดการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง โดยเฉพาะกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตัดมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ออกทั้งสองข้าง ร่วมกับการตัดไส้ติ่งผ่านทางหน้าท้อง (Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy and Appendectomy: TAH with BSO and Appendectomy) โดยมีปริมาณการเสียเลือดในห้องผ่าตัด 600 มิลลิลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 แบ่งตามระยะการดูแลและปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) มีดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1

1. มีภาวะวิตกกังวลสะสมเนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง (เลือดออกกระปริดกระปรอยมานาน 2 ปี) การดำเนินโรค และการเข้ารับการผ่าตัด TAH with Right SO and Appendectomy

2. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในช่องคลอดลามขึ้นไปสู่ระบบสืบพันธุ์ส่วนบน เนื่องจากมีประวัติการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูง (HPV 31, 59) ร่วมกับมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

กรณีศึกษารายที่ 2

1. มีภาวะวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัด (Pre-operative anxiety) เกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่ TAH with BSO and Appendectomy การสูญเสียมดลูกและรังไข่สองข้าง และผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (BP 137/89 mmHg, HR 98 ครั้ง/นาที)

2. แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia 4–5 ครั้ง/คืน) จากการที่ก้อนเนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่ (10 เซนติเมตร) กดเบียดกระเพาะปัสสาวะ

2. ระยะหลังผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 1

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง (Pain score แรกรับหลังผ่าตัด = 8 คะแนน)

2. เสี่ยงต่อภาวะซีดและภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด (เสียเลือดขณะผ่าตัด 500 ml, ค่า HCT แรกรับ 27.6%, หลังผ่าตัด 28% และได้รับการเติมเลือด PRC 1 unit)

3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงหลังการผ่าตัด (ผลข้างเคียงจากยาระงับปวด Morphine และยาสลบ โดยอาเจียน 7 ครั้งในวันที่ 2 หลังผ่าตัด)

4. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้องและตอช่องคลอด (Vaginal cuff)

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ 16 เซนติเมตร (Pain score แรกรับหลังผ่าตัด = 8 คะแนน)

2. เสี่ยงต่อภาวะซีดและภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด (เสียเลือดขณะผ่าตัด 600 ml, ค่า HCT หลังผ่าตัดลดลงเหลือ 27% และได้รับการเติมเลือด PRC 1 unit)

3. ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะท้องอืด แน่นท้อง จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหลังการผ่าตัดและฤทธิ์ยาระงับปวด (Pethidine)

4. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากเป็นแผลผ่าตัดกว้าง 16 เซนติเมตร

3. ระยะวางแผนการจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพ

กรณีศึกษารายที่ 1

1. เสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดตามผลโรคติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูง และการกลับมาเกิดพยาธิสภาพซ้ำบริเวณช่องคลอด

2. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งบริเวณยอดช่องคลอด (Vaginal cuff cytology)

กรณีศึกษารายที่ 2

1. วิตกกังวลและเสี่ยงต่อความบกพร่องทางแบบแผนเพศสัมพันธ์ (Sexual dysfunction) จากความกังวลเรื่องช่องคลอดสั้นลง ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และความกลัวว่าคู่สมรสจะไม่พึงพอใจ

2. วิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากการเข้าสู่วัยทองทันที (Surgical menopause) เนื่องจากการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง (BSO)

3. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การดูแลสุขภาพในวัยทอง การรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) และข้อห้ามในการยกของหนักตามหลัก D-METHOD

จากการประเมินสภาพผู้ป่วยและวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) ทั้ง 2 กรณีศึกษา สามารถสรุปและจัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลพร้อมกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกระยะการดูแล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative Phase) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์** **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบอกว่ากังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวการเสียมดลูก/รังไข่ กลัวช่องคลอดสั้น และกังวลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับสามีหลังผ่าตัด O: แรกรับตรวจพบสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง (BP 137/89 mmHg, HR 98 ครั้ง/นาที) สีหน้าวิตกกังวล สอบถามเรื่องการผ่าตัดซ้ำๆ **วัตถุประสงค์:** เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัว **เกณฑ์การประเมินผล:** สีหน้าผ่อนคลายขึ้น และผู้ป่วยเอ่ยปากว่าลดความกังวลใจลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BP 90–120/60–80 mmHg, HR 60–100 ครั้ง/นาที)	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด รับฟังความรู้สึกด้วยท่าทีเห็นอกเห็นใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีระบายความกังวล 2. อธิบายขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และเหตุผลของการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างชัดเจน 3. อธิบายกายวิภาคหลังผ่าตัดว่า การตัดมดลูกไม่ได้ทำให้ความยาวช่องคลอดเปลี่ยนแปลงจนกระทบต่อเพศสัมพันธ์ และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติเมื่อแผลหายดี (6–8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) 4. สอนและฝึกทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ (Deep breathing exercise) 5. แนะนำและดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนเข้าห้องผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BP 118/75 mmHg, HR 82 ครั้ง/นาที) และอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดได้ถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) จากการกดเบียดของก้อนเนื้องอกมดลูก **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบอกว่าต้องลุกปัสสาวะกลางคืน 4–5 ครั้ง ทำให้ตื่นบ่อย นอนหลับไม่สนิท และรู้สึกอ่อนเพลีย O: ตรวจพบก้อนเนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่ (~10 เซนติเมตร) กดเบียดกระเพาะปัสสาวะ **วัตถุประสงค์:** เพื่อส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนการผ่าตัด **เกณฑ์การประเมินผล:** 1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 6–8 ชั่วโมงต่อคืน 2. สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินแบบแผนการนอนหลับ จำนวนครั้งที่ลุกปัสสาวะ และปัจจัยที่รบกวนการนอน 2. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มปริมาณมากก่อนนอน 2 ชั่วโมง เพื่อลดการลุกปัสสาวะกลางคืน 3. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องพักให้เงียบสงบ แสงไฟสลัว และปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม 4. แนะนำให้ปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเข้านอน 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปัสสาวะบ่อยจะหายไปหลังได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออก **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น สีหน้าสดชื่น พร้อมสำหรับการเข้ารับการผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (Post-operative Phase)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่กล้าขยับตัว O: แผลผ่าตัดเปิดหน้าท้องยาว 16 เซนติเมตร, คะแนนความปวด (Pain score) = 8 คะแนน, สีหน้าเกร็ง ตรวจพบสัญญาณชีพสูงขึ้นเมื่อมีอาการปวด **วัตถุประสงค์:** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยทนได้ **เกณฑ์การประเมินผล:** คะแนนความปวด (Pain score) ลดลงเหลือ ≤ 3 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สามารถพักผ่อนและเริ่มขยับตัวบนเตียงได้	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินระดับความปวด (Pain score) ตำแหน่ง และลักษณะการปวดอย่างสม่ำเสมอทุก 2–4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ (เช่น Morphine IV, Pethidine IV หรือ Brufen/Paracetamol PO) พร้อมประเมินผลข้างเคียง 3. สอนใช้มือ หรือหมอนนุ่มๆ ประคองหน้าท้องบริเวณแผลผ่าตัดเวลาไอ จาม หรือพลิกตัว เพื่อลดการดึงรั้งของแผล 4. จัดท่าทางให้นอนหัวสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler's position) เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง 5. ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ หรือฟังเพลงเบาๆ **ประเมินผลการพยาบาล:** หลังได้รับยาระงับปวด คะแนนความปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ขยับตัวบนเตียงได้ดีขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: เสี่ยงต่อภาวะซีดและภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เวลาลุกนั่ง O: เสียเลือดขณะผ่าตัด (Blood loss) 500–600 ml, ผล HCT หลังผ่าตัดลดลงเหลือ 27–28%, เยื่อบุตาดูซีด, ได้รับการเติมเลือด Packed Red Blood Cells (PRC) 1 unit **วัตถุประสงค์:** เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซีด และส่งเสริมให้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย **เกณฑ์การประเมินผล:** ค่า HCT หลังได้รับเลือดเพิ่มขึ้นเป็น ≥ 3% สัญญาณชีพปกติ เยื่อบุตาและริมฝีปากมีเลือดฝาด ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด และระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด 2. บริหารส่วนประกอบของเลือด (PRC 1 unit) ตามแผนการรักษา โดยยึดหลักมาตรฐานความปลอดภัยและการเฝ้าระวังปฏิกิริยาข้างเคียงจากการรับเลือดอย่างเคร่งครัด 3. ติดตามผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HCT stat) หลังการเติมเลือดครบถ้วน 4. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) 5. ดูแลให้ได้รับยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) และแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืด เยื่อบุตาไม่ซีด ผล HCT หลังได้รับ PRC 1 unit เพิ่มขึ้นเป็น 30% อยู่ในระดับที่ปลอดภัย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด และมีภาวะท้องอืดแน่นท้อง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบ่นคลื่นไส้ อาเจียน และรู้สึกแน่นท้อง อืดอัดท้อง O: มีการอาเจียนหลังผ่าตัด, ฟังเสียงการบีบตัวของลำไส้ได้น้อย (Hypoactive bowel sound), ได้รับยาระงับปวดกลุ่ม Opioids และยาสลบ **วัตถุประสงค์:** บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน และส่งเสริมการทำงานและการบีบตัวของลำไส้ให้เป็นปกติ **เกณฑ์การประเมินผล:** ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หน้าท้องนิ่ม ไม่กางตึง ฟัง Bowel sound ได้ปกติ (6–12 ครั้ง/นาที) และผู้ป่วยผายลมได้	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน ปริมาณสิ่งที่อาเจียน อาการท้องอืด และฟัง Bowel sound ทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน และยาขับลม (Simethicone/Air-X) ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลให้งดน้ำและอาหารทางปาก (NPO) ในระยะแรก และเริ่มให้จิบน้ำหรืออาหารอ่อนตามลำดับเมื่อเริ่มฟังได้ Bowel sound หรือผู้ป่วยผายลม 4. กระตุ้นการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) โดยช่วยพยุงลุกนั่งขอบเตียงและเดินรอบเตียงเพื่อกระตุ้นลำไส้ 5. หลีกเลี่ยงการใช้หลอดดูดน้ำเพื่อลดการกลืนลมลงกระเพาะอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยหยุดอาเจียน สามารถผายลมได้ หน้าท้องนิ่ม ฟัง Bowel sound ได้ 8 ครั้ง/นาที และเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด และกังวลเรื่องแผลโดนน้ำ O: มีแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาด 16 เซนติเมตร, มีไข้ต่ำๆ หลังผ่าตัด ได้รับยาปฏิชีวนะ (Cefazolin IV / Amoxycillin PO) **วัตถุประสงค์:** ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง และส่งเสริมการสมานตัวของแผล **เกณฑ์การประเมินผล:** แผลผ่าตัดแห้ง ติดดี ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน หรือมีหนองซึม อุณหภูมิร่างกายปกติ และผล WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และประเมินลักษณะแผลผ่าตัด (บวม แดง ร้อน ปวด มีสารหลั่ง) 2. ทำความสะอาดและดูแลแผลผ่าตัดโดยยึดหลักเทคนิคไร้เชื้อ (Aseptic technique) อย่างเคร่งครัด 3. ดูแลปิดแผลด้วยพลาสเตอร์กันน้ำเมื่อผู้ป่วยเริ่มทำความสะอาดร่างกายได้ เพื่อป้องกันความอับชื้น 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องและตรงเวลา 5. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและวิตามินซีเพื่อช่วยในการสมานแผล **ประเมินผลการพยาบาล:** แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่บวม แดง หรือมีหนอง อุณหภูมิร่างกายปกติไม่พบภาวะติดเชื้อ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning Phase)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: วิตกกังวลและเสี่ยงต่อความบกพร่องทางแบบแผนเพศสัมพันธ์จากการสูญเสียมดลูกและการเข้าสู่วัยทอง **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยบ่นกังวลว่าตัดมดลูก/รังไข่แล้วจะทำให้เพศสัมพันธ์กับสามีไม่เหมือนเดิม กลัวช่องคลอดแห้ง และกลัวสามีไม่พึงพอใจ O: ผ่าตัด TAH with BSO (ตัดรังไข่ออกสองข้าง) ส่งผลให้เข้าสู่วัยทองทันทีจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้ป่วยและสามีมีความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อเพศสัมพันธ์ และสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะวัยทองได้อย่างเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล:** ผู้ป่วยและสามีแสดงความเข้าใจและคลายความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและสามีร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทางเพศหลังผ่าตัด 2. เน้นย้ำการงดมีเพศสัมพันธ์และการสวนล้างช่องคลอดเป็นเวลา 6–8 สัปดาห์ เพื่อรอให้ยอดช่องคลอด (Vaginal cuff) สมานตัวเรียบร้อย 3. ให้ความรู้เรื่องอาการวัยทองจากการตัดรังไข่ (เช่น ช่องคลอดแห้ง ร้อนวูบวาบ) และแนะนำการใช้วารสารหล่อลื่นสูตรน้ำ (Water-based lubricant) เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้ 4. เสริมสร้างความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และส่งเสริมการสื่อสารความรู้สึกอย่างเปิดเผยระหว่างคู่สมรส **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยและสามีมีสีหน้าผ่อนคลาย เข้าใจข้อห้ามงดมีเพศสัมพันธ์ 6–8 สัปดาห์ และมีความมั่นใจในการปรับตัวเข้าสู่วัยทอง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
สามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการรับมือกับอาการวัยทองได้ถูกต้อง	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน **ข้อมูลสนับสนุน:** S: ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อาหาร ข้อห้ามยกของหนัก และการรับประทานยาเมื่อกลับบ้าน O: เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางสูตินรีเวช ได้รับยารับประทานกลับบ้านหลายชนิด และต้องได้รับการตรวจติดตามตามนัด **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนัก มีความรู้ และสาธิตการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล:** ผู้ป่วยและญาติอธิบายข้อปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD ได้ถูกต้อง ระบุชื่อยา วิธีใช้ ยาบำรุงเลือด ข้อห้ามยกของหนัก และสัญญาณเตือนผิดปกติได้	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD: D (Diagnosis): อธิบายการผ่าตัด การตัดมดลูก/รังไข่ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย M (Medicine): แนะนำชื่อยา วิธีรับประทาน โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด และยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) E (Environment): แนะนำการจัดบ้านให้โปร่ง สะอาด หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดบ่อยๆ ในช่วงแรก T (Treatment & Activities): แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด เน้นย้ำข้อห้ามยกของหนัก (> 5 กิโลกรัม) และการงดเกร็งหน้าท้อง 6–8 สัปดาห์ H (Health): แนะนำการรับประทานอาหารโปรตีนสูง ผักผลไม้ ดื่มน้ำ 2,000–2,500 มล./วัน เพื่อป้องกันท้องผูก O (Outpatient): เน้นย้ำวันนัดตรวจติดตาม แผล/ตัดไหม (7 วัน) และนัดฟังผลพยาธิวิทยา (1 เดือน) หรือคัดกรอง Vaginal cuff cytology D (Danger Signs): อธิบายสัญญาณเตือนผิดปกติ เช่น มีไข้สูง แผลบวมแดงมีหนอง เลือดออกสดทางช่องคลอด หรือปวดท้องรุนแรง ที่ต้องมาพบแพทย์ทันที 2. เปิดโอกาสให้สอบถามและประเมินความเข้าใจย้อนกลับ (Teach-back technique) **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม ระบุข้อห้ามปฏิบัติ ยารับประทาน และสัญญาณเตือนผิดปกติได้อย่างถูกต้อง พร้อมสำหรับการกลับไปพักฟื้นที่บ้านอย่างปลอดภัย

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

การศึกษารายกรณีนี้มุ่งศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Myoma uteri) ที่ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (TAH) ทั้งในกรณี TAH with Right SO และ TAH with BSO โดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด จนถึงระยะวางแผนจำหน่าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกหลายก้อน (Multiple Myoma Uteri) ในการดูแลระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิตกกังวลสะสมจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องคลอดลามขึ้นไปสู่ระบบสืบพันธุ์ส่วนบน ทีมพยาบาลได้ให้การดูแลโดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล และการดูแลสุขวิทยาทางช่องคลอดอย่างเคร่งครัด สำหรับระยะหลังผ่าตัด ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องในระดับรุนแรง (Pain score แรกรับเท่ากับ 8 คะแนน) ภาวะเสี่ยงต่อการชีดและพร่องออกซิเจนเนื่องจากค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงแรกรับต่ำ (HCT 27.6%) ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยการเติมเลือด (PRC 1 unit) ตลอดจนภาวะไม่สุขสบายจากการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงเนื่องจากผลข้างเคียงของยาระงับปวด Morphine และยาสลบ โดยพบการอาเจียนถึง 7

ครั้งในวันที่ 2 หลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและตอช่องคลอด (Vaginal cuff) ทีมพยาบาลได้จัดการความปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับเลือดอย่างปลอดภัย เฝ้าระวังปฏิกิริยาข้างเคียง พร้อมทั้งส่งเสริมการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้และทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคไร้เชื้อ ในระยะวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดตามผลการติดเชื้อ HPV และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทีมพยาบาลได้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD โดยเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายังคงมีรังไข่ซ้ายเหลืออยู่ 1 ข้าง ซึ่งสามารถสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ตามปกติ จึงไม่เกิดภาวะวัยทองก่อนวัย และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติหลังแผลหายดี พร้อมทั้งเน้นย้ำข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์และการสวนล้างช่องคลอดในระยะ 6–8 สัปดาห์แรก งดยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม การดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด และความสำคัญของการมาตรวจติดตามคัดกรองมะเร็งบริเวณยอดช่องคลอด (Vaginal cuff cytology) ตามนัด

ผลลัพธ์การดูแล หลังได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับเลือด อาการปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียนทุเลาลง แผลผ่าตัดแห้งดี ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และคลายความวิตกกังวล สามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกร่วมกับภาวะประจำเดือนมามากผิดปกติ (Myoma uteri with hypermenorrhea) ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia 4–5 ครั้งต่อคืน) จากการที่ก้อนเนื้องอกกดเบียดกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัดเกี่ยวกับความปลอดภัย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การสูญเสียภาวะเจริญพันธุ์ การเข้าสู่วัยทองทันทีจากการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ตลอดจนกังวลต่อแบบแผนเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด ซึ่งแสดงออกผ่านทางชีวสัญญาณที่สูงขึ้นแรกรับ (ความดันโลหิต 137/89 mmHg และอัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที) ทีมพยาบาลได้ให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างชัดเจน ร่วมกับการอธิบายโครงสร้างทางกายวิภาคเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการปรับตัวเข้าสู่วัยทอง ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ สำหรับระยะหลังผ่าตัด ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาดใหญ่ 16 เซนติเมตร ในระดับรุนแรง (Pain score แรกรับเท่ากับ 8 คะแนน) ภาวะเสี่ยงต่อการซีดและพร่องออกซิเจนจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 มิลลิลิตร โดยพบค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสะสมหลังผ่าตัดลดลงเหลือ 27% (HCT stat 27%) ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยการบริหารส่วนประกอบของเลือด (PRC 1 unit in 3 hrs.) ตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังประสบภาวะท้องอืด แน่นท้องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหลังผ่าตัด และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทีมพยาบาลได้จัดการประเมินและบรรเทาความปวด ดูแลการได้รับเลือดอย่างใกล้ชิดและปลอดภัย ประเมินผล HCT หลังได้รับเลือดครบถ้วน (เพิ่มขึ้นเป็น 30%) กระตุ้นการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) ร่วมกับดูแลให้ยาขับลมเพื่อส่งเสริมการบีบตัวของลำไส้ ตลอดจนดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคไร้เชื้ออย่างเคร่งครัด ในระยะวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยและสามียังคงต้องการความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการรับมือกับภาวะวัยทองจากการผ่าตัด (Surgical menopause) ทีมพยาบาลได้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD โดยเน้นย้ำข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์และการสวนล้างช่อง

คลอดเป็นเวลา 6–8 สัปดาห์ เพื่อให้แผลยอดช่องคลอดสมานตัวสมบูรณ์ แนะนำการใช้วารสารหล่อลื่นชนิดสูตรน้ำหากมีภาวะช่องคลอดแห้งในอนาคต แนะนำการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก (Ferrous fumarate) และอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนสูง เน้นย้ำข้อห้ามในการยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม การเบ่งหน้าท้อง ตลอดจนการสังเกตสัญญาณเตือนผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

ผลลัพธ์การดูแล หลังได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับเลือด อาการปวดแผลลดลงจนอยู่ในระดับที่ทนได้ ระบบทางเดินอาหารฟื้นตัวดีสามารถผายลมและรับประทานอาหารได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ ค่า HCT เพิ่มขึ้นสู่ระดับที่ปลอดภัย (30%) ผู้ป่วยและสามีมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อแบบแผนเพศสัมพันธ์ คลายความกังวลใจ และสามารถอธิบายข้อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

ระยะก่อนผ่าตัด: ปัญหาสำคัญคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เพศสัมพันธ์ และการรบกวนแบบแผนการนอนหลับจากภาวะปัสสาวะบ่อย (Nocturia) หลังได้รับการพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องกายวิภาคและเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด: ปัญหาหลัก ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องระดับรุนแรง (Pain score = 8) ภาวะซีดจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน/ท้องอืด และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด หลังได้รับการจัดการความปวด การบริหารส่วนประกอบของเลือด (PRC) การส่งเสริมการลุกเดินไว (Early ambulation) และการทำแผลด้วยเทคนิคไร้เชื้อ ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HCT) เพิ่มขึ้นสู่เกณฑ์ปลอดภัย

ระยะวางแผนจำหน่าย: การดำเนินงานตามหลัก D-METHOD ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยทอง (กรณี BSO) การสังเกตสัญญาณเตือนผิดปกติ และพร้อมกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษานำมาสู่ประเด็นการอภิปรายสำคัญ 4 ประการ[1,6] ได้แก่

1. การจัดการความวิตกกังวลและทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์/วัยทอง: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการตัดมดลูกมักมียึดติดกับความเชื่อที่ว่า "ตัดมดลูกแล้วจะทำให้ความเป็นผู้หญิงหมดไป" หรือกังวลว่าช่องคลอดจะสั้นลงจนกระทบต่อเพศสัมพันธ์ การใช้บทบาทพยาบาลในการอธิบายโครงสร้างทางกายวิภาคและการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะวัยทอง (ทั้งกรณีตัดรังไข่ 1 ข้างที่ยังสร้างฮอร์โมนได้ปกติ และตัด 2 ข้างที่ต้องรับมือกับภาวะ Surgical Menopause) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดความเครียดทางจิตสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient-and-Family Centered Care)

2. การฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเร่งด่วน (Early Recovery Protocols): การกระตุ้นการลุกเดินไวหลังผ่าตัด (Early ambulation) มีผลอย่างมากในการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ลดภาวะท้องอืดแน่นท้อง และป้องกันภาวะลำไส้อัมพาตชั่วคราว (Postoperative ileus) นอกจากนี้ การจัดการความปวดอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้หมอนประคองหน้าท้อง ช่วยลดความตึงรั้งของแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ (16 cm) ทำให้ผู้ป่วยกล้าขยับตัวและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของแผลและยอดช่องคลอด (Vaginal Cuff Integration): การวางแผนจำหน่ายที่เน้นย้ำ **ข้อห้ามยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม** การงดเบ่งหน้าท้อง และ **การงดมีเพศสัมพันธ์/สวนล้างช่องคลอดอย่างน้อย 6–8 สัปดาห์** เป็นปัจจัยวิกฤต (Critical Factor) ที่ช่วยป้องกันภาวะแผลยอดช่องคลอดแยก (Vaginal cuff dehiscence) หรือการติดเชื้อในเชิงอุ้งเชิงบัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของการผ่าตัด TAH

จากการวิเคราะห์ผลการรักษาในกรณีศึกษาที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative blood loss) จำนวน 600 มิลลิลิตร ส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit: Hct) ลดลงเหลือร้อยละ 27 ซึ่งตามเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จัดอยู่ใน ภาวะโลหิตจางระดับปานกลาง (Moderate Anemia) การบริหารจัดการทางคลินิกโดยการให้ส่วนประกอบของเลือดชนิด Packed Red Blood Cells (PRC) จำนวน 1 ยูนิต มีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ทางคลินิก (Clinical practice guidelines) ที่ระบุว่าการส่งผ่าน PRC จำนวน 1 ยูนิตในผู้ใหญ่จะช่วยเพิ่มระดับ Hct ได้ประมาณร้อยละ 3 (หรือเพิ่มระดับ Hemoglobin ได้ประมาณ 1 g/dL) โดยผลการติดตามหลังได้รับเลือดพบว่าระดับ Hct ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาอย่างแม่นยำและเป็นไปตามเป้าหมายทางการพยาบาลในการฟื้นฟูความตึงตัวของระบบไหลเวียนโลหิต การขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะพร่องออกซิเจนหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะของการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในเวชปฏิบัติ (Implications for Clinical Practice)

ด้านการดูแลด้านจิตใจและเพศสัมพันธ์: ควรจัดทำสื่อการสอน หรือแผ่นพับให้ความรู้เรื่อง *"การปรับตัวหลังผ่าตัดตัดมดลูกและเพศสัมพันธ์"* เพื่อมอบให้ผู้ป่วยและสามีได้ศึกษาร่วมกันตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

ด้านการวางแผนจำหน่าย: ควรมีนโยบายการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ที่เน้นย้ำข้อห้ามเฉพาะ (เช่น การงดยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม การงดมีเพศสัมพันธ์ 6–8 สัปดาห์) พร้อมทั้งทำคู่มือปฏิบัติงาน (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) สำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวช

ด้านการติดตามผล (Follow-up Care): ควรสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ (Tele-nursing) หรือแอปพลิเคชัน ในช่วง 1–2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย เพื่อประเมินการสมานตัวของแผลผ่าตัด อาการปวด และตอบข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวที่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยและการศึกษาครั้งต่อไป (Recommendations for Future Research)

การศึกษาติดตามผลระยะยาว: ควรมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิต (Quality of Life) และแบบแผนเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด TAH ในระยะยาว (เช่น 3 เดือน และ 6 เดือนหลังผ่าตัด)

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล: ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาประสิทธิผลของนวัตกรรม เช่น *"สายรัดหน้า*ท้องพยุงแผลผ่าตัดสูตินรีเวช" หรือ "โปรแกรมการฟื้นตัวไวหลังการผ่าตัด (ERAS Program: Enhanced Recovery After Surgery)" ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดหน้าท้องทางสูตินรีเวช เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด และระยะเวลาการฟื้นตัวของลำไส้

เอกสารอ้างอิง

1. National Center for Biotechnology Information. (2026). Uterine leiomyomata. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546680/
2. Ozbey, G., & Yilmaz, E. (2025). Myoma uteri: Pathogenesis, clinical presentation, and current management strategies. European Archives of Medical Research, 41(2), 61–68. https://doi.org/10.14744/eamr.2025.37267
3. Marsh, E. E., Al-Hendy, A., Kappus, D., Galen, D. I., & Taylor, H. S. (2024). Burden, diagnosis, and management of uterine fibroids. JAMA, 331(18), 1561–1571. https://doi.org/10.1001/jama.2024.3120
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Management of symptomatic uterine leiomyomas (ACOG Practice Bulletin No. 228). Obstetrics & Gynecology, 137(6), e100–e115. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004401
5. Mays, R. M., & Le, C. Q. (2022). Psychological impacts, body image concerns, and sexual health after hysterectomy for benign conditions: A systematic review. Journal of Women's Health & Gynecological Care, 7(1), 15–24.
6. สิริพร สุวรรณฉัตร, พรนภา หอมกลิ่น, และ รัตนาภรณ์ อาษา. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้และความรู้ต่อการปรับตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 45–54.

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาด ปราศจากเชื้อ ในพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี

Effects of a Knowledge-Enhancement Program on the Preparation of Clean and Sterile Surgical Instruments among Central Sterile Supply Department and Operating Room Staff at Udon Thani Hospital.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ชาลิดา ดวงสุธา[1] จิรนันท์ แซ่ เอี่ยว[2]
Chalida Duangsutha[1] Jiranan Sae-Iew[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อในพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อในพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ พนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงาน ห้องผ่าตัด จำนวน 42 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลาที่กำหนด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 – วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569 มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แบบบันทึ กข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน แบบประเมินความพึงพอใจ และโปรแกรมความรู้ในการส่งเสริมให้พนักงานมีความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือแพทย์ผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และ Dependent paired t-test

ผลการวิจัย: 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ (ก่อน $\bar{X}$= 12.26, S.D.= 4.09 / หลัง $\bar{X}$= 17.26, S.D.= 2.05 (และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -8.61, p < 0.001) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมภายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-5.66, p < 0.001) 3) ข้อมูลการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่วงหลังการใช้โปรแกรมยังไม่แสดงแนวโน้มการลดลงเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการใช้โปรแกรม 4) พนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับมาก) $\bar{X}$= 4.04, S.D. = 0.55)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้, ความรู้ในการปฏิบัติงาน, พฤติกรรมการปฏิบัติงาน, การทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ, พนักงานหน่วยจ่ายกลาง, พนักงานห้องผ่าตัด

Abstract

This study aimed to examine the effects of a knowledge-enhancement program on the operational practices for preparing clean and sterile surgical instruments among staff in the Central Sterile Supply Department (CSSD) and the operating room at Udon Thani Hospital. The study employed a quasi-experimental, one-group pre-posttest design. The participants consisted of 42 staff members from the CSSD and the operating room, along with a group of patients who underwent surgery during the specified study period; all participants met the inclusion criteria and voluntarily joined the research project. Data collection took place from June 30, 2026, to September 30, 2026, involving four sessions over a total of 12 weeks. The research instruments included a general information

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลอุดรธานี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและปhองกันการติดเชื้อ

questionnaire, a knowledge test, an operational behavior assessment form, a satisfaction survey, and a knowledge-enhancement program designed to improve staff proficiency in preparing clean and sterile surgical instruments. The content validity of the instruments was verified by three experts, and their reliability was tested with a group of 30 individuals sharing similar characteristics. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and the dependent paired t-test.

Research Results: 1) The mean knowledge score after the implementation of the program was higher than before (pre-program: $\bar{x}$ = 12.26, S.D. = 4.09; post-program: $\bar{x}$ = 17.26, S.D. = 2.05), with a statistically significant difference (t = -8.61, p < 0.001). 2) The mean behavioral score after the program was significantly higher than before (Z = -5.66, p < 0.001). 3) Data on surgical site infections following the program implementation did not show a downward trend compared to the period prior to the program. 4) Staff in the Central Sterile Supply Department (CSSD) and the operating room at Udon Thani Hospital reported a high level of overall satisfaction ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 0.55) with the program designed to enhance knowledge regarding the preparation of sterile surgical instruments.

Keywords: knowledge enhancement program, operational knowledge, operational behavior, instrument sterilization, Central Sterile Supply Department (CSSD) staff, operating room staff

บทนำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลอุดรธานีพบว่าพนักงานบางส่วน ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดเตรียมเครื่องมือแพทย์ผ่าตัดให้สะอาดและปราศจากเชื้อส่งผลให้ ที่ผ่านมาหน่วยงานได้รับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพของอุปกรณ์การแพทย์อย่างต่อเนื่อง เช่น เครื่องมือแพทย์ผ่าตัดไม่สะอาดมีการชำรุดหักเป็นสนิมและอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมใช้งานนอกจากนี้ยังพบว่ามีบางขั้นตอน ในกระบวนการปฏิบัติงานที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างสม่ำเสมอ และเป็นไปตามมาตรฐานการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อโดยสามารถสรุปประเด็นปัญหาสำคัญได้ดังนี้ 1) กระบวนการทำความสะอาดเครื่องมือที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 2) ความผิดพลาดในขั้นตอนการจัดชุดเครื่องมือและการทำให้ปราศจากเชื้อในขั้นตอน 3) สถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลจากปัญหาในกระบวนการข้างต้นส่งผลกระทบโดยตรงต่ออัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) ของผู้ป่วยหลังทำหัตถการผ่าตัด โดยมีสถิติตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 ถึงพ.ศ. 2568 ดังนี้ ปีพ.ศ.2566: พบผู้ป่วยติดเชื้อSSI รายใหม่จำแนกตามประเภทได้แก่ SSI1จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.81), SSI2 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.71), SSI3 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.61) และ SSI4จำนวน 10คน (ร้อยละ 3.01) ปีพ.ศ. 2567: พบผู้ป่วยติดเชื้อ SSI1 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.18), SSI2จำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.35), SSI3 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 0.94) และ SSI4 จำนวน 2 คน (ร้อยละ0.47) ปีพ.ศ. 2568: พบผู้ป่วยติดเชื้อ SSI1 จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.81), SSI2 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.71), SSI3 จำนวน 12 คน (ร้อยละ3.61) และ SSI4 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 3.01) [1]

จากสภาพปัญหาและสถิติการติดเชื้อดังกล่าวข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาและจัด โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อแก่บุคลากรในหน่วยงานจ่ายกลาง เพื่อยกระดับผลการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น พร้อมทั้งดำเนินการปรับปรุงคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงานจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อให้มีความเป็นปัจจุบันเพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางอ้างอิงในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับปรุงคุณภาพในครั้งนี้อาศัยการศึกษาวิเคราะห์วางแผนและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุมและเป็นระบบโดยมีแผนงานหลักคือการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แก่พนักงานหน่วยจ่ายกลางรวมถึงพนักงานห้องผ่าตัดในส่วนที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปกับการใช้คู่มือปฏิบัติงานที่ได้รับการปรับปรุงใหม่ซึ่งแนวทางนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของราตรี นาคกลัดและ

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย[2] ที่ชี้ให้เห็นว่าการปรับปรุงและส่งเสริมกระบวนการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพผ่านโปรแกรมให้ความรู้สามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจและเพิ่มประสิทธิผลในการปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจ ของผู้รับบริการต่อระบบงานจ่ายกลางในที่สุด

นอกจากนี้การจัดฝึกอบรมในลักษณะเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ยังช่วยสอนแนวคิด การประมวลผลแบบปลอดเชื้อปรับปรุงคะแนนความรู้ความมั่นใจและส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานการจัดการเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี เนื่องจากกระบวนการทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดที่ไม่เพียงพอ ถือเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีขั้นตอน การชำระล้างการปนเปื้อนเพิ่มเติมในแผนกบริการปลอดเชื้อ ทั้งนี้การนำกลยุทธ์ Eliminate-Combine-Rearrange-Simplify(ECRS)[3] มาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติยังพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วยปรับปรุงกระบวนการทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดโดยเฉพาะในช่วงเวลาปฏิบัติงานกลางคืน ทำให้เกิดการพัฒนาทั้งในด้านคุณภาพประสิทธิภาพและช่วยลดต้นทุนของหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อในพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการทำลายเชื้อและการทำให้เครื่องมือผ่าตัดปราศจากเชื้อของพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงาน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อของพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงาน

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ภายหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาด ปราศจากเชื้อ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวัดก่อนหลัง (One group pretest–posttest design)

สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษา

หน่วยงานจ่ายกลาง/กลุ่มงานการพยาบาล ด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 30 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่พนักงานในจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี และผู้ป่วยใน (IPD) ที่ได้รับการผ่าตัดโดยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้เกณฑ์ ประกอบด้วย 2 กลุ่มได้แก่

1. พนักงานในจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดรวมทั้งหมด 42 คนกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอุดรธานีระหว่างวันที่ 30 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลา ระหว่างวันที่ 30 เดือนมิถุนายน พ .ศ . 2569 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ .ศ . 2569

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

กลุ่มพนักงานปฏิบัติงานในหน่วยจ่ายกลาง

1. เพศหญิงและชาย
2. อายุ 20-59 ปี
3. ลักษณะปฏิบัติงานในหน่วยงานจ่ายกลาง
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ เป็นอันตรายในการปฏิบัติงาน
5. พนักงานในหน่วยงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดรวมทั้งหมด 42 คน

กลุ่มผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วยใน (IPD) ที่ได้รับการผ่าตัดโดยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี และเป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่มีการติดตามข้อมูลการติดเชื้อแผล ผ่าตัด (SSI) โดยกลุ่มงาน ICทั้งในช่วงก่อนการทดลอง (ดึงข้อมูลสถิติตัวเลขย้อนหลัง 1 เดือน) และช่วงหลังการทดลอง (เก็บข้อมูลผู้ปุวยในสัปดาห์ที่ 9, 10, 11 และ 12)

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

กลุ่มพนักงานปฏิบัติงานในหน่วยจ่ายกลาง

1. ย้ายที่ทำงานหรือลาออก
2. เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

กลุ่มผู้ป่วย

ผู้ป่วยในช่วงหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 9, 10, 11 และ 12) ที่ถูกส่งต่อ (Refer) ไปรักษาที่อื่น ปฏิ เสธการรักษาต่อหรือเสี ยชีวิตก่อนที่กลุ่มงาน IC จะสามารถติดตามผลการ ติดเชื้อแผล ผ่าตัด (SSI) ได้ครบตามเกณฑ์กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมความรู้ในการส่งเสริมให้พนักงานมีความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือ แพท ย์ผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ

กิจกรรรมที่ 1 โปรแกรมให้ความรู้ตามบทเรียนโดยสอน on site ใช้ power point สอนใช้เวลาในการสอน 3 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม สอนทุ กวันวันละ 1 บท มีทั้งหมด 7 บทเรี ยน บทละ 1 ช . ม . โดยใช้ power point ในการสอนด้วยบทเรียนดังต่อไปนี้

บทที่ 1 การรับ set สกปรก
บทที่ 2 การขัดล้างทำความสะอาด
บทที่ 3 การทำให้แห้ง
บทที่ 4 การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด
บทที่ 5 การทำให้ปราศจากเชื้อ
บทที่ 6 การเก็บset ในห้องปราศจากเชื้อ
บทที่ 7 การส่ง set ปราศจากเชื้อ

กิจกรรมที่ 2 จัดกิจกรรมสอนสาธิตการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดเตรี ยมเครื่องมือผ่าตัดในบาง set ให้ถูกวิธีเปลี่ ยนแปลงตามผู้ต้องการใช้งานเครื่องมือในแต่ละ set เช่น set major set ap-repair set Wertheim set scrub set minor-tr. set. ต่ อหมัน set พิ เศษ set หมันแห้ง เครื่องมือผ่าตัด extra สอน 3 สัปดาห์สอนสัปดาห์ละ ครั้งทุกวันพุธ2 ช .ม .ต่อกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม อยู่ในช่วงสัปดาห์ เดียวกันกับ การสอน บทเรียนทั้ง 7 บท

กิจกรรมที่3 จัดทำคู่มือปฏิบัติงานให้ เป็นปัจจุบันประมาณ 30 หน้าและลงออนไลน์ ให้ดูได้ตลอดเวลา ในไลน์กลุ่มตัวอย่างเป็นไลน์ส่วนตัวของทุกคน

กิจกรรมที่ 4 จัดทำวิดีโอ 10 นาที การจัดเตรียมเครื่องเครื่องมือ ผ่าตัดให้สะอาด ปราศจากเชื้อ และลงออนไลน์ในไลน์ กลุ่ม ตัวอ ย่างเป็นไลน์ส่วน ตัวของทุ กคนการสรา งโปรแกรมการเรี ยน รู้ เพื่อส่งเสริมให้พนักงานมี ความรู้ในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่1 ศึกษาข อมูลจากตำรา ทฤษฎี เอกสารต่างๆ งานวิจัยที่ เกี่ยวข อง ที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยและผลการวิ เคราะห์ข อมูลกอนการทดลองเพื่อนำมา กำหนด โครงสร้าง ขอบเขต และเนื้อหา เพื่อนำมาสร้างเป็นโปรแกรม การเรียนรู้คู่มือปฏิบัติงาน ให้ครอบคลุมประเด็นที่จะวัดทุกตัวแปรตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำโปรแกรมโปรแกรมการเรี ยนรู้ และคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมความรู้ ในการทำงานของพนักงานประกอบด้วย 4 กิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึ กข้อมูลทั่วไปของพนักงานจ่าย กลางและพนักงานห้อง ผ่าตัดได้แ ก่ เพศ อา ยุ อายุการทำงาน

2. แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมความรู้ในพนักงานจ่ ายกลางและ พนักงานห้องผ่าตัดในการ จัดเตรี ยมเครื่องมือให้สะอาดปราศจากเชื้อในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 7 มีลักษณะเป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ (Multiple Choices) 4 ตัวเลือกจำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกกาเครื่องหมาย X (กากบาท) ทับข้อเลือกที่คิดว่าถูกต้องที่สุดตอบถูกให้ 1 คะแนนตอบผิดให้ 0 คะแนน

3. แบบประเมินพฤ ติ กรรมในการป ฏิบัติงานก่ อนและห ลังการให้โปรแกรมความ รู้ในพนักงานหน่วยจ่ายกลาง และพนักงานห้องผ่าตัด ในการจัดเตรียม เครื่องมือให้สะอาดปราศจากเชื้อ ผู้วิจัย เป็นผู้ประเมินพฤติกรรมใช้วิธีสังเกตถามวันละ 1 จุด มีทั้งหมด 7 จุดใช้เวลา 1 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 2 ก่อนใช้โปรแกรมความรู้ในพนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด ในการจัดเตรียมเครื่องมือให้สะอาด ปราศจากเชื้อและสัปดาห์ที่ 8 หลังใช้โปรแกรมความรู้ ในพนักงานจ่ายกลาง และพนักงานห้องผ่าตัด ในการจัดเตรียมเครื่องมือให้สะอาดปราศจากเชื้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติครบในแต่ละขั้นตอน ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติครบให้ 0 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมความรู้ในการจัดเตรี ยมเครื่องมือให้สะอาดปราศจากเชื้อ ในพนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด นำแบบประเมินความพึงพอใจมาสอบถามความคิดเห็น มีทั้งหมด 6 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

เกณฑ์การแปลผล ประเมินระดับความพึงพอใจโดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้[4]

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

5. แบบเฝ้าระวังและบันทึกอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) ใช้สำหรับรวบรวมและเปรี ยบเที ยบข้อมูลการติดเชื้อในตำแหน่งผ่าตัดโดยเก็บข้อมูล ย้อนหลัง 1 เดือนก่อนเริ่ม การทดลองและติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือนอ้างอิงเกณฑ์ การวินิจฉัยการ ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ตามมาตรฐานของสถาบันบำราษฎร์นราดูร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 2) แบบประเมินพฤ ติ กรรมในการปฏิบัติงาน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 3) แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 3)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทำการปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน (Try out) และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) และสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมัน ดังนี้ 1)

แบบทดสอบความรู้ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 2) แบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 3) แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent Paired t-test (มีการแจกแจงของข้อมูลปกติ) Wilcoxon Signed-Rank Test (มีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง UDH REC No. 73/2569 ลงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด

ผลการวิจัย พบว่า พนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 42 คน มีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คือ คิดเป็นร้อยละ 50.00 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.00 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40.21 ปี (S.D. = 11.31) โดยกลุ่มอายุ 40–49 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.95 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20–29 ปี และ 50–59 ปี จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 23.81 สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.60 ปี (S.D. = 8.18) โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1–31 ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่ม พบว่า ผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.48 รองลงมาคือผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 5–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 26.19 ตามลำดับ

2. ความรู้ของพนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด

2.1 ระดับความรู้ของพนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ พนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด จำนวน 42 คน ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 และระดับสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.26 คะแนน (S.D. = 4.09) ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 69.05 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 30.95 และไม่พบพนักงาน ที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 17.26 คะแนน (S.D. = 2.05) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.00 คะแนน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Dependent paired t-test เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูง

กว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ (ก่อน $\bar{X}$= 12.26, S.D.= 4.09 / หลัง $\bar{X}$= 17.26, S.D.= 2.05) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -8.61, p < 0.001)

3. พฤติกรรมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ

3.1 ระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ พนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด จำนวน 42 คน มีพฤติกรรม ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยไม่มีพนักงานที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 18.55 คะแนน (S.D. = 2.98) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า พนักงานทั้ง 42 คน มีพฤติกรรม ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรมฯ ร้อยละ 50.00 และไม่พบพนักงานที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 25.19 คะแนน (S.D. = 0.89) หรือเพิ่มขึ้น 6.64 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนการใช้โปรแกรมฯ

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมภายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-5.66, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรม ในการปฏิบัติงานของพนักงานหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ

4.1 เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อโรงพยาบาลอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการติดเชื้อของโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2569 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการใช้โปรแกรมฯ และเดือนสิงหาคม 2569 ซึ่งเป็นช่วงหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 35 ราย เป็น 73 ราย เพิ่มขึ้น 38 ราย ขณะที่จำนวนครั้งที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 41 ครั้ง เป็น 77 ครั้ง เพิ่มขึ้น 36 ครั้ง และจำนวนผู้ป่วยจำหน่ายเพิ่มขึ้นจาก 9,230 ราย เป็น 9,884 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราการติดเชื้อต่อผู้ป่วยจำหน่าย 100 ราย พบว่า เพิ่มขึ้นจาก 0.38 เป็น 0.74 หรือเพิ่มขึ้น 0.36 ต่อผู้ป่วยจำหน่าย 100 ราย ส่วนอัตราการติดเชื้อต่อ 1,000 วันนอน เพิ่มขึ้นจาก 1.36 เป็น 2.34 หรือเพิ่มขึ้น 0.98 ต่อ 1,000 วันนอน ขณะที่จำนวนวันนอนรวมเพิ่มขึ้นจาก 30,200 วัน เป็น 32,859 วัน เพิ่มขึ้น 2,659 วัน และยอดรวมตำแหน่งการติดเชื้อทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก 41 ครั้ง เป็น 77 ครั้ง ผลการเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในเดือนสิงหาคม 2569 ตัวชี้วัดการติดเชื้อโดยรวมของโรงพยาบาลมีค่าสูงกว่าเดือนมิถุนายน 2569 ทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ และอัตราการติดเชื้อเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยจำหน่ายและจำนวนวันนอน

4.2 เปรียบเทียบการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการติดเชื้อแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) ระหว่างเดือนมิถุนายน 2569 และเดือนสิงหาคม 2569 พบว่า จำนวนการติดเชื้อแผลผ่าตัดรวมเพิ่มขึ้นจาก 4 ครั้ง เป็น 9 ครั้ง หรือเพิ่มขึ้น 5 ครั้ง โดยเมื่อพิจารณาตามประเภทการติดเชื้อ พบว่า SSI1 ไม่พบการติดเชื้อในเดือนมิถุนายน แต่พบ 2 ครั้งในเดือน

สิงหาคม ส่วน SSI2 เพิ่มขึ้นจาก 2 ครั้ง เป็น 3 ครั้ง SSI3 เพิ่มขึ้นจาก 1 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง และ SSI4 เพิ่มขึ้นจาก 1 ครั้ง เป็น 2 ครั้งตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนที่รายงานในตาราง พบว่า อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.76 เป็นร้อยละ 11.69 หรือเพิ่มขึ้น 1.93 จุด

5. ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อของพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี

ผลการวิจัย พบว่า พนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 42 คน มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ให้สะอาดปราศจากเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.04, S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสนับสนุนและช่วยเหลือ จากหัวหน้างาน ($\bar{X}$= 4.17, S.D. = 0.54) รองลงมา คือ ความชัดเจนของหน้าที่และความรับผิดชอบ ($\bar{X}$= 4.14, S.D. = 0.57) ส่วนด้านอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในงาน และความพึงพอใจในกระบวนการอบรมหรือพัฒนาทักษะ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$= 4.07) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 และ 0.34 ตามลำดับ ด้านบรรยากาศในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.64) ขณะที่ด้านความเพียงพอ ของทรัพยากรในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$= 3.88, S.D. = 0.63) แต่ยังอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

สรุปและอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาด ปราศจากเชื้อ ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ พนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35.71 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 14.29 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.26 คะแนน (S.D. = 4.09) ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.05 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.95 และไม่พบพนักงานที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 17.26 คะแนน (S.D. = 2.05) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -8.61, p < 0.001) สามารถอธิบายได้ว่าความสำคัญของการส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อและการสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ผลการวิจัยสามารถอธิบายตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, และ Parsons[5] ได้ว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานช่วยให้บุคลากรเข้าใจประโยชน์ของการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องและตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ การสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ยังเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของมาลัย เครือคำวัง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล และมงคล สุริเมือง[6] พบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น จาก 30.5 ± 2.7 เป็น 36.9 ± 3.0 คะแนน และการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.17 เป็นร้อยละ 99.38 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา สุวรรณรอด[7] พบว่าหลังการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในหน่วยจ่ายกลางมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (คะแนนเฉลี่ย 25.36) และคะแนนเฉลี่ยการ

ปฏิบัติงาน (คะแนนเฉลี่ย 3.89) สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) โดยบุคลากรส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก (ร้อยละ 93.75) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Amel Ahmed และคณะ[8] พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและการฝึกอบรม บุคลากรหน่วยจ่ายกลางทุกกลุ่ม (พยาบาล ช่างเทคนิค และพนักงาน) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการทำให้ปราศจากเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในขั้นตอนการทำความสะอาด การบรรจุ การอบนึ่ง และการจัดเก็บส่งจ่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ พนักงานจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด จำนวน 42 คน มีพฤติกรรม ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.00 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยไม่มีพนักงานที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 18.55 คะแนน (S.D. = 2.98) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า พนักงานทั้ง 42 คน มีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรมฯ ร้อยละ 50.00 และไม่พบพนักงานที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 25.19 คะแนน (S.D. = 0.89) หรือเพิ่มขึ้น 6.64 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้โปรแกรมฯ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่าคะแนนพฤติกรรมภายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-5.66$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของพนักงานหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าการส่งเสริมความรู้ช่วยให้บุคลากรเข้าใจหลักการและขั้นตอนการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อมากขึ้น และสามารถนำความรู้ไปใช้ประกอบการปฏิบัติงานได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผลการวิจัยสามารถอธิบายตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, และ Parsons[5] ซึ่งเน้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ โดยการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับงานจริงช่วยให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอนการทำความสะอาดและการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้ออย่างถูกต้อง ขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน อาจช่วยให้บุคลากรนำความรู้ไปใช้ในการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของมาลัย เครือคำวัง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล และ มงคล สุริเมือง[6] พบว่า หลังการโค้ชคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 30.5 เป็น 36.9 คะแนน และสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มจากร้อยละ 83.17 เป็นร้อยละ 99.38 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ Hu et al.[9] ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมบุคลากรหน่วยจ่ายกลาง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า ภายหลังการปรับปรุงโปรแกรมบุคลากรมีความรู้และทักษะการปฏิบัติงานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Siti Hajar และคณะ[10] พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการศึกษาอบรม ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามเทคนิคปราศจากเชื้อของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสัดส่วนพยาบาลที่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในช่วงหลังการทดลอง

3. เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการติดเชื้อของโรงพยาบาล

อุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2569 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการใช้โปรแกรม และเดือนสิงหาคม 2569 ซึ่งเป็นช่วงหลังการใช้โปรแกรม จำนวน ผู้ติดเชื้อเพิ่มจาก 35 ราย เป็น 73 ราย และอัตราการติดเชื้อต่อผู้ป่วยจำหน่าย 100 รายเพิ่มจาก 0.38 เป็น 0.74 ขณะที่อัตราการติดเชื้อต่อ 1,000 วันนอนเพิ่มจาก 1.36 เป็น 2.34 ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ตัวชี้วัดการติดเชื้อโดยรวมของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในช่วงหลังการใช้โปรแกรม จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมช่วยลดการติดเชื้อในภาพรวมของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลการติดเชื้อโดยรวมของโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ประเภทผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค จำนวนและชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ตลอดจนระบบเฝ้าระวังและการรายงานการติดเชื้อ ดังนั้น จึงไม่ยังไม่สามารถนำมาใช้สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมโดยตรง แต่จำเป็นต้องใช้ประกอบการติดตามสถานการณ์และวางแผนพัฒนาคุณภาพการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่า การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดต้องดำเนินการอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งต้องอาศัยมาตรการหลายด้านร่วมกัน ไม่ใช่เพียงการพัฒนากระบวนการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อเพียงองค์ประกอบเดียว[3] ผลการเปรียบเทียบการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก 4 ครั้งในเดือนมิถุนายน 2569 เป็น 9 ครั้งในเดือนสิงหาคม 2569 หรือเพิ่มขึ้น 5 ครั้ง เมื่อพิจารณาตามประเภท พบว่า SSI1 เพิ่มจาก 0 เป็น 2 ครั้ง ส่วน SSI2 เพิ่มจาก 2 เป็น 3 ครั้ง SSI3 เพิ่มจาก 1 เป็น 2 ครั้ง และ SSI4 เพิ่มจาก 1 เป็น 2 ครั้ง นอกจากนี้ สัดส่วนที่รายงานในตารางเพิ่มจากร้อยละ 9.76 เป็นร้อยละ 11.69 หรือเพิ่มขึ้น 1.93 จุดร้อยละ ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนการติดเชื้อแผลผ่าตัด ที่รายงานในเดือนสิงหาคมสูงกว่าเดือนมิถุนายน จึงยังไม่พบแนวโน้มการลดลงของจำนวนเหตุการณ์ติดเชื้อ หลังการใช้โปรแกรมฯ อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปการใช้โปรแกรมทำให้การติดเชื้อเพิ่มขึ้นโดยตรง เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างสองช่วงเวลา และอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนการผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด ความเสี่ยงของผู้ป่วย และความครบถ้วนของระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในด้านกระบวนการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา[11] ระบุว่าเครื่องมือผ่าตัดที่เข้าสู่เนื้อเยื่อปกติที่ปราศจากเชื้อหรือระบบ หลอดเลือดต้องผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม และการทำความสะอาดอย่างมีประสิทธิภาพก่อนการทำให้ปราศจากเชื้อเป็นขั้นตอนสำคัญต่อคุณภาพของกระบวนการ ดังนั้น การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมคุณภาพของกระบวนการดังกล่าว แต่การป้องกัน SSI ยังต้องดำเนินการร่วมกับมาตรการอื่นตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องสนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร โดย มาลัย เครือคำวัง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล และ มงคล สุริเมือง[6] พบว่า การโค้ชช่วยเพิ่มความรู้และ การปฏิบัติตามแนวทางการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อของบุคลากรหน่วยจ่ายกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ Hu et al.[9] รายงานว่า การปรับปรุงโปรแกรมฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลหน่วยจ่ายกลางได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้สนับสนุนผลด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเป็นหลัก ไม่ได้ยืนยันโดยตรงว่าการฝึกอบรมเพียงอย่างเดียวจะทำให้อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดลง

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ให้สะอาดปราศจากเชื้อของพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า พนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริม

ความรู้ในการปฏิบัติงานในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาด ปราศจากเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.04, S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้าน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสนับสนุนและช่วยเหลือจากหัวหน้างาน ($\bar{X}$= 4.17, S.D. = 0.54) รองลงมา คือ ความชัดเจนของหน้าที่และความรับผิดชอบ ($\bar{X}$= 4.14, S.D. = 0.57) ส่วนด้านอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในงาน และความพึงพอใจในกระบวนการอบรมหรือพัฒนาทักษะ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$= 4.07) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 และ 0.34 ตามลำดับ ด้านบรรยากาศในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.64) ขณะที่ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$= 3.88, S.D. = 0.63) แต่ยังอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน สามารถอธิบายได้ว่า พนักงาน มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวม เนื่องจากการสนับสนุนจากหัวหน้างานและความชัดเจนของหน้าที่ อาจช่วยให้บุคลากรเข้าใจแนวทางการปฏิบัติงาน มีโอกาสซักถามและได้รับคำแนะนำ ตลอดจนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับงานที่รับผิดชอบผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hu et al.[9] พบว่า ภายหลังการปรับปรุงโปรแกรม บุคลากรมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานและความพึงพอใจ ต่อการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อเนื้อหา วิธีการ และระยะเวลา การฝึกอบรม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชะนา สงโพธิ์กลาง[12] พบว่าหลังการใช้เทคนิคการสอนงาน (Coaching) พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.072, p = 0.002) ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการทดลอง และพยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อการใช้เทคนิคการสอนงานในระดับมากที่สุด

โดยสรุป พนักงานมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฝึกอบรมที่มีเนื้อหาเหมาะสมและเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมความพึงพอใจในการเรียนรู้ได้ ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนให้มีการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งปรับปรุงทรัพยากรและสภาพแวดล้อมการทำงานให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพงาน

สรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ บุคลากรมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจ ต่อการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ผลด้านการติดเชื้อยังไม่แสดงแนวโน้มการลดลงในช่วงเวลาที่เปรียบเทียบ จึงควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมของบุคลากร การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ เพื่อส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้ออย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพัฒนาความรู้ของบุคลากร ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากยภาพของพนักงานหน่วยจ่ายกลางและพนักงานห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ครอบคลุมกระบวนการทำความสะอาด การตรวจสอบและจัดเตรียมเครื่องมือ การบรรจุหีบห่อ การทำให้ปราศจากเชื้อ การจัดเก็บ และการขนส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ควรนำแนวทางการฝึกปฏิบัติและการประเมินพฤติกรรมจากโปรแกรมไปใช้ในการกำกับติดตามการปฏิบัติงานจริง โดยจัดให้มีการสาธิต การฝึกปฏิบัติ การประเมินสมรรถนะรายบุคคล และการให้ข้อมูล

ย้อนกลับแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งใช้รายการตรวจสอบ (Checklist) ในขั้นตอนสำคัญของกระบวนการทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ เพื่อให้ การปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

3. ด้านการบริหารจัดการและการสนับสนุน จากผู้บังคับบัญชา ควรส่งเสริมให้ผู้บังคับบัญชาและหัวหน้างานมีบทบาทในการสนับสนุนการเรียนรู้ ให้คำปรึกษา นิเทศติดตาม และสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจด้านการสนับสนุน จากผู้บังคับบัญชาอยู่ในระดับสูงที่สุด นอกจากนี้ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถประสานงานระหว่างหน่วยจ่ายกลางและห้องผ่าตัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านการจัดสรรทรัพยากรและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ควรนำผลการประเมินความพึงพอใจไปใช้ประกอบการวางแผนจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และสื่อการเรียนรู้ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน โดยเฉพาะด้านความเพียงพอของทรัพยากร ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น แม้ยังอยู่ในระดับสูงก็ตาม ควรสำรวจปัญหาและความต้องการของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ตลอดจนปรับปรุงสภาพแวดล้อมและจัดเวลาให้เหมาะสมสำหรับการอบรมและฝึกปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามมาตรฐาน ได้อย่างต่อเนื่อง

5. ด้านการติดตามประเมินผลและการป้องกันการติดเชื้อ ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบติดตามคุณภาพการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมของบุคลากรเป็นระยะ ควบคู่กับการตรวจประเมินกระบวนการทำงานและติดตามอัตราการติดเชื้อที่เกี่ยวข้อง โดยใช้คำนิยาม ตัวหาร และช่วงเวลาการติดตามที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ ควรแยกวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดตามประเภทการผ่าตัดและระดับความเสี่ยง รวมถึงพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแปลผลและนำข้อมูลไปปรับปรุงระบบป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง โดยไม่สรุปว่าโปรแกรมเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอัตราการติดเชื้อจากข้อมูลก่อนและหลังเพียงอย่างเดียว

6. ด้านการขยายผลและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควรพิจารณานำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรใหม่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำให้เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาล โดยปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทและหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน พร้อมกำหนดตัวชี้วัดการติดตามผลที่ชัดเจน เช่น คะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ผลการตรวจประเมินตามมาตรฐาน และอัตราการติดเชื้อที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลอุดรธานี ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล และผู้บังคับบัญชา ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวก และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความเหมาะสม และมีคุณภาพยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรหน่วยจ่ายกลางและห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ความร่วมมือของทุกท่านเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. หน่วยจ่ายกลาง. (2568). รายงานการดำเนินงานของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลอุดรธานี. โรงพยาบาลอุดรธานี
2. ราตรี นาคกลัด, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. การพัฒนาระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อโดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีน โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2561; 11: 59-71.
3. World Health Organization. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2nd ed.). https://www.who.int/publica
4. บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
5. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice (7th ed.). Pearson.
6. มาลัย เครือคำวัง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล, และ มงคล สุริเมือง. (2567). ประสิทธิผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อในบุคลากรหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารเวชบันทึกศิริราช, 17(1), 1-10. http://dx.doi.org/10.33192/smb.v17i1.261788
7. ลักขณา สุวรรณรอด. (2567). การพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(1), 75–88.
8. Ahmed, A., El-Maksoud, M. A., & Hassan, S. (2017). Quality improvement in Central Sterile Supply Department: Educational interventions. *Journal of Nursing and Health Science*, *6*(4), 12–23.
9. Hu, T., Huang, J., Jiang, S., Hu, R., Huang, Y., Pan, W., & Yi, L. (2024). Improvement and implementation of central sterile supply department training program based on action research. BMC Nursing, 23, Article 184. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01809-z
10. Siti Hajar, M., Norazlia, M., & Zaiton, A. (2022). Effect of educational program on knowledge, attitude, and practice regarding aseptic technique among operating room nurses in a private hospital in Selangor. Malaysian Journal of Nursing, 14(1), 32–41.
11. Centers for Disease Control and Prevention. (2023, December 7). Recommendations for disinfection and sterilization in healthcare facilities. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-sterilization/summary-recommendations.html
12. อัญชะนา สงโพธิ์กลาง. (2567). ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัดตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 27(2), 34–47.

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด
Effectiveness of Nursing Practice Guidelines for prevention infection in Patients with Open Long Bone Fractures.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ชุติกาญจน์ บุบผาชาติ[1] รุ่งทิวา ด่านดาหาร[1] เจียระไน ใจวัน[2] ณฐมน ภัทรเกริกชัย[3]
chutikarn Bubphachart[1] Rungthiwa Dandahan[1] Jieranai Jaiwan[2] Nathamon Phattarakerkchai[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–experimental one group pre–test post–test design) หอผู้ป่วยในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 5 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ชั้น 4 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 3 โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิดในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี เก็บข้อมูลการวิจัย เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2569

ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติอายุเฉลี่ย 35.96 ปี (S.D. = 8.06 ปี) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 63.0 ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์มากกว่า 10 ปีร้อยละ 40.7 ผลการประเมินความรู้ของพยาบาลก่อน-หลัง มีค่ามัธยฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value = 0.014) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 74.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75 คะแนน แปลผลมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 44.23 ปี (S.D. = 18.09 ปี) เป็นผู้ชายมากที่สุด ร้อยละ 83.33 อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ Below knee amputation 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ซึ่งเป็นผู้ป่วย Open fracture both bone leg classification type 3C ร่วมกับ Vascular injury ได้รับการเข้าถึงการ Debridement ในห้องผ่าตัดเกิน 6 ชั่วโมง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 38 วัน ระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 7.50 วัน (min = 2, max = 38 วัน) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 0

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด

Abstract

This study aimed to examine the outcomes of implementing nursing practice guidelines for the prevention of infections in patients with open fractures of long bones. A quasi-experimental, one-group pre-test/post-test design was employed. The study was conducted across three wards within the Department of Orthopedics: the male orthopedic ward (5th floor), the female orthopedic ward (4th floor), and the male orthopedic ward (3rd floor). The participants consisted of patients admitted to the Department of Orthopedics at Udon Thani Hospital with open fractures of long bones. Data collection took place from June 2026 to September 2026.

The study found that the nurses who implemented the clinical practice guidelines had a mean age of 35.96 years (S.D. = 8.06 years). The majority (63.0%) were professional nurses at the "proficient" (experienced/specialized) level, and 40.7% had over 10 years of experience working in the orthopedic surgery department. A statistically significant difference (p-value = 0.014) was observed between the nurses' pre- and post-implementation knowledge assessment scores (at a significance level of 0.05). Nurses reported a high level of satisfaction with the guidelines, with a mean score of 74.48 (S.D. = 0.75). The patients had a mean age of 44.23 years (S.D. = 18.09 years), and the majority (83.33%) were male. Regarding the incidence of infections and complications, there was one case (3.33%) that resulted in a below-knee amputation; this patient had an open fracture of both bones of the lower leg (classified

[1] พย.บ., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายชั้น 5 โรงพยาบาลอุดรธานี 41000
[2] พย.บ., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายชั้น 5 โรงพยาบาลอุดรธานี 41000
[3] พย.ม., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายชั้น 5 โรงพยาบาลอุดรธานี 41000

as type 3C) accompanied by a vascular injury, with a delay of over 6 hours before undergoing surgical debridement, and required a 38-day hospital stay. The median length of hospital stay was 7.50 days (range: 2–38 days), and the readmission rate was 0%.

Keywords: Nursing practice guidelines, infection prevention, patients with open long-bone fractures

บทนำ

ความก้าวหน้าทันสมัยของเทคโนโลยีด้านยานยนต์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการใช้ยานพาหนะในการขับขี่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการพัฒนาด้านคมนาคมที่ช่วยให้การเดินทางมีความสะดวก และรวดเร็ว หากผู้ขับขี่เกิดความประมาทในการใช้รถใช้ถนนอาจเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรได้ หากเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วไม่เพียงแต่ร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บแต่อาจเกิดภาวะกระดูกหัก เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บ ซึ่งการเกิดกระดูกหักเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุที่รุนแรงจะทำให้กระดูกหักแบบมีแผลเปิดปลายแหลมของกระดูกที่หักที่เคลื่อนที่จะทำอันตรายต่อเส้นเลือดทำให้เสียเลือดมาก ภาวะที่อันตรายมากของการเกิดกระดูกหัก คือ ก้อนไขมันอุดตัน มักพบหลังจากเกิดอุบัติเหตุ 2 – 3 ชั่วโมง จนถึง 24 ชั่วโมง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้หยุดหายใจและเสียชีวิตได้ในที่สุด นอกจากนี้การเชื่อมต่อกัน ของกระดูกหักต้องใช้เวลานาน[1] เมื่อร่วมกับ Open Fracture คือภาวะที่เกิดการหักของกระดูกร่วมกับมีส่วนของกระดูกยื่นออกมาสู่ผิวภายนอก หรือมีแผลจากภายนอกลึกเข้าไปถึงส่วนที่มีการหักของกระดูก มักเกิดจากการกลไกการบาดเจ็บที่ค่อนข้างรุนแรงกว่าการหักที่ไม่มีแผล การหักของกระดูกที่มีแผลเปิดถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางออร์โธปิดิกส์ มีความจำเป็นที่จะต้องมี Surgical intervention ภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อและผลการรักษาที่ดีของผู้ป่วย[2] จำแนกประเภทกระดูกหักชนิดแผลเปิด(open fracture classification) เป็น 3 ชนิด ปัจจัยที่นำมาประกอบการจำแนกประเภท ประกอบด้วย ขนาดแผล ความรุนแรงของการปนเปื้อน ความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อน และ ความรุนแรงของกระดูก หัก กระดูกหักแบบแผลเปิดมีตัวเลขเพิ่มขึ้นจาก 1 ไปจนถึง 3Cซึ่งอัตราการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นตาม type และระยะเวลาที่ไม่ได้รับการผ่าตัดล้างแผล ภาวะแทรกซ้อน (Complications) ที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อ (Infection) ภาวะกระดูกไม่ติด (Nonunion) ภาวะเนื้อเยื่อหรือผิวหนังตายและสูญเสียการไหลเวียนเลือด (Skin necrosis and loss of bone perfusion) การสูญเสียอวัยวะ (Amputation) ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะกรณีแผลถูกยิงทะลุข้อต่อ (Complications from Gunshot Wounds) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการติดเชื้อ คือ ความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับ 3 ตามการจำแนกของ Gustilo และ Anderson[1] สิ่งสำคัญที่สุดในการรักษา ควรให้ยาปฏิชีวนะ ทางหลอดเลือดดำ (IV) ภายใน 60 นาทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ร่วมกับการประเมินวัคซีน ดูแลให้มีการดามกระดูก (เช่น การใส่เฝือกดามหรือ Splint) อย่างเหมาะสมและรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อบาดเจ็บเพิ่มเติม ช่วยลดอาการบวม ฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย และลดอาการปวดของผู้ป่วย ก่อนที่จะส่งไปผ่าตัด[3]

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการการรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ แก่ผู้ป่วยในจังหวัดอุดรธานีและในเขตสุขภาพที่ 8 มีเป้าหมายเป็น Excellence center ทางด้านกระดูกและข้อการจากสถิติของผู้ป่วยกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ปี พ.ศ. 2566 - 2568 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วย Open Long Bone Fractures ซึ่งประกอบไปด้วย open fracture of humerus, open fracture of forearm, open fracture of femur, open fracture of leg จำนวน 126, 130 และ 118 ราย ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนแผลติดเชื้อกลับมารักษาซ้ำและต้องผ่าตัดยืดกระดูกใส่ Illizarov ดึงกระดูกเพื่อสร้างกระดูกใหม่ แก้ไขการสูญเสีย

กระดูก พ.ศ. 2566 - 2568 จำนวน 3, 3 และ 5 ราย มีค่ารักษาเฉลี่ย 128,147 บาท ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานเฉลี่ย 20 วัน ในรายที่ไม่มีการติดเชื้อมีค่ารักษาเฉลี่ย 20,958 บาท มีค่ารักษาเฉลี่ย 3 วัน แสดงให้เห็นว่าการเกิดแผลติดเชื้อทำให้ค่ารักษาเพิ่มขึ้นประมาณ 6.1 เท่า และระยะเวลารักษานานขึ้นประมาณ 6.7 เท่า จากผลกระทบดังกล่าวมีการทบทวนปัญหาหน้างาน พบว่าปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ไม่มีการใช้มาตรฐานเดียวกัน ความสามารถในดูแลขึ้นกับประสบการณ์การทำงาน และใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมีแผลทั่วไป ยังไม่สอดคล้องครอบคลุมความเสี่ยงที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เน้นกิจกรรมการพยาบาลเป้าหมายสำคัญคือการลดการปนเปื้อนของบาดแผล การให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว การประเมินระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาทส่วนปลาย การเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดล้างแผลและยึดตรึงกระดูก รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นระบบและยึดหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดความล่าช้า ลดจำนวนวันนอน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย[4]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิดโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับบริบทของหน่วยงานครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง คาดว่าจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถประเมินและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็ว ลดการปนเปื้อนของแผล ลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เนื่องจากหากพบว่าเกิดการติดเชื่อที่รุนแรง ไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะ การติดของกระดูกล่าช้า รวมถึงเกิดความพิการ ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนาน เสียค่าจ่าย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และสนับสนุนเป้าหมายของโรงพยาบาลอุดรธานีในการพัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านกระดูกและข้ออย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ต่อความรู้และทักษะของพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อ อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

วิธีการวิจัย

ประเภทของงานวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–experimental one group pre–test post–test design) หอผู้ป่วยในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 5 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ชั้น 4 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 3 โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิดในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี เก็บข้อมูลการวิจัย เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2569 สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษา หอผู้ป่วยในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 5 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ชั้น 4 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 3 โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิดในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์

โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี เก็บข้อมูลการวิจัย เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ทั้งหมด 27 คน ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 5 จำนวน 9 คน หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ชั้น 4 จำนวน 9 คน หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 3 จำนวน 9 คน ในการประเมินผลลัพธ์การใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในหน่วยงานที่ได้ดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด

2. กลุ่มผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยเผื่อการออกกลางคันของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างดังสูตร

$$n = \frac{27}{(1-0.1)^2} = 33.33$$

ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 5 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ชั้น 4 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 3
- มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วย

- ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาใน กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ที่โรงพยาบาลอุดรธานี
- สื่อสารภาษาไทยได้ อ่านออก เขียนได้
- อายุ 18 ปีขึ้นไป
- มีการรับรู้ปกติ และสามารถพูดคุยตอบโต้ได้ปกติ
- สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

- ลาออกหรือย้ายหน่วยงานระหว่างการเก็บข้อมูล

กลุ่มผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด ย้ายแผนกหรือเสียชีวิตขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase)

1.1 ปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน (practice triggers) ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก สามารถค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด พบปี พ.ศ. 2566 - 2568 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วย Open Long Bone Fractures ซึ่งประกอบไปด้วย open fracture of humerus, open fracture of forearm, open fracture of femur,

open fracture of leg จำนวน 126, 130 และ 118 ราย ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนแผลติดเชื้อกลับมารักษาซ้ำและต้องผ่าตัดยืดกระดูกใส่ Illizarov ดึงกระดูกเพื่อสร้างกระดูกใหม่ แก้ไขการสูญเสียกระดูก พ.ศ.2566 - 2568 จำนวน 3, 3 และ 5 ราย มีค่ารักษาเฉลี่ย 128,147 บาท ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานเฉลี่ย 20 วัน ในรายที่ไม่มีการติดเชื้อมีค่ารักษาเฉลี่ย 20,958 บาท มีค่ารักษาเฉลี่ย 3 วัน แสดงให้เห็นว่าการเกิดแผลติดเชื้อทำให้ค่ารักษาเพิ่มขึ้นประมาณ 6.1 เท่า และระยะเวลารักษานานขึ้นประมาณ 6.7 เท่า จากการทบทวนร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพทั้ง 2 PCT ได้แก่ ทีมออร์โธปิดิกส์และทีมศัลยกรรม วันที่ 12 มีนาคม 2569 เวลา14.00 – 16.00 น. ในการประชุมความเสี่ยงผู้ป่วยอุบัติเหตุกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิดเกิดความเสี่ยงถึงขั้นสูญเสียอวัยวะตัดขาใต้เข่า พบว่าเกิดจากการที่หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ส่งผลให้การปฏิบัติของพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะการดูแลในระยะแรกรับ ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของบาดแผล การลดการปนเปื้อนของแผล การให้ยาปฏิชีวนะภายในเวลาที่เหมาะสม การประเมินระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาทส่วนปลาย การดามกระดูก การจัดการความปวด และการเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดล้างแผลและยึดตรึงกระดูกเพื่อเข้ารับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน

1.2 จากแหล่งความรู้ (knowledge triggers) ค้นหา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าภาวะกระดูกหักแบบแผลเปิดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลายประการ หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนให้มีการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาทีหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล การลดการปนเปื้อนของบาดแผล การดามกระดูกอย่างเหมาะสม การประเมิน neurovascular status และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดอย่างทันท่วงที ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence supported phase)

โดยในระยะนี้เป็นการตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้น มีการกำหนดขอบเขตในการสืบค้นข้อมูล ได้งานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง การกำหนดคำถามวิจัยอย่างชัดเจนในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของพิโค (PICO framework)

P (Population): กลุ่มประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบมีแผลเปิด

I (Intervention): แนวทางปฏิบัติใหม่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

C (Comparison): การเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติเดิม ไม่มี

O (Outcome): ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ

แหล่งสืบค้น (Databases) ThaiJO, Pubmed, CINAHL, google scholar การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วยงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยเลือกหลักฐานที่ ตีพิมพ์โดยใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษตีพิมพ์ในช่วง ระยะเวลาปี ค.ศ. 2015 - 2025 บทความที่ตรงกับคำค้น

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยการคัดเลือกงานวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020 (PRISMA Flow Diagram

เกณฑ์การคัดเข้า

1.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด

2. งานวิจัยที่เผยแพร่ระหว่างปี 2015–2025

3. มีฉบับเต็ม (full text)

4. ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การคัดออก

1. งานวิจัยที่ไม่ได้มุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วย multiple fracture

รูปแบบและวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi–experimental one group pre–test post–test design) ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คำนวนได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ร้อยละ 10 จำนวน 34 คน ในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด ในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิดคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

1.2 แบบประเมินความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาล จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ เป็น แบบวัดความรู้ ที่มีลักษณะแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ก - ง จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน ใช้วัดความรู้ก่อนให้ความรู้ (Pre - test) และใช้วัดความรู้ (Post-test) หลังจากมีการจัดอบรมและแลกเปลี่ยน ความรู้การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำความรู้และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด เป็นระยะ 2 สัปดาห์ แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวมเท่ากับ 11-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับที่ดี คะแนนรวมเท่ากับ 6-10 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนรวมเท่ากับ 0 - 5 คะแนนหมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

1.3 แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติเป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อจาก 1 (พึงพอใจระดับน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) และมีคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งมีช่วงคะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวมเท่ากับ 63 -75 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด คะแนนรวมเท่ากับ 51- 62 คะแนน มีความพึงพอใจระดับมาก คะแนนรวมเท่ากับ 39 - 53 คะแนนหมายถึง มีความพึงใจระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับ 27 - 38 คะแนนหมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย และคะแนนรวมเท่ากับ 15 - 26 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการบาดเจ็บ ข้อมูลตำแหน่งกระดูกหัก ข้อมูลโรคประจำตัวและปัจจัยอื่นๆ ข้อมูลการผ่าตัด ข้อมูลผลลัพธ์หลังการดูแล ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด โดยให้เติมข้อมูลในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือการติดตามวัดผลการใช้แนวปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความชัดเจนของข้อคำถาม ความเหมาะสมด้านภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำข้อคิดเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมาปรับปรุงแก้ไข

เพิ่มเติมเพื่อความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของเนื้อหาอีกครั้ง ก่อนนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เพื่อให้ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะตัวแปรที่ศึกษา คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) = 0.997 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วัดประสิทธิผลของแนวปฏิบัติด้วยสถิติ Wilcoxon match pairs signed ranks test

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ 0.821 ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ซึ่งแบบสอบถามที่เชื่อถือได้ได้ 0.833

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วันแรกเก็บข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาลวิชาชีพหลังได้ความยินยอมให้เก็บข้อมูลจากอาสาสมัคร

2. วัดระดับความรู้ข้อสอบ (Pre test)สำหรับพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด

3. ผู้วิจัยประชุมกลุ่มในแต่ละหอผู้ป่วยเรื่องแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด วัดระดับความรู้ข้อสอบ (Post test)

4. ผู้วิจัยและทีมวิจัยใช้วิธีสังเกตการณ์ และสอบถาม เมื่อมีกลุ่มผู้ป่วย Open fracture Long bone เข้ามานอนโรงพยาบาล และประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิด

5.ประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

6. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สรุปผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569

ผลการวิจัย

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติอายุเฉลี่ย 35.96 ปี (S.D. = 8.06 ปี) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการร้อยละ 63.0 ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์มากกว่า 10 ปีร้อยละ 40.7 ผลการประเมินความรู้ของพยาบาลก่อน-หลัง มีค่ามัธยฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value = 0.014) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 74.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 คะแนน แปลผลมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 44.23 ปี (S.D. = 18.09 ปี) เป็นผู้ชายมากที่สุด ร้อยละ 83.33 อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ Below knee amputation 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ซึ่งเป็นผู้ป่วย Open fracture both bone leg classification type 3C ร่วมกับ Vascular injury ได้รับการเข้าถึงการ Debridement ในห้องผ่าตัดเกิน 6 ชั่วโมง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 38 วัน

ระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 7.50 วัน (min = 2, max = 38 วัน) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 0

สรุปและอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกแท่งยาวหักแบบเปิดมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้[6,7] และได้ผลลัพธ์ที่ดีคือ มี

อัตราการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ไม่พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและการติดตามระยะหลังผ่าตัดในระยะเวลา 1 เดือน การติดตามการติดเชื้อถูกจำกัดด้วยระยะเวลาที่น้อย หากมีกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาติดตามหลังผ่าตัดที่นานขึ้น 6 เดือน – 1 ปี ขึ้นไปจะพบผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผลดีมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ปราณี มีหาญพงษ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกปลายขาซ้ายหักแบบมีแผลเปิดและได้รับการตัดขาบริเวณใต้เข่า ซ้ายร่วมกับกระดูกปลายขาซ้ายหักและการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง:กรณีศึกษา. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 28*(1, Suppl. 2), 1–16.
2. ธนาวัฒน์ อุปพงษ์, & ทศพล นุตตะรังค์. (2561). หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักที่มีแผลเปิด (Open fracture) เบื้องต้น. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม (Nakhon Phanom Hospital Journal), 1*(1), 58–61.
3. นรเทพ กุลโชติ. (2562). *ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์: Textbook of orthopaedic trauma* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์. (2568) แนวทางการรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์. โรงพยาบาลอุดรธานี 5. Soukup, S. M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America, 35*(2), 301–309.
6. ยุพิน พรมสวัสดิ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักชนิดไม่มีบาดแผลและกระดูกต้นขาขวาหัก ชนิดมีแผลเปิดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด: กรณีศึกษา. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29*(1), 47–66.
7. ฉวีวรรณ ธงชัย. (2555). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 20*(2), 63–76. https://he02.tcithaijo.org/index.php/ TJONC/ article/view/2245

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ : มิติด้านการเงิน ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Factors Affecting the Success of Financial Management Performance Evaluation and the Development of Internal Control Systems in Five Dimensions: Financial Dimension of Community Hospitals under the Khon Kaen Provincial Public Health Office.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ยุวฤดี ถ้ำวาปี[1] คฑาวุธ คุณวันดี[2]เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[3]

Yuwaruedee Tamwapee[1],Khathawudh Khunwandee, Saowaluk Seedaket[3]*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและการพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านการเงิน ศึกษาปัจจัยด้านบุคลากร กระบวนการบริหารการเงินการคลัง และระบบการควบคุมภายในที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความสำเร็จของการประเมิน ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคและเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีรายชื่อในคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านการเงิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำนวน 39 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ความเข้าใจในระบบการควบคุมภายใน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและทักษะการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูล มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในแต่ละด้าน ดังนี้ ความเข้าใจเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายในด้านการเงิน (Mean = 3.54, SD = 0.79) การมีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานทางการเงินของหน่วยงาน (Mean = 3.49, SD = 0.94) และความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทางการเงิน (Mean = 3.38, SD = 0.71) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการบริหารการเงินการคลัง ปัจจัยด้านระบบการควบคุมภายใน และระดับความสำเร็จของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านการเงิน พบว่าอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68–5.00 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการควบคุมภายในมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.038$) ขณะที่ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและทักษะการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.517$ และ $p = 0.213$ ตามลำดับ) กระบวนการบริหารการเงินการคลังและระบบการควบคุมภายในมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ทั้งสองปัจจัย)

คำสำคัญ: การบริหารการเงินการคลัง, ระบบควบคุมภายใน, การประเมินประสิทธิภาพมิติด้านการเงิน, ความสำเร็จของการประเมิน, ปัจจัยด้านบุคลากร, ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารการเงินการคลัง, ปัจจัยด้านระบบควบคุมภายใน,โรงพยาบาลชุมชน

[1] นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

[2] นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author: Saowaluk Seedaket E-mail: saowaluk.see@neu.ac.th

Abstract

This study employed a cross-sectional survey research design to examine the level of success in evaluating the efficiency of financial management and the development of the five-dimensional internal control system, with a focus on the financial dimension, in community hospitals under the Khon Kaen Provincial Public Health Office. The objectives were to investigate personnel-related factors, financial management processes, and internal control system factors associated with the success of the evaluation; examine the relationships between these factors and evaluation success; identify problems and obstacles; and propose guidelines for improving the financial internal control system. The study sample consisted of 39 personnel appointed to the working committee responsible for evaluating financial management efficiency and developing the five-dimensional internal control system, specifically the financial dimension, for fiscal year 2026 (B.E. 2569). The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient, in accordance with the data analysis plan.

The results showed that the personnel-related factors with the highest mean scores in their respective areas were understanding of the financial internal control evaluation criteria (Mean = 3.54, SD = 0.79), participation in preparing the organization's financial reports (Mean = 3.49, SD = 0.94), and the ability to verify the accuracy of financial data (Mean = 3.38, SD = 0.71), respectively. The financial management process, internal control system, and level of success in evaluating financial management efficiency in the financial dimension were all rated at a good level, with mean scores ranging from 3.68 to 5.00. Correlation analysis revealed that understanding of the internal control system was significantly associated with success in financial management at the 0.05 significance level ($p = 0.038$). In contrast, work experience and data analysis and utilization skills were not significantly associated with success ($p = 0.517$ and $p = 0.213$, respectively). Both the financial management process and the internal control system were significantly associated with success in financial management ($p < 0.001$ for both factors).

Keywords: Financial and Fiscal Management, Internal Control System, Financial Dimension Performance Evaluation, Evaluation Success, Personnel-Related Factors, Financial and Fiscal Management Process Factors, Internal Control System Factors, Community Hospitals

บทนำ

การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางการเงินของหน่วยบริการสาธารณสุข ช่วยให้การจัดสรรและใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างคุ้มค่า โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสนับสนุนความต่อเนื่องของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน [1,2] โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนซึ่งต้องดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ อัตรากำลัง และทรัพยากรสารสนเทศ การมีระบบควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงจากข้อผิดพลาดทางการเงินและการปฏิบัติงาน ตลอดจนเสริมสร้างธรรมาภิบาลขององค์กร ตามกรอบแนวคิดการควบคุมภายในของ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามประเมินผล[3] ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวทางการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและการพัฒนาระบบควบคุมภายในมาใช้เป็นกลไกกำกับติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการ [4]

ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบควบคุมภายใน

โดยการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมุกดาหารและโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินและพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง [5,6] นอกจากนี้ การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินตามเกณฑ์ Total Performance Score ของหน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่นยังเป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน[7] ผลการประเมินเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะอธิบายความแตกต่างของความสำเร็จระหว่างโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยด้านบุคลากร กระบวนการบริหารการเงินการคลัง และระบบควบคุมภายในร่วมด้วย โดยพิจารณาองค์กรในลักษณะระบบที่องค์ประกอบต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อกัน[8]

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและการพัฒนาระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านการเงิน ในปีงบประมาณ 2566–2568 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 23 แห่งมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 71.95, 86.87 และ 85.97 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ผ่านการประเมินที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2566 ไม่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2567 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง และปีงบประมาณ 2568 เพิ่มขึ้นเป็น 5 แห่ง ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลจำนวน 16 แห่ง หรือร้อยละ 69.57 ไม่เคยผ่านเกณฑ์ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 3 ปี สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังยังไม่บรรลุผลอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง แม้คะแนนเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ 2567 แต่กลับลดลงในปีงบประมาณ 2568 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการประเมิน เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางพัฒนาได้ตรงกับปัญหาและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

จากสถานการณ์ดังกล่าว ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการประเมินประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร ซึ่งครอบคลุมความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารการเงินการคลัง ซึ่งครอบคลุมการวางแผนงบประมาณ การควบคุมการใช้จ่าย การเบิกจ่าย และการติดตามประเมินผล และ 3) ปัจจัยด้านระบบควบคุมภายใน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร ตลอดจนการติดตามแก้ไขข้อบกพร่อง การศึกษาปัจจัยเหล่านี้อย่างเป็นระบบจะช่วยอธิบายความแตกต่างของผลการประเมินระหว่างโรงพยาบาล และสนับสนุนการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ควรได้รับการพิจารณาร่วมกัน เนื่องจากความสำเร็จขององค์กรเป็นผลจากการเชื่อมโยงระหว่างบุคลากร กระบวนการ และระบบการกำกับดูแล มิใช่เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเพียงลำพัง[3,8]

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและการพัฒนาระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านการเงิน ศึกษาปัจจัยด้านบุคลากร กระบวนการบริหารการเงินการคลัง และระบบควบคุมภายใน รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับความสำเร็จของการประเมิน ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพบุคลากร ปรับปรุงกระบวนการบริหารการเงินการคลัง และเสริมสร้างระบบควบคุมภายในให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ อันจะนำไปสู่การยกระดับ

ผลการประเมินให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความโปร่งใสและความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร และส่งเสริมความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและการพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านการเงิน ศึกษาปัจจัยด้านบุคลากร กระบวนการบริหารการเงินการคลัง และระบบการควบคุมภายในที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความสำเร็จของการประเมิน ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคและเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากร คือ บุคลากรที่มีรายชื่อในคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ : มิติด้านการเงิน ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2569 จำนวนทั้งสิ้น 39 คน (จำนวน 23 โรงพยาบาล) ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบและเกี่ยวข้องโดยตรงตามคำสั่งแต่งตั้งดังกล่าวและใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่มีรายชื่อในคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ด้านการเงิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จำนวน 39 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบและเกี่ยวข้องโดยตรงตามคำสั่งแต่งตั้งดังกล่าว (เป็นการศึกษาจากประชากรทั้งหมด : Census Study)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีรายชื่อในคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและการพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ : มิติด้านการเงิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามคำสั่งดังกล่าว โดยต้องสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent Form) อย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการเงินการคลัง และระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ โดยแบ่งโครงสร้างแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วนหลัก รวมทั้งสิ้น 122 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน รวม 24 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านบุคลากร วัดระดับความรู้ ความสามารถ และทักษะของบุคลากร แบ่งออกเป็น 2 หมวดย่อย รวม 34 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารการเงินการคลัง รวมจำนวน 15 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผนงบประมาณ จำนวน 4 ข้อ การควบคุมการใช้จ่าย จำนวน 4 ข้อ การเบิกจ่ายงบประมาณ จำนวน 4 ข้อ และการติดตามและประเมินผล จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบควบคุมภายใน รวมจำนวน 20 ข้อ จำแนกตามกรอบการควบคุมภายในเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ กิจกรรมการควบคุม จำนวน 5 ข้อ ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ และการติดตามและประเมินผล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความสำเร็จของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ มิติด้านการเงิน จำนวน 5 ข้อ คุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร จำนวน 5 ข้อ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการทางการเงิน จำนวน 5 ข้อ และการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrently: IOC) การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรที่มีบริบทใกล้เคียงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เพื่อเผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบคิวอาร์โค้ด (QR Code) แก่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง จากนั้นดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และใช้ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระ

จริยธรรมการวิจัย

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รหัส COE 051/2569 รหัส REC690068

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลด้านสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 อายุ พบว่า อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45–59 ปี ร้อยละ 48.7 อายุเฉลี่ย 43.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.04 ปี ต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 58 ปี ด้านสถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.5 ระดับการศึกษา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.5 ด้านตำแหน่งงานปัจจุบัน พบว่า ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ร้อยละ 64.1 ด้านระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน ร้อยละ 43.6 ด้านประสบการณ์ทำงานด้านการเงินการคลังและการควบคุมภายใน ร้อยละ 36.1 ด้านจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดกลางที่มีสมาชิก 3–5 คน ร้อยละ 69.2

2.กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี โดยตอบถูกต้องร้อยละ 100.0 จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาการเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า การเพิ่มมาตรการควบคุมเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงิน การวิเคราะห์ระบบควบคุมภายในเมื่อเกิดข้อผิดพลาดซ้ำ การประเมินความเสี่ยง และการพัฒนาระบบการเงินให้สอดคล้องกับบริบทองค์กร รองลงมาเป็นข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูก 38 คน (ร้อยละ 97.4) ส่วนความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของ

ระบบควบคุมภายในตามกรอบ COSO มีผู้ตอบถูก 34 คน (ร้อยละ 87.2) ทั้งนี้ พบความไม่สอดคล้องของข้อมูลร้อยละในข้อคำถามเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

3. ระดับความเข้าใจในระบบการควบคุมภายใน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจระบบการควบคุมภายในด้านการเงินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 5.1 ระดับดี (Mean = 3.68 -5.00)

4.ด้านประสบการณ์ในการ พบว่า มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการควบคุมภายในด้านการเงิน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานทางการเงินของหน่วยงาน (Mean = 3.49, SD = 0.94) รองลงมา ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการประเมินระบบการควบคุมภายในด้านการเงินของหน่วยงาน (Mean = 3.41, SD = 0.94) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การเข้าร่วมอบรมการประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติของหน่วยงาน (Mean = 3.05, SD = 0.86)

5.ทักษะด้านการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูล โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทางการเงิน (Mean = 3.38, SD = 0.71) รองลงมา ได้แก่ ความสามารถในการใช้ข้อมูลทางการเงินประกอบการตัดสินใจด้านการเงิน (Mean = 3.31, SD = 0.73) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความสามารถในการสรุปผลการวิเคราะห์เป็นข้อมูลเชิงบริหาร (Mean = 3.05, SD = 0.76)

6.ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารการเงินการคลัง พบว่า ระดับปัจจัยกระบวนการบริหารการเงินการคลัง อยู่ในระดับดี (Mean = 3.68 -5.00) รองลงมา ระดับปานกลาง (Mean = 2.34-3.67)

7.ปัจจัยด้านระบบควบคุมภายใน พบว่า ระบบควบคุมภายใน อยู่ในระดับดี (Mean = 3.68 -5.00) รองลงมา ระดับปานกลาง(Mean = 2.34-3.67)

8.ความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังในมิติด้านการเงิน พบว่า ระดับความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง อยู่ในระดับดี (Mean = 3.68 -5.00) รองลงมา ระดับปานกลาง (Mean = 2.34- 3.67)

9.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารจัดการด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการควบคุมภายในกับความสำเร็จในการบริหารจัดการด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า ระบบการควบคุมภายในมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = 16.632, $p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ระดับความสำเร็จของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินความสำเร็จด้านการเงินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 12.8 สะท้อนว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดำเนินงานด้านการเงินการคลังเป็นไปในระดับที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวเป็นการประเมินจากความคิดเห็นของบุคลากร มิใช่ผลการประเมินทางการเงินของโรงพยาบาลโดยตรง จึงไม่อาจสรุปได้ว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานทางการเงินดีหรือผ่านเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ทั้งนี้ การประเมินประสิทธิภาพควรพิจารณาทั้งกระบวนการบริหารจัดการและผลลัพธ์ที่ตรวจสอบได้ โดยสอดคล้องกับแนวทางการติดตามประสิทธิภาพระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก[1] และงานศึกษาของธัญญา อุพลเถียรและชัชวาลย์ มุ่งแสง7 รวมถึงไพโรจน์ ซื่อตรงธนวัช6 ที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลการดำเนินงานและสถานะทางการเงินจากข้อมูล

จริง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเชื่อมโยงคะแนนความคิดเห็นกับผล TPS สภาพคล่อง ภาระหนี้สิน และผลการตรวจสอบภายใน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการประเมินความสำเร็จ

ปัจจัยด้านบุคลากร: ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับความสำเร็จ พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง ($r_s = .372$, $p = .020$) ขณะที่ทักษะด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r_s = .363$) แต่ควรตรวจสอบค่า p จากผลวิเคราะห์ต้นฉบับก่อนสรุปนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ รายได้ อายุงาน ประสบการณ์ทำงาน และความรู้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวชี้ว่าความสำเร็จอาจเกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการปฏิบัติงานมากกว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะความสามารถในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลทางการเงินประกอบการตัดสินใจ ทั้งนี้ สอดคล้องในเชิงประเด็นกับการศึกษาของสุทิน สลางสิงห์และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์5 และมะลิณี แดนรักษ์9 ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้ควรพิจารณาร่วมกับผลการประเมินทักษะด้านข้อมูล

ซึ่งพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.97 และระดับต่ำ ร้อยละ 35.90 หากเกณฑ์การแบ่งระดับได้รับการตรวจสอบแล้ว ผลดังกล่าวสะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลทางการเงิน จึงควรตรวจสอบความสอดคล้องของคะแนนรายข้อคะแนนรวม และเกณฑ์การแปลผลก่อนนำไปกำหนดแนวทางพัฒนาบุคลากร

กระบวนการบริหารการเงินการคลังกับความสำเร็จ กระบวนการบริหารการเงินการคลังมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความสำเร็จ ($r_s = .841$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ประเมินกระบวนการวางแผนควบคุม และติดตามการเงินในระดับสูง มักประเมินความสำเร็จในระดับสูงด้วย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ ซึ่งเน้นความเชื่อมโยงของการวางแผนงบประมาณ การใช้จ่าย การบัญชี และการตรวจสอบ[2] และสอดคล้องในเชิงประเด็นกับงานศึกษาของสุทิน สลางสิงห์และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์5 สุธาดา ศิริกิจจารักษ์10 และริญดา ธราลักษมีและคณะ[11] ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวางและใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม จึงไม่อาจยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ ผลการศึกษาจึงสนับสนุนให้โรงพยาบาลพัฒนากระบวนการบริหารอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการติดตามผล การใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และการปรับปรุงกระบวนงานอย่างต่อเนื่อง

ระบบควบคุมภายในกับความสำเร็จ ระบบควบคุมภายในมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากกับความสำเร็จ ($r_s = .891$, $p < .001$) โดยเป็นค่าสหสัมพันธ์สูงสุดในกลุ่มปัจจัยที่ศึกษา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบการควบคุมภายในของ COSO[3] ซึ่งครอบคลุมสภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร และกิจกรรมติดตามผล ตลอดจนแนวทางการประเมินระบบควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข4 ผลการศึกษายังสอดคล้องในเชิงประเด็นกับงานของ Al Rahhaleh และคณะ[12] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมภายใน ความรับผิดชอบทางการเงิน และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม กระบวนการบริหารการเงินการคลังและระบบควบคุมภายในมีความสัมพันธ์กันเองสูง ($r_s = .858$, $p < .001$) จึงอาจมีเนื้อหาตัวชี้วัดที่ทับซ้อนกัน อีกทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตามวัดจากผู้ตอบกลุ่มเดียวกันด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน จึงมีโอกาสเกิดอคติจากวิธีการวัดร่วมกัน (common-method bias) ดังนั้น จึงไม่ควรตีความค่าสหสัมพันธ์ว่าเป็นอิทธิพลเชิงสาเหตุหรือใช้จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยโดยตรง ควรศึกษา

ความตรงจำแนกของตัวแปรและวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองพหุตัวแปรเพิ่มเติม เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยกับความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ควรมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลทางการเงิน ควบคู่กับการกำหนดมาตรฐานกระบวนการบริหารการเงินการคลังให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน

1.2 งบประมาณ การอนุมัติ การเบิกจ่าย และการติดตามผล นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทางการเงิน โดยกำหนดมาตรการควบคุมและผู้รับผิดชอบอย่างเหมาะสม รวมถึงพัฒนาระบบรายงานและแดชบอร์ดเพื่อสนับสนุนการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ ควรจัดให้มีการประชุมทบทวนผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และติดตามผลการแก้ไข เพื่อให้การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนากรอบการกำกับติดตามด้านการเงินการคลังให้มีมาตรฐานเดียวกันระหว่างหน่วยบริการ โดยกำหนดนิยามตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน พร้อมส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดระบบพี่เลี้ยงด้านการบริหารการเงินการคลังและการควบคุมภายใน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและระบบข้อมูล ขณะเดียวกัน ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ สนับสนุนทรัพยากรและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเหมาะสม รวมทั้งนำผลการประเมินภายในมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาคุณภาพองค์กร เพื่อให้การดำเนินงานมุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรม มากกว่าการจัดทำเอกสารเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมินเพียงอย่างเดียว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายกลุ่มตัวอย่างและจำนวนโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับการวิเคราะห์ทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านขนาดและบริบทของหน่วยบริการ พร้อมตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้ครอบคลุมด้านความตรงและความเชื่อมั่น นอกจากนี้ ควรเก็บข้อมูลผลการประเมินจริงและตัวชี้วัดทางการเงินที่ตรวจสอบได้ควบคู่กับแบบสอบถาม รวมทั้งศึกษาติดตามผลตามระยะเวลา เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนใช้การสัมภาษณ์ผู้บริหาร บุคลากรด้านการเงิน และผู้ตรวจประเมินร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้เข้าใจปัญหา อุปสรรค และปัจจัยบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบริหารการเงินการคลังและระบบควบคุมภายในได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังและการควบคุมภายในของโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาลย์ มุ่งแสง, และ ธัญญา อุพลเถียร. (2567). การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(1), 1–15.

2. ไพโรจน์ ซื่อตรงธนวัช. (2567). การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินโรงพยาบาลเขาสวนกวาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(4). , e272766. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/272766

3. มะลิณี แดนรักษ์. (2566). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2560-2564. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(4), 842–850.

4. ริญดา ธราลักษมี, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, และ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. (2569). การพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 11(1), 11–20.

5. สุทิน สลางสิงห์, และ นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. (2564). ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(2), 151–161.

6. สุธาดา ศิริกิจจารักษ์. (2562). ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 5(2), 18–34.

7. Al Rahhaleh, N., Al-khyal, T. A., Alahmari, D. A., & Al-Hanawi, M. K. (2023). The financial performance of private hospitals in Saudi Arabia: An investigation into the role of internal control and financial accountability. PLoS ONE, 18(5), Article e0285813. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285813

8. Allen, R., Hemming, R., & Potter, B. H. (Eds.). (2013). The international handbook of public financial management. Palgrave Macmillan. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2013). Internal control—Integrated framework. COSO.

9. Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1972). General systems theory: Applications for organization and management. Academy of Management Journal, 15(4), 447–465. https://doi.org/10.5465/255141

10. Ministry of Public Health. (2023). Guidelines for internal control assessment in five dimensions. Ministry of Public Health.

11. World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO Press.

อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเพื่อเหนี่ยวนำโรคสงบด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

30-Day Mortality and Factors Associated with Induction-Related Death Following 7+3 Chemotherapy in Patients with Acute Myeloid Leukemia at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

จิราวดี น้อยวัฒนกุล[1]
JIRAWADEE NOIWATTANAKUL[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็น retrospective cohort study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเพื่อเหนี่ยวนำโรคสงบด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย AML อายุ ≥15 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตร 7+3 ระหว่างปี พ.ศ. 2559–2562 จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ลักษณะพื้นฐาน อัตราการเสียชีวิต และปัจจัยเสี่ยง โดยใช้ univariable และ multivariable logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์จำนวน 78 ราย อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันเท่ากับ 38.5% (30/78) ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มที่รอดชีวิตและเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีค่า lymphocyte percentage, serum albumin, sodium และ calcium ต่ำกว่า และมีค่า LDH, INR และ PT สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ในการวิเคราะห์แบบ univariable logistic regression พบว่า serum albumin, serum sodium และ lymphocyte percentage มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ หลังการวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression พบว่า serum albumin (Adjusted OR 0.17; 95% CI 0.05–0.63; p = 0.008) และ serum sodium (Adjusted OR 0.78; 95% CI 0.63–0.94; p = 0.020) เป็นปัจจัยอิสระที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย ได้แก่ ปอดอักเสบ (33.3%) และการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเชื้อแกรมลบเป็นเชื้อที่พบมากที่สุด

คำสำคัญ Acute myeloid leukemia, 7+3 induction, mortality, hypoalbuminemia, hyponatremia

Abstract

This retrospective cohort study aimed to investigate 30-day mortality rates and factors associated with mortality during remission-induction therapy using the "7+3" chemotherapy regimen in patients with acute myeloid leukemia (AML) at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Data were collected from the electronic medical records of patients with AML (aged ≥15 years) who received the 7+3 regimen between 2016 and 2019. Baseline characteristics, mortality rates, and risk factors were analyzed using univariable and multivariable logistic regression.

Results: A total of 78 patients were included. The 30-day mortality rate was 38.5% (30/78). Most demographic factors were not significantly different between survivors and non-survivors. However, the mortality group had significantly lower lymphocyte percentage, serum albumin, sodium, and calcium levels, and higher LDH, INR, and PT values. In univariable analysis, serum albumin, sodium, and lymphocyte percentage were significantly associated with mortality. In multivariable analysis, serum albumin (Adjusted OR 0.17; 95% CI 0.05–0.63; p = 0.008) and serum sodium (Adjusted OR 0.78; 95% CI 0.63–0.94; p = 0.020) remained independent predictors of 30-day mortality.The most common causes of death were pneumonia and bloodstream infections, with Gram-negative organisms being the predominant pathogens.

[1] แพทย์หญิง ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Conclusion: AML patients receiving 7+3 induction chemotherapy in this regional tertiary hospital mortality rate is 38.5%. Hypoalbuminemia and hyponatremia were independent predictors of mortality. Early identification and optimization of nutritional and clinical status may improve treatment outcomes.

Keywords: Acute myeloid leukemia, induction chemotherapy, 7+3 regimen, mortality, hypoalbuminemia, hyponatremia

บทนำ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute Myeloid Leukemia; AML) เป็นโรคมะเร็งของระบบโลหิตที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในไขกระดูก ส่งผลให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (blast cells) อย่างควบคุมไม่ได้ และยับยั้งการสร้างเม็ดเลือดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด เกล็ดเลือดต่ำ และภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคนี้พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุสูง และมีอัตราการเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม แนวทางการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วย AML ที่สามารถทนต่อการรักษาแบบเข้มข้นได้ คือ การให้ยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 ซึ่งประกอบด้วย cytarabine ให้ต่อเนื่อง 7 วัน ร่วมกับ anthracycline เช่น idarubicin หรือ daunorubicin ให้ 3 วัน เป้าหมายของการรักษาระยะนี้คือการเหนี่ยวนำให้โรคเข้าสู่ภาวะสงบ (complete remission; CR) เพื่อให้สามารถเข้าสู่ระยะ consolidation therapy ต่อไป แม้ว่าสูตร 7+3 จะเป็นมาตรฐานการรักษาที่ใช้ทั่วโลกและสามารถทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าสู่ภาวะโรคสงบได้ แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาในระยะเหนี่ยวนำนี้มีความเข้มข้นสูงและสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในช่วงต้นของการรักษา (early mortality หรือ induction-related mortality) ซึ่งมักเกิดภายใน 30 วันหลังเริ่มให้ยา สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะติดเชื้อรุนแรงจาก neutropenia ภาวะเลือดออกรุนแรง ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ[1]

จากรายงานในต่างประเทศ อัตราการเสียชีวิตระหว่าง induction therapy มีความแปรปรวนตั้งแต่ประมาณร้อยละ 5–20[2] ขึ้นกับอายุผู้ป่วย ภาวะโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และศักยภาพของสถานพยาบาล ปัจจัยที่มีรายงานว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ อายุที่มากขึ้น, performance status ที่ไม่ดี (ECOG ≥2), จำนวนเม็ดเลือดขาวเริ่มต้นสูง, cytogenetic risk กลุ่มไม่ดี, การมีการติดเชื้อก่อนเริ่มรักษา รวมถึงภาวะไตหรือตับทำงานผิดปกติ[3] อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายหลังการเหนี่ยวนำด้วยสูตร 7+3 ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับศูนย์ในภูมิภาคยังมีจำกัด ความแตกต่างด้านทรัพยากร ระบบการดูแลผู้ป่วย ภาระโรคร่วม และลักษณะประชากร อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาที่แตกต่างจากรายงานในต่างประเทศ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ มีจำนวนมากกว่า 1,000 เตียง แผนกอายุรกรรมมีเตียงถึง 450 เตียง และบริการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีผู้ป่วย AMLเข้ารับการรักษาด้วยสูตร 7+3 อย่างต่อเนื่อง การประเมินอัตราการเสียชีวิตและการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในบริบทของโรงพยาบาลแห่งนี้ จะช่วยให้เข้าใจรูปแบบผลลัพธ์การรักษาจริง (real-world data) และสามารถนำข้อมูลไปพัฒนากลยุทธ์การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในอนาคต ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการเสียชีวิตภายหลังการเหนี่ยวนำด้วยสูตร 7+3 และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตดังกล่าวในผู้ป่วย AML ที่รักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย AML ในระดับภูมิภาคและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาค่าอัตราการเสียชีวิตภายหลังการเหนี่ยวนำโรคสงบด้วยสูตรยาเคมีบำบัด 7+3 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกและปัจจัยทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายหลังได้รับการเหนี่ยวนำด้วยสูตร 7+3

3. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่รอดชีวิตภายหลังการเหนี่ยวนำโรคสงบ

4. เพื่อประเมินอัตราการตอบสนองต่อการรักษา (Complete remission rate) ภายหลังการเหนี่ยวนำด้วยสูตร 7+3

วิจัยการ

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective Cohort Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute Myeloid Leukemia: AML) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 เพื่อเหนี่ยวนำโรคสงบ ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่1 มกราคม พ.ศ.2559 - 31 ธันวาคม 2562

การกำหนดจำนวนเหตุการณ์ขั้นต่ำต่อหนึ่งตัวแปร (Event per Variable; EPV) อ้างอิงจากหลักการของ Peduzzi และคณะ[3 14] ซึ่งเสนอว่าการวิเคราะห์แบบ logistic regression ควรมีจำนวนเหตุการณ์อย่างน้อย 10 เหตุการณ์ต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา overfitting และความเอนเอียงของค่าประมาณ (biased regression coefficients) รวมถึงเพื่อเพิ่มความแม่นยำของช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) ของตัวแบบเชิงพยากรณ์ ดังนั้น ในการศึกษานี้ซึ่งมีตัวแปรที่คาดว่าจะเข้าสู่แบบจำลองประมาณ 4–6 ตัวแปรหลัก จึงจำเป็นต้องมีจำนวนเหตุการณ์อย่างน้อยประมาณ 40 เหตุการณ์ เพื่อให้แบบจำลองมีความเสถียรและเชื่อถือได้ทางสถิติ

จากข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันภายหลังการเหนี่ยวนำด้วยสูตร 7+3 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 ดังนั้น เพื่อให้ได้จำนวนเหตุการณ์เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ จึงจำเป็นต้องมีจำนวนผู้ป่วยอย่างน้อยประมาณ 80 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute Myeloid Leukemia) โดยไม่ใช่ชนิดโปรมัยอิโลไซต์ (acute promyelocytic leukemia)

3. ผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 เพื่อเหนี่ยวนำโรคสงบมาก่อน

4. ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 เพื่อเหนี่ยวนำโรคสงบอย่างครบถ้วนตามเกณฑ์(อย่างน้อย 3วัน)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. พบว่าผู้ร่วมวิจัยไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกหลังจากเข้าร่วมการศึกษาแล้ว (เช่น การวินิจฉัยไม่ตรงตามเกณฑ์ AML non-APL)

2. ผู้ร่วมวิจัยหรือญาติปฏิเสธการให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือขอถอนตัวจากการศึกษา

3. มีการสูญหายของข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ผล เช่น ข้อมูลวันเริ่มยาเคมีบำบัดหรือข้อมูลการเสียชีวิต

4. ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้

5. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเริ่มการให้ยาเคมีบำบัดสูตร 7+3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป: อายุ เพศ โรคร่วม comorbidities) สถานภาพการทำงาน (2) ข้อมูลทางคลินิกก่อนให้ยาเคมีบำบัด: ระดับสมรรถภาพร่างกาย (ECOG performance status) สัญญาณชีพ การ

ตรวจร่างกาย (3) ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ: ค่า CBC, ค่าเคมีในเลือด, ค่า coagulation, LDH, ผลตรวจ bone marrow biopsy (4) รายละเอียดการให้ยาเคมีบำบัด: ขนาดยา cytarabine, daunorubicin, วันที่เริ่มให้ยา (5) ข้อมูลระหว่างการรักษา: ภาวะแทรกซ้อน (เช่น febrile neutropenia, sepsis, organ failure) (6) ผลลัพธ์การศึกษา (Outcome): การเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังเริ่มให้ยาเคมีบำบัด (induction-related mortality)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ค่าทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและช่วงควอไทล์ตามความเหมาะสมของการกระจายตัวของข้อมูล

2. การประมาณอัตราการเสียชีวิต (Primary outcome: induction mortality rate) คำนวณเป็นสัดส่วน (proportion) พร้อม 95% confidence interval (CI)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต 3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเสียชีวิตระหว่างการเหนี่ยวนำ โดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม Independent t-test หรือ Mann–Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง ขึ้นกับการกระจายข้อมูล 3.2 วิเคราะห์หลายปัจจัยพร้อมกัน ใช้ Multivariable logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ที่เป็นอิสระ (รายงานเป็น Odds ratio, 95% CI, และ p-value) โดยคัดเข้าเมื่อตัวแปรมีค่า p-value < 0.2 จากการวิเคราะห์ด้วย Univariable logistic regression

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเลขที่ (155/2025)

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์จำนวน 78 รายที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรเคมีบำบัด 7+3 พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันเท่ากับ 38.5% โดยมีผู้เสียชีวิต 30 ราย และรอดชีวิต 48 ราย อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 เท่ากับ 38.5%

ลักษณะข้อมูลทั่วของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ทั้งหมดภายใน 30 วันหลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 41.13 ± 14.07 ปี และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 47.4, ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 22.6 ± 4.0 kg/m², ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์พบร้อยละ 24.4, และสูบบุหรี่ร้อยละ 17.9, ในด้านโรคร่วม พบความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.1 และเบาหวานร้อยละ 9.0, ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมี ECOG performance status 1–2 (ร้อยละ 62.8) รองลงมาคือ ECOG 0 (ร้อยละ 33.3), การจำแนกตาม cytogenetic risk พบว่า intermediate risk เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด (59.0%) รองลงมาคือ adverse risk (19.2%) และ favorable risk (14.1%), FAB subtype พบ M1 มากที่สุด (37.2%) รองลงมาคือ M2 (25.6%) และ M0 (17.9%)

ค่าทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มรักษา ค่าจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) มีค่า median 14,050 cells/mm³ (IQR 4,800–36,200), blast percentage มีค่า median 37.0% (IQR 0.00–85.00),ระดับฮีโมโกลบิน median 8.50 g/dL (IQR 7.60–9.10), เกล็ดเลือด median 52,000 cells/mm³ (IQR 25,000–84,000), ANC median 746 cells/mm³ (IQR 40–3,224), ระดับ LDH median 951 U/L (IQR 594–1,584), ค่า albumin เฉลี่ย 3.40 ± 0.60 g/dL, sodium เฉลี่ย 136.17 ± 3.47 mmol/L, GFR median 96.57 mL/min (IQR 75.74–128.80)

การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่รอดชีวิตและเสียชีวิตภายใน 30 วัน จากผู้ป่วยทั้งหมด 78 ราย พบอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน

หลังได้รับ 7+3 induction chemotherapy เท่ากับ 38.5% (30 ราย) ขณะที่รอดชีวิต 48 ราย (61.5%) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 30 วันมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ performance status ที่แย่กว่า, ค่าlymphocyte percentageต่ำกว่า, ค่าneutophil percentageต่ำกว่า, ระดับserum albumin, ระดับserum calcium, ระดับserum phosphate และserum sodiumต่ำกว่า, ค่า LDH สูงกว่า และมีความผิดปกติของ coagulation มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รอดชีวิต ตัวแปรที่มีค่า $p < 0.20$ ถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบ logistic regression ในขั้นตอนถัดไป

จากการวิเคราะห์แบบ univariable logistic regression เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน พบว่า ระดับ serum albumin, serum sodium และ lymphocyte percentage มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression หลังปรับปัจจัยกวน พบว่า serum albumin และ serum sodium ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน โดยระดับ serum albumin ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่ลดลง (Adjusted OR 0.17; 95% CI 0.05–0.63; p = 0.008) และระดับ serum sodium ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่ลดลงเช่นกัน (Adjusted OR 0.78; 95% CI 0.63–0.94; p = 0.020)

สาเหตุการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 และ เชื้อก่อโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์หลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3 เมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตภายใน 30 วัน พบว่าสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือปอดอักเสบ (33.3%) รองลงมาคือการติดเชื้อในกระแสเลือด (26.7%) และภาวะ febrile neutropenia (10.0%)

เชื้อแบคทีเรียแกรมลบเป็นเชื้อที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ *Escherichia coli* และ *Acinetobacter baumannii* นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อรา โดยเฉพาะ invasive pulmonary aspergillosis ในสัดส่วนสูง (30.0%) และพบการติดเชื้อหลายเชื้อร่วมกันในผู้ป่วยร้อยละ 30

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัยชนิดมัยอีลอยด์หลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3

โดยใช้ Univariate และ multivariable logistic analysis

Complication	Alive, n (%)	Dead, n (%)	OR	95% CI	P value
Febrile neutropenia	47 (97.9%)	28 (93.3%)	0.30	0.03–3.44	0.332
Pneumonia	23 (47.9%)	21 (70.0%)	2.54	0.97–6.65	0.059
Urinary tract infection	15 (31.2%)	9 (30.0%)	0.94	0.35–2.54	0.907
SSTI	13 (27.1%)	7 (23.3%)	0.82	0.28–2.36	0.712
Intraabdominal infection	6 (12.5%)	4 (13.3%)	1.08	0.28–4.18	0.915
Septicemia	8 (16.7%)	10 (33.3%)	2.50	0.86–7.31	0.094
Fungemia	3 (6.2%)	2 (6.7%)	1.07	0.17–6.82	0.942
GI bleeding	3 (6.2%)	3 (10.0%)	1.67	0.31–8.85	0.549
Other bleeding	7 (14.6%)	10 (33.3%)	2.93	0.97 – 8.83	0.056
Heart failure	2 (4.2%)	6 (20.0%)	2.75	1.08-30.69	0.041*
Arrhythmia	2 (4.2%)	11 (36.7%)	13.32	2.69 – 65.86	0.002*
Liver failure	5 (10.4%)	7 (23.3%)	2.62	0.75-9.18	0.133
Acute kidney injury	9 (18.8%)	16 (53.3%)	4.95	1.79-13.73	0.002*

ตารางที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์หลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 7+3

โดยใช้ Univariate และ multivariable logistic analysis

Complication	Alive, n (%)	Dead, n (%)	OR	95% CI	P value
Tumor lysis syndrome	3 (6.2%)	6 (20.0%)	3.75	0.86-16.34	0.78
Diarrhea	19 (39.6%)	16 (53.3%)	1.74	0.69-4.38	0.237
Respiratory failure	6 (12.5%)	24 (80.0%)	28.00	8.12-96.54	<0.001*
Shock	4 (8.3%)	21 (70.0%)	25.67	7.08-93.00	<0.001*
Hypoglycemia	3 (6.2%)	11 (36.7%)	8.68	2.18-34.68	0.02*
Hyponatremia	20 (41.7%)	27 (90.0%)	12.60	3.35-47.34	<0.001*
Hypokalemia	28 (58.3%)	22 (73.3%)	1.96	0.73-5.30	0.182
Metabolic acidosis	3 (6.2%)	21 (70.0%)	35.00	8.58-142.72	<0.001*
Hypomagnesemia	16 (33.3%)	18 (60.0%)	3.00	1.17-7.72	0.023*

* Indicates significant as P <0.05

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พหุตัวแปรของภาวะแทรกซ้อนระยะแรกที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน โดยวิธีโลจิสติกรีเกรสชัน (Table 7 Multivariable logistic regression analysis early complication)

Complication	Adjusted OR	95% CI	P value
Arrhythmia	14.88	2.71–81.83	0.002*
Renal failure	4.19	1.32–13.29	0.015*
Bleeding	2.09	0.57–7.67	0.265
Septicemia	2.33	0.65–8.36	0.196

* Indicates significant as P <0.05

Variables with p < 0.20 in univariable analysis were entered into the multivariable model.

ตารางที่ 1 และ 2 จากการวิเคราะห์แบบ univariable logistic regression พบว่าหลายภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่Heart failure (OR 2.75, 95% CI 1.08–30.69; p = 0.041), Arrhythmia (OR 13.32, 95% CI 2.69–65.86; p = 0.002), Renal failure (OR 4.95, 95% CI 1.79–13.73; p = 0.002), Respiratory failure (OR 28.0, 95% CI 8.12–96.54; p < 0.001), Shock (OR 25.67, 95% CI 7.08–93.00; p < 0.001), Hypoglycemia (OR 8.68, 95% CI 2.18–34.68; p = 0.02), Hyponatremia (OR 12.60, 95% CI 3.35–47.34; p < 0.001), Metabolic acidosis (OR 35.00, 95% CI 8.58–142.72; p < 0.001), Hypomagnesemia (OR 3.00, 95% CI 1.17–7.72; p = 0.023) ในขณะที่ febrile neutropenia, pneumonia, urinary tract infection, SSTI, intraabdominal infection, fungemia, gastrointestinal bleeding, tumor lysis syndrome, diarrhea และ hypokalemia ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression โดยรวม early complications ที่มีความสำคัญทางคลินิก พบว่า Arrhythmia เป็น independent predictor ของการเสียชีวิต (Adjusted OR 14.88, 95% CI 2.71–81.83; p = 0.002), Acute kidney injuryยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR 4.19, 95% CI 1.32–13.29; p = 0.015)

ตารางที่ 3 อัตราการตอบสนองต่อการรักษาหลังได้รับ 7+3 induction chemotherapy

Response category	n (%)
Complete remission (CR)	19 (24.4%)
Partial remission (PR)	4 (5.1%)
Not remission	22 (28.2%)
Not evaluable (NA)	34 (43.6%)
Death before evaluation	32 (41.0%)
Transfer out	1 (1.3%)
Missing data	1 (1.3%)
Overall response rate (CR + PR)	23 (29.5%)

Remission rate calculated using intention-to-treat population (n = 78)

Evaluable patients for response assessment were 44 cases.

จากผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์จำนวน 78 รายที่ได้รับการรักษาด้วยสูตร 7+3 induction chemotherapy พบว่า อัตราการได้ complete remission (CR) เท่ากับ 24.4% (19 ราย) และ partial remission (PR) 5.1% (4 ราย) ส่งผลให้ overall response rate (CR+PR) เท่ากับ 29.5% ภายใต้การวิเคราะห์แบบ intention-to-treat

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์โดยรวม พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 22 ราย (28.2%) ที่ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ(Not remission) และมีผู้ป่วย 34 ราย (43.6%) ที่ไม่สามารถประเมินการตอบสนองต่อการรักษาได้(Not evaluable) โดยส่วนใหญ่เกิดจากการเสียชีวิตก่อนถึงช่วงเวลาการประเมินผล(Death before evaluation) 32 ราย (41.0%) รองลงมาคือการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นและข้อมูลไม่ครบถ้วน

เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่สามารถประเมินผลการตอบสนองได้ (evaluable population) ซึ่งมีจำนวน 44 ราย พบว่าอัตราการได้ complete remission เท่ากับ 43.2% ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานในต่างประเทศในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้ อัตราการได้ complete remission ที่ค่อนข้างต่ำในการวิเคราะห์แบบ intention-to-treat อาจอธิบายได้จากอัตราการเสียชีวิตในระยะแรกที่สูง รวมถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยของการศึกษานี้ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตในช่วงต้นของการรักษามีผลโดยตรงต่ออัตราการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วย AML ที่ได้รับ induction chemotherapy สูตร 7+3

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรเคมีบำบัดมาตรฐาน 7+3 จำนวน 78 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก และอัตราการตอบสนองต่อการรักษา

อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันในงานวิจัยนี้เท่ากับร้อยละ 38.5 ซึ่งสูงกว่ารายงานจากประเทศพัฒนาแล้วที่มักอยู่ในช่วงร้อยละ 5–20[4,5] ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนบริบทของการรักษาในระบบบริการสุขภาพแบบ real-world โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับภูมิภาค ผู้ป่วยจำนวนมากอาจมารับการรักษาในระยะที่โรคมีความรุนแรงสูง (late referral) และบางรายมีภาวะติดเชื้อหรือภาวะอวัยวะล้มเหลวตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา ส่งผลให้ physiologic reserve ต่ำและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในช่วง induction phase[6]

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น ความพร้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU availability), nurse-to-patient ratio, ระบบ early sepsis recognition และ rapid response team อาจมีผลต่อ survival outcome อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะ mold-active antifungal prophylaxis อาจมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและการเข้าถึงยาในบริบทของโรงพยาบาลภูมิภาค ส่งผลต่อความเสี่ยงของ invasive fungal infection[7]

ที่สำคัญในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โรงพยาบาลยังไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ (low immune ward) ผู้ป่วยจึงได้รับเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปที่มีความหนาแน่นของผู้ป่วยสูง ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ hospital-acquired infection และ nosocomial transmission โดยเฉพาะเชื้อดื้อยา ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตระยะแรก[5]

ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ และ BMI กับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน อย่างไรก็ตาม performance status (ECOG) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่มี ECOG ดีมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า สะท้อนถึงบทบาทของ functional reserve และสอดคล้องกับแนวทาง ELN และ NCCN ที่ใช้ performance status ในการพิจารณา intensive chemotherapy[3,8,9]

ด้านปัจจัยทางห้องปฏิบัติการ พบว่า serum albumin ต่ำและ serum sodium ต่ำเป็น independent predictors ของการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ระบุว่า hypoalbuminemia เป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการไม่ดี การอักเสบ และ frailty ซึ่งสัมพันธ์กับ infection และ mortality ขณะที่ hyponatremia อาจสะท้อน cytokine-mediated inflammation, SIADH หรือ volume imbalance ซึ่งสัมพันธ์กับ poor outcome ในผู้ป่วยวิกฤต[4,10]

Lymphocyte percentage มีความสัมพันธ์ใน univariable analysis แต่ไม่คงอยู่หลังปรับ confounders ซึ่งอาจสะท้อน immune dysfunction อย่างไรก็ตาม ขนาดตัวอย่างอาจจำกัด power ของการศึกษา[11]

การติดเชื้อเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยเฉพาะ pneumonia, sepsis, Gram-negative bacterial infection เช่น Escherichia coli และ Acinetobacter baumannii รวมถึง invasive fungal infection เช่น pulmonary aspergillosis ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมทั่วโลกนอกจากนี้ arrhythmia และ acute kidney injury เป็น independent predictors ของการเสียชีวิต ซึ่งอาจสัมพันธ์กับ sepsis, tumor lysis syndrome, electrolyte imbalance และ hemodynamic instability สะท้อนความสำคัญของ multidisciplinary care และ close monitoring[12,13]

อัตราการได้ complete remission ในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 24.4 และ overall response rate เท่ากับร้อยละ 29.5 ซึ่งต่ำกว่ารายงานในต่างประเทศ[2] อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์แบบ intention-to-treat รวมผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนการประเมิน ส่งผลให้ค่า CR ต่ำ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการประเมินสูงถึงร้อยละ 41.0 เมื่อพิจารณาเฉพาะ evaluable population พบว่า CR เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43.2 ซึ่งใกล้เคียง real-world cohort ในประเทศกำลังพัฒนา สะท้อนว่า early mortality มีผลโดยตรงต่อ remission rate มากกว่าประสิทธิภาพของสูตรยา[2,14]

ผลการศึกษานี้มีความสำคัญทางคลินิก โดยเน้นบทบาทของ risk stratification ก่อน induction therapy การประเมิน nutritional status และ electrolyte รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อและการพัฒนา early sepsis protocol[15]

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์จำนวน 78 รายที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรเคมีบำบัดมาตรฐาน 7+3 พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันเท่ากับร้อยละ 38.5

ในการวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression พบว่า serum albumin ต่ำและ serum sodium ต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน โดยระดับ serum albumin ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (adjusted OR 0.17; 95% CI 0.05–0.63; p = 0.008) และระดับ serum sodium ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเช่นกัน (adjusted OR 0.78; 95% CI 0.63–0.94; p = 0.020)

อัตราการได้ complete remission ในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 24.4 และ overall response rate เท่ากับร้อยละ 29.5

เอกสารอ้างอิง

1. Dohner H, Weisdorf DJ, Bloomfield CD.(2015). Acute myeloid leukemia. N Engl J Med. 2015;373(12):1136-1152.
2. Othus M, Kantarjian H, Petersdorf S, et al.(2014). Declining rates of treatment-related mortality in patients with newly diagnosed AML given intensive induction regimens: a report from SWOG and MD Anderson. Leukemia. 2014;28(2):289-292.
3. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al.(1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649-655.
4. Sasaki K, Kadia TM, Begna K, DiNardo CD, Borthakur G, Short NJ, et al.(2022). Prediction of early (4-week) mortality in acute myeloid leukemia with intensive chemotherapy. Am J Hematol. 2022;97(1):68-78.
5. Percival ME, Tao L, Medeiros BC, Clarke CA.(2017). Improving the outcome of acute myeloid leukemia: real-world trends in early mortality. Blood Adv. 2017;1(22):1783-1790.
6. Jacob S, Jacob SE, Suryanarayana BS, Dutta TK.(2019). Clinical profile and short-term outcome of adult patients with acute myeloid leukemia. Indian J Hematol Blood Transfus. 2019;35(3):431-436.
7. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, et al.(2011). Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update. Clin Infect Dis. 2011;52(4):e56-e93.
8. Estey E.(2018). Acute myeloid leukemia: 2019 update on risk stratification and management. Am J Hematol. 2018;93(10):1267-1291.
9. National Comprehensive Cancer Network.(2021). NCCN clinical practice guidelines in oncology: acute myeloid leukemia. Version 2.2021. Available from: https://www.nccn.org.
10. Walter RB, Othus M, Appelbaum FR, Estey EH.(2011). Prediction of early death after induction therapy for newly diagnosed acute myeloid leukemia with pretreatment risk scores. Am J Hematol. 2011;86(12):1025-1031.
11. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR.(1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. J Clin Epidemiol. 1996;49(12):1373-1379.
12. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al.(2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810.
13. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group.(2012). KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl. 2012;2(1):1-138.
14. Kantarjian H, O'Brien S, Cortes J, et al.(2006). Results of intensive chemotherapy in 998 patients aged 65 years or older with acute myeloid leukemia or high-risk myelodysplastic syndrome: predictive prognostic models for outcome. Cancer. 2006;106(5):1090-1098.
15. Estey E.(2018). Acute myeloid leukemia: 2019 update on risk stratification and management. Am J Hematol. 2018;93(10):1267-1291.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม : กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient with Hemorrhagic Shock During Surgery for Colon Cancer at the Hepatic and Splenic Flexures: A Case Study.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

จรัสศรี แก้วมณี[1]
Jarassri Kaewmanee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทการพยาบาลระยะขณะผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยครอบคลุมสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต การบริหารจัดการสารน้ำและส่วนประกอบของโลหิต การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยหลายประการเป็นสมรรถนะที่สำคัญต่อการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและการลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและแม่นยำ (2) การเฝ้าระวังค่าพลศาสตร์การไหลเวียนอย่างเคร่งครัด และ (3) การจัดการภาวะช็อกอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การให้สารน้ำทดแทน การให้ส่วนประกอบของโลหิต และการควบคุมแหล่งเลือดออก นอกจากนี้ การบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ระหว่างการผ่าตัด มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม

Abstract

This case study aimed to delineate essential intraoperative nursing care for colorectal cancer patients experiencing hemorrhagic shock, encompassing five core domains: continuous patient assessment, hemodynamic monitoring, fluid and blood product management, interdisciplinary coordination, and complication prevention.

Results: The findings demonstrated that several factors emerged as critical competencies for improving survival rates and minimizing complications: (1) timely and accurate patient assessment, (2) rigorous hemodynamic monitoring, and (3) systematic shock management—incorporating fluid resuscitation, blood component transfusion, and hemorrhage source control. Furthermore, integrating evidence-based nursing practice with effective interdisciplinary team communication was essential for enhancing clinical outcomes.

Keywords: Patients with hemorrhagic shock, during surgery, cancer of the pancreatic angle of the colon and spleen.

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer: CRC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยข้อมูลปี ค.ศ. 2022 จาก GLOBOCAN รายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 1,926,425 ราย คิดเป็นประมาณร้อยละ 7.9 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด และเป็นมะเร็งชนิดที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของโลก[1] ขณะที่ภูมิภาคเอเชียมีสัดส่วนผู้ป่วยสูงถึงประมาณ 50.2% ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลก สะท้อนภาวะโรคที่เพิ่มขึ้นในภูมิภาคนี้ ซึ่งในปี ค.ศ. 2023 แนวโน้มของโรคยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา และพบอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยมากขึ้น ซึ่งมีรายงานว่าพบในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 55 ปีคิดเป็นประมาณ 20% ของ

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบ้านหมี่

ผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[2] ในปี ค.ศ. 2024 แม้ว่ายังไม่มีตัวเลข global update ที่เปลี่ยนแปลงมากจากปี 2022 อย่างมีนัยสำคัญ แต่แนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มมากกว่า 3.5 ล้านรายภายในปี ค.ศ. 2050 แสดงถึงภาวะโรคในระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[3]

สำหรับประเทศไทยนั้น อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยประมาณ คือ 14,000 ราย/ปี, 15,000 ราย/ปี, 16,000 ราย/ปี ตามลำดับ[4] และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยประมาณ 5,000 ราย/ปี, 5,500 ราย/ปี, 5,500 ราย/ปี ตามลำดับ จัดอยู่ในอันดับ 3 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด จากการศึกษารายงานย้อนหลังทั้ง 3 ปีดังกล่าว พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป และตรวจพบระยะลุกลาม และระยะแพร่กระจายรวมกันมากกว่า 50%[5] สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งด้านอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งสวนทางกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน จากการศึกษาสาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เพศ อายุ พันธุกรรม เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การบริโภคเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป อาหารที่ไม่มีกากใย อาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทปิ้ง ย่าง รมควัน ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลโดยตรงกับภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุลำไส้จากภาวะปกติไปสู่การเป็นมะเร็ง[6] การตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการป้องกัน คัดกรอง และการลดอุบัติการณ์ของโรคในระยะยาว แต่สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะสุดท้ายนั้น การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักในผู้ป่วยระยะนี้ ซึ่งการผ่าตัดลำไส้ใหญ่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ (2 – 25%) ภาวะลำไส้รั่วบริเวณรอยต่อ (3 – 9%) ลำไส้ไม่ทำงานชั่วคราว(10 – 20%) และภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด (1 – 6%)[7,8] ซึ่งภาวะลำไส้รั่วและภาวะช็อกจากการเสียเลือดนั้น เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงสูงและสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ[9] ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องเน้นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ในการเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เน้นการดูแลแบบองค์รวมในทุกระยะของการผ่าตัด โดยเฉพาะการนำแนวทาง ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) คือ การลดความเครียดจากการผ่าตัด ส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ผ่านการดูแลที่เป็นระบบในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด มาใช้ ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต[10] ทั้งนี้บทบาทสำคัญของพยาบาล คือการประเมิน เฝ้าระวัง และบูรณาการหลักฐานทางวิชาการเข้าสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้ามที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม ที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ให้มีประสิทธิภาพ และได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์บทบาทการพยาบาลระยะขณะผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยครอบคลุมสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต การบริหารจัดการสารน้ำและส่วนประกอบของโลหิต การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ภูมิลำเนา อ.บ้านหมี่ จ.ลพบุรี สถานภาพสมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ สิทธิ์เบิกกรมบัญชีกลาง น้ำหนัก 61 Kg ส่วนสูง 165 cm BMI 22.42 ไม่พบประวัติแพ้อาหารและยา ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดแน่นท้องและท้องอืดมาก คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดแน่นท้อง ท้องอืด จนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการคลื่นไส้ ไม่ถ่ายอุจจาระ ผ่ายลมได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ประมาณ 20 ปี รักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ปฏิเสธการขาดยา มีประวัติเลือดออกในสมองจากการได้รับอุบัติเหตุและได้รับการผ่าตัดสมอง เมื่อ 10 ปีที่แล้ว ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hematology: RBC Count 4.48 × 10^6 cells/cumm (ค่าปกติ 4-6 × 10^6 cells/cumm), **Hb** 7.9 g/dl (ค่าปกติ 13-16 g/dl), **HCT** 28.1% (ค่าปกติ 39-50%), **Plt Count** 488,100 cells/cumm (ค่าปกติ 150,000-400,000 cells/cumm), **WBC Count** 13,122 cells/cumm (ค่าปกติ 4,500-11,000 cells/cumm), **Neutrophil** 82% (ค่าปกติ 40-75%), **Lymphocyte** 16% (ค่าปกติ 20-40%), **PT** 11.20 second (ค่าปกติ 8.62-13.06 second), **PTT** 23.90 second (ค่าปกติ 20.42-32.00 second) **Chemistry: Na** 130 mmol/l (ค่าปกติ 135-145 mmol/l), **K** 4.8 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1mmol/l), **Cl** 97 mmol/l (ค่าปกติ 101-109 mmol/l), **CO2** 19 mmol/l (ค่าปกติ 24-34 mmol/l), **BUN** 29 mgdl (ค่าปกติ 8-20 mgdl), **Cr** 1.25 mg/dl (ค่าปกติ 0.51-1.17 mg/dl), **eGFR** 57 ml/min (ค่าปกติ 60-130 ml/min)

ผลการตรวจทางรังสี

Film acute abdomen : Small bowel and large bowel dilatation with multiple air fluid level

CTWA : -Irregular circumferential wall thickening and enhancing at mild descending colon associated with peri colonic fat infiltration. CA descending colon with extra serosal invasion

-Dilatation with fluid-filled bowel loops at proximally large bowel and small bowel loops favored bowel obstruction

EKG 12 lead : Normal sinus rhythms regular rate 96 bpm normal QRS amplitude no ST change

การตรวจร่างกายระบบสำคัญ

Vital signs : BT 37.1° c, PR 96 bpm, RR 20 bpm, BP 139/87 mmHg, Neuro sign GCS 15 คะแนน, Braden Scale 16 คะแนน, Pain Score 7 คะแนน

GA : Good consciousness

Respiratory system : equal breast sound both lung, clear, no wheezing

Cardiovascular system : normal S1 S2, no murmur

Abdomen : mark tender epigastrium, distension, guarding

Extremities : no limit ROM

Neurological : E4V5M6, Grade V all extremities

การวินิจฉัยของแพทย์ :

Obstructed CA descending colon with IC valve incompetent

การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ

Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet under General Anesthesia

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้องและท้องอืดมาก จากการอุดตันของลำไส้ใหญ่** **ข้อมูลสนับสนุน**ปวดแน่นท้องและท้องอืดมาก คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล Pain Score 7 คะแนน	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจสอบสัญญาณชีพ และ Pain Scale ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินตำแหน่งการปวด อาการปวด ลักษณะของการปวด ความรุนแรงของการปวด อาการท้องอืด และคลื่นไส้อาเจียน จัดท่านอนในท่าศีรษะสูง(Fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวทำให้อาการปวดลดลง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง สาเหตุของอาการปวดท้อง ส่งเสริมใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวด โดยการหายใจ เข้าออกยาวๆ ลึกๆ ดูแลให้งดอาหารและน้ำ และใส่สายยางให้อาหาร เพื่อระบายสารเหลวและเศษอาหารเป็นการลดความดันในกระเพาะอาหารและลำไส้ ดูแลตรวจเยี่ยมอาการของ ผู้ป่วยบ่อยครั้ง สัมผัสเพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ชวนพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาปวด อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง **การประเมินผล** ผู้ป่วยอาการปวดลดลง Pain Score 4-5 คะแนน NG tube มี Content เป็นน้ำสีใส ออก 300 ml ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
ผู้ป่วยมีภาวะร่างกายขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากการผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน และรับประทานอาหารได้น้อย **ข้อมูลสนับสนุน** ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบภาวะโซเดียมในเลือดต่ำผิดปกติ (hyponatremia) ค่าNa 130 mmol/l, Cl 97 mmol/l, CO2 19 mmol ปัสสาวะออก 150 ml/ 8 hr. ผลการตรวจ Cr 1.25 mg/dl	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30-60 นาที PR 96-102 bpm, BP 120/80-130/90 mmHg ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที จำนวน 500 ml หลังจากนั้นให้ในอัตรา 100 ml/hr. ติดตามบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชม. และปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการขาดสารน้ำและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง, กระหายน้ำ, ความตึงตัวของผิวหนังผิดปกติ, อ่อนเพลีย, ซึมลง และอ่อนแรง **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการอ่อนเพลีย และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีอาการคลื่นไส้ และอาเจียน ไม่พบความผิดปกติของการขาดสมดุลของสารน้ำ Na 136 mmol/l, K 3.7 mmol/l CL 102 mmol/l, CO2 26 mmol/l, Cr 1.1 mg/dl
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และขาดความรู้และความพร้อมในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ถามเรื่องการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเพื่อรับการผ่าตัดบ่อยครั้ง	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การทำความรู้จัก ชื่อ สกุล เพื่อให้เกิดความปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความวิตกกังวล ซักถามข้อสงสัย พร้อมประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการทำผ่าตัดในครั้งนี้ อธิบายเรื่องโรคและอาการ แผนการรักษา ขั้นตอนการให้การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความร่วมมือในการ

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รักษาพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดร่วมกับการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้คลายวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
อาจเกิดความไม่พร้อมในการทำผ่าตัดและผ่าตัดผิดคน, ผิดแพทย์เนื่องจาก มีเวลาในเตรียมผ่าตัดจำกัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเวลา 14.10 น. แพทย์สั่งผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Left hemicolectomy Under General Anesthesia เวลา 15.00 น. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผล HCT 28.1%	**กิจกรรมการพยาบาล** ให้ผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอมผ่าตัดในเอกสาร ตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาล ความพร้อมด้านร่างกาย ถอดโลหะทุกชนิดที่ติดตัวมากับผู้ป่วย ดูแลความสะอาดของร่างกาย ตรวจสอบการงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 1 u และ FFP 2 u ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ยาปฏิชีวนะฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ แจ้งข้อมูลการผ่าตัด วันที่ เวลา ที่ศัลยแพทย์ระบุ พร้อมอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงปัญหาของผู้ป่วย ให้ทีมผ่าตัดรับทราบโดยละเอียดเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา, วางแผนให้การพยาบาลต่อเนื่อง, เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดพิเศษต่อไป ลงบันทึกปัญหาและการให้การพยาบาลในระบบ, ลงบันทึกตารางการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน ตามแผนการผ่าตัดของศัลยแพทย์ ตรวจความพร้อมก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งเมื่อได้รับการแจ้งว่าจะมารับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ตรวจเอกสารการรับผู้ป่วยอย่างละเอียดตรงกันก่อนส่งผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัด **การประเมินผล** ผู้ป่วยและเวชระเบียน มีพร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด
ขณะผ่าตัด ขณะผ่าตัดพบ Circumferential mass at descending colon, no liver or peritoneal nodule Proximal margin 10 cm and distal margin 10 cm Pancreatic injury gr 2 at body, Pancreatic and Splenic vein injury ทำการผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet สัญญาณชีพ PR 89-126 ครั้ง/นาที BP 82/50 – 136/94 mmHg O2sat 92 -100% ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที ปริมาณเลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับ PRC 6 u, FFP 3 u และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml, ปริมาณปัสสาวะที่ออกทั้งหมด 350 ml ชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดออกคือ descending colon ขนาด 10x18 cm	
เสี่ยงต่อการเกิดความผิดผลาดในการผ่าตัด (ผิดคน/ผิดหัตถการ/ผิดแพทย์/การส่งสิ่งส่งตรวจผิด/การมีสิ่งของตกค้างในร่างกาย) เนื่องจากความเร่งรีบในการเตรียมผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** การเตรียมผ่าตัดใช้เวลาที่จำกัด บุคลากรปฏิบัติงานภายใต้ความเร่งรีบ เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที ชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดออกคือ descending colon	**กิจกรรมการพยาบาล** ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทำ Sign-In โดยทีมผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเวชระเบียน และการระบุตัวผู้ป่วย อย่างเคร่งครัด ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ก่อนทำการผ่าตัด หยุดและทำ Surgical Time out โดยให้ทีมผ่าตัด นำโดยศัลยแพทย์, วิสัญญี และพยาบาลทบทวนร่วมกัน ตามแนวทางปฏิบัติ เมื่อทีมผ่าตัดพร้อม เริ่มทำการผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดสิ้นสุดลง ทำ Sign-out โดยทีมผ่าตัด ทวนสอบชื่อหัตถการ, สิ่งส่งตรวจ, สิ่งที่ติดไปกับผู้ป่วย, ความครบถ้วนของเครื่องมือผ่าตัด, ผ้าซับโลหิต, และผ้า Gauze เข้าใจตรงกัน เริ่มปิดแผลผ่าตัด เมื่อขั้นตอนการผ่าตัดเสร็จ ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและก่อนย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อยังหอผู้ป่วย ตรวจสอบเวชระเบียน, สิ่งส่งตรวจ, ชื่อผู้ป่วยอย่างละเอียดให้ถูกต้องตรงกัน แจ้งข้อมูล, ปัญหา, กิจกรรมการพยาบาล, แผนการรักษาของแพทย์ โดยละเอียดแก่ทีมพยาบาล พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการไม่มีสิ่งตกค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจครบถ้วน
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด(การผูกรัดจัดท่า, การใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า, การใช้เครื่องมือ และการติดเชื้อ) เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ที่มีระยะเวลานานและการใช้อุปกรณ์ช่วยผ่าตัดหลายชนิด	**กิจกรรมการพยาบาล** จัดผ้าปูเตียงผ่าตัดให้ยาวถึงปลายเท้า บริเวณช่วงลำตัวผู้ป่วยเพิ่มผ้าปูเตียงหนากว่าส่วนอื่น เพื่อช่วยซับน้ำที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ลดความเสี่ยงที่จะเกิดอาการพองไหม้บริเวณผิวหนังที่ผู้ป่วยนอนกดทับจากการใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงาย(Supine position) ระมัดระวังปุ่มกระดูกและเส้นประสาท ตรวจสอบโลหะที่อาจติดมากับผู้ป่วย เตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้าให้พร้อมใช้งาน ติดแผ่นเจลนำกระแสไฟฟ้า นำผ้าคลุมตั้งแต่บริเวณหน้าอกถึงปลายเท้า ใช้อุปกรณ์ผูก

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที และเปิดเครื่องมือเพิ่มจำนวนมาก เนื่องจาก Pancreatic and Splenic vein injury	รัดบริเวณต้นขา ทีมผ่าตัดตรวจสอบตัวบ่งชี้การทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องผ้า/เครื่องมือผ่าตัดทุกชิ้นก่อนเปิด หากพบมีการปนเปื้อนให้เปลี่ยนทันที เมื่อทีมผ่าตัดพร้อมทำผ่าตัด ทีมวิสัญญีเริ่มขบวนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย พยาบาลช่วยรอบนอก เปิดผ้าคลุมเฉพาะส่วนที่จะทำผ่าตัดออก ตรวจสอบและเช็ดทำความสะอาดสะดือ Scrub ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ทีมผ่าตัดคลุมผ้าปราศจากเชื้อ เปิดเฉพาะบริเวณหน้าท้องที่จะทำผ่าตัด ทุกขั้นตอนทำตามมาตราฐานของห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด เริ่มทำผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจสอบและรักษาความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน, ดูแลบริเวณผ่าตัดรวมถึงเครื่องมือผ่าตัดให้ปราศจากเชื้อตลอดเวลา คาดการณ์ล่วงหน้า, ส่งเครื่องมืออย่างแม่นยำ และถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัด พยาบาลช่วยผ่าตัด ทบทวนขั้นตอนและกายวิภาคอย่างละเอียดเพื่อให้คาดเดาสถานการณ์ถัดไปได้ รวมถึงการจัด Exposure ให้ชัด นิ่ง แห้ง ตลอดเวลา, การจัดการเนื้อเยื่ออย่างนุ่มนวล, การจัดการภาวะวิกฤต, การสื่อสารและการทำงานทีม ร่วมถึงช่วยระมัดระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใช้เครื่องมือผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลช่วยรอบนอก คอยเฝ้าระวังความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ถ้าพบแจ้งทีมผ่าตัดทันที รวมถึงควบคุมเปิด-ปิดประตูห้องผ่าตัด และจำกัดจำนวนบุคลากรที่เข้า-ออกให้น้อยที่สุด **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการผูกรัดจัดท่าในการผ่าตัด ไม่พบรอยช้ำแดง, รอยพองไหม้จากการกดทับและการใช้จี้ไฟฟ้า, ไม่พบอาการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ถ่างขยาย และไม่พบการละเมิดหลักปราศจากเชื้อ
เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด เนื่องจาก Splenic vein injury **ข้อมูลสนับสนุน** เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ปริมาณปัสสาวะที่ออกทั้งหมด 350 ml BP 82/50 – 92-65 mmHg สัญญาณชีพ PR 100-126 bpm	**กิจกรรมการพยาบาล** ทีมวิสัญญีตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก15 นาที maintain MAP ≥65 mmHg เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้อย่างเพียงพอขณะทำผ่าตัด ตรวจสอบพร้อมจดบันทึกจำนวนและลักษณะเลือดที่ออกภายในช่องท้องจากผ้าซับโลหิต, ขวดดูดสุญญากาศ ทุก 15 นาที ติดตามปริมาณปัสสาวะ(Urine Output) รายชั่วโมง โดยเป้าหมายคือ > 0.5 ml/kg/hr. รายงานสถานะความพร้อมของเลือดและปริมาณเลือดที่ออกให้ทีมผ่าตัดทราบเป็นระยะ เพื่อวางแผนบริหารการให้เลือด, ส่วนประกอบของเลือด และสารน้ำ ตามแนวทาง Balanced Resuscitation (เช่น สัดส่วน PRC:FFP:Platelet = 1:1:1) ผ่านเครื่องอุ่นสารน้ำ(Rapid Infuser/Fluid Warmer) เตรียมและบริหารยาที่ช่วยในการหยุดเลือดตามคำสั่งการรักษาของทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยผ่าตัด ช่วยดูดซับเลือด, ดึงถ่างให้ตรงตำแหน่งที่เลือดออก พร้อมช่วยห้ามเลือดตามขั้นตอนอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ศัลยแพทย์มองเห็นตำแหน่งเลือดออกชัดเจน และใช้เวลาในการหยุดเลือดที่ออกให้น้อยที่สุด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ในการช่วยห้ามเลือดให้มีจำนวนเพียงพอ เตรียมเครื่องจี้ห้ามเลือดไฟฟ้า, เครื่องมือที่ใช้ห้ามเลือดให้มีขนาดที่เหมาะสมให้พร้อมใช้งาน และมีประสิทธิภาพ พยาบาลช่วยรอบนอก ช่วยประสานงานขอเลือด, เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน และอำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัดทำงานอย่างราบรื่นและรวดเร็ว **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด ได้รับการห้ามเลือดบริเวณ splenic vein ผู้ป่วยได้รับเลือด, ส่วนประกอบของเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมด 6,047 ml ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวจากการได้รับยาสลบ สัญญาณชีพ BP 82/50 – 136/94 mmHg, PR 80-126 bpm, O2sat 95 - 100 % ปริมาณปัสสาวะที่ออกทั้งหมด 350 ml ไม่มีเลือดปน ปริมาณเลือดที่ออกทั้งหมด 1,800 ml HCT 32.9 % ส่งต่อผู้ป่วยไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่หอผู้ป่วยหนัก
เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายไม่สมดุล(ภาวะตัวเย็น) เนื่องจากการสูญเสียเลือดจำนวน	**กิจกรรมการพยาบาล** ใช้ผ้าเครื่องเป่าลมร้อนคลุมบริเวณหน้าอก, แขนทั้ง 2 ข้าง และปรับ OR temp ≥21 – 24°C เพื่อรักษาอุณหภูมิกาย > 36°C ประเมินสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับ hypothermia เช่น Bradycardia / tachycardia, Hypotension,

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มาก และการสัมผัสอุณหภูมิห้องผ่าตัดเป็นเวลานาน **ข้อมูลสนับสนุน** ผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml	Arrhythmia อุ่นสารน้ำและเลือดก่อนให้(Fluid warming) ควบคุม temp ~37°C, อุ่น N.S.S ก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วย คลุมผ้าชุบน้ำอุ่นบริเวณลำไส้ที่อยู่นอกช่องท้อง ประสานงานทีมวิสัญญี monitor temp อย่างต่อเนื่องทุก 15-30 นาที **การประเมินผล** ค่า BT 36.5 - 37.2°C สัญญาณชีพ BP 82/50 – 136/94 mmHg, PR 80-126 bpm, RR 20 bpm, O2sat 95 - 100 % ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกได้ตามเกณฑ์ และไม่มีการสั่นหนาว
ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ PR 108 bpm, BP 109/64 mmHg O2sat 99 % แผลปิดบริเวณหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม Tube drain 2 เส้น ตำแหน่งสีข้างด้านซ้าย มีcontent ลักษณะสีแดงจางออกคาสาย เวลาที่ใช้ในทำการผ่าตัด 5 ชม.10 นาที เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,800 ml จึงย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ และย้ายกลับไปหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังและจัดการดังนี้	
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป และการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ได้รับ General anesthesia ใส่ Endotracheal tube และใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,800 ml	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สังเกตลักษณะการหายใจ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจ ตั้งค่าตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดูดเสมหะเป็นระยะเพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงในท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง, หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น, หัวใจเต้นเร็ว มีภาวะ Cyanosis และO2sat < 95% ติดตามสัญญาณชีพทุก 30นาที ถึง1ชั่วโมง monitor EKG และ O2sat **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หายใจไม่เหนื่อยหอบ ฟังปอดไม่มีเสียงเสมหะ พบเสียงหายใจเท่ากันทั้งสองข้าง ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่เลื่อนหลุดหรืออุดตัน O2sat 98 - 100% CXR: no pulmonary congestion หลังผ่าตัด 1 วัน ถอดท่อช่วยหายใจได้ และสามารถหายใจได้เอง สัญญาณชีพคงที่
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำเนื่องจาก การบาดเจ็บเส้นเลือดและภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหลังการเสียเลือดจำนวนมาก **ข้อมูลสนับสนุน** ทำการผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับ PRC 6 u, FFP 3 u และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml Tube drain 2 เส้น ตำแหน่งสีข้างด้านซ้าย มี content ลักษณะสีแดงจางออกคาสาย	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และภาวะ hemodynamic อย่างใกล้ชิดทุก 15–30 นาที (ระยะแรก) ประเมินและบันทึกแผลผ่าตัด ตรวจสอบแผลผ่าตัด ดูการซึมของเลือด สังเกตุปริมาณ/สีของ drain (เช่น >100 mL/hr. หรือสีแดงสด) สังเกตอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ท้องอืดตึง หรือมีภาวะหน้าท้องแข็งเกร็งกดเจ็บทั่วทั้งท้อง พบรอยเขียวคล้ำรอบสะดือ(Cullen's sign) หรือบริเวณสีข้าง(Grey Turner's sign) ประเมินอาการแสดงของ coagulopathy เช่น petechiae, ecchymosis, bleeding จาก puncture site บันทึก urine output <0.5 mL/kg/hr. = abnormal, monitor ABG, ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hct, Hb, PT, PTT และ Lactate เพื่อดูภาวะเนื้อเยื่อ ขาดออกซิเจน ถ้าพบสิ่งผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที เตรียม PRC, FFP, Platelet ตามแผนการรักษา รักษา normothermia ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น, อุ่นสารน้ำ/เลือดก่อนให้เสมอ ลดการกระตุ้น/กิจกรรมที่เพิ่ม bleeding จำกัดการเคลื่อนไหวที่เพิ่ม intra-abdominal pressure หลีกเลี่ยงการเบ่ง ประคองแผลขณะไอหลีกเลี่ยง IM injection **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ แผลผ่าตัดแห้งดี content Drain ลักษณะเลือดแดงเจางออกทั้งหมด 280 ml Hct 32–34% และไม่ลดลงต่อเนื่อง Urine output 200 – 300 ml/8hr.

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์หลังผ่าตัด เนื่องจากเสียเลือดขณะผ่าตัดและการงดน้ำและอาหาร **ข้อมูลสนับสนุน** สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,800 mL ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml งดน้ำและอาหาร (NPO) ต่อเนื่องหลังผ่าตัด หลังผ่าตัด 2 วัน ปัสสาวะ 8 ชั่วโมงออก 200 ml ฟังเสียงปอดพบ Fine Crepitation Both Lungs, Chest X-ray พบ Cephalization หายใจเหนื่อย RR 24-26 bpm	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชม. หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr. ต้องรายงานแพทย์ทันที เพราะบ่งบอกถึงภาวะขาดน้ำหรือไตเริ่มทำงานบกพร่อง ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ติดตามค่า Electrolytes เพราะการผ่าตัดลำไส้มักมีการสูญเสีย K , Na ซึ่งส่งผลต่อการเต้นของหัวใจและการบีบตัวของลำไส้ สังเกตอาการปากแห้ง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) สังเกตอาการของภาวะ K และ Na ต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือท้องอืดผิดปกติ และซึม/สับสน ประเมิน GI function คือ bowel sound (ประมาณ 5–30 ครั้ง/นาที) และผายลม ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อให้ร่างกายได้สารน้ำอย่างเพียงพอ พบภาวะน้ำเกิน ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ ให้ O2 และปรับลดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำลง ตามแผนการรักษา หลังผ่าตัดวันที่ 4 แพทย์เริ่มให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หลังผ่าตัดวันที่ 7 แพทย์เริ่มให้รับประทานอาหารตามขั้นตอนหลังผ่าตัด กระตุ้นให้ Ambulate เป็นเวลา 30-60 นาที เพื่อป้องกันอาการท้องอืด แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยขยับตัวบนเตียงมากขึ้น **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน ริมฝีปากชุ่มชื้น ผิวหนังไม่แห้ง ใน 8 ชั่วโมงปัสสาวะออก 350 ml ไม่พบท้องอืด ลำไส้เคลื่อนไหวดี ผายลมได้ รับประทานอาหารได้ เริ่มขับถ่ายเป็นกาก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 24 mg/dl, Cr 0.93 mg/dl, Na 136 mmol/L, Cl 111 mmol/L, K 4.5 mmol/L, CO2 18 mmol/L สัญญาณชีพคงที่
ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดปวดมากขึ้นเมื่อไอ หายใจลึก หรือเปลี่ยนท่า มีแผลผ่าตัดช่องท้อง เกร็งหน้าท้อง ไม่กล้าขยับตัว เคลื่อนไหวหรือพลิกตัวยาก Pain Score 8 – 10	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินระดับความปวด(Pain scale) เป็นระยะ สังเกตความปวดจากสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย ดูแลจัดท่า semi-fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และทรวงอกคลายตัว ลดการตึงตัวของแผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับ โดยรายงานอาการให้แพทย์ทราบ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงสาเหตุของอาการปวดบริเวณตำแหน่งผ่าตัด และแผนการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัย สอน แนะนำ สาธิตให้ผู้ป่วย ประคองแผลผ่าตัดด้วยมือหรือหมอนนิ่มๆ เมื่อจะไอหรือจาม และเปลี่ยนอิริยาบถหรือพลิกตะแคงตัว เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ระวังสายหรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง แนะนำและสาธิตวิธีการผ่อนคลาย โดยการหายใจ เข้า-ออกลึกๆ การนั่งสมาธิ ดูทีวี พูดคุย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1-2ครั้ง อาการปวดแผลลดลง Pain Score < 3 ไม่บ่นปวดแผล สุขสบายขึ้น สามารถหายใจลึก ไออย่างมีประสิทธิภาพ และใช้หมอนประคองแผลได้ สามารถพลิกตัว ลุกนั่ง และเริ่มเดินได้ตามแผนการรักษา สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (การรั่วของลำไส้ที่ต่อและการติดเชื้อแผลผ่าตัด)เนื่องจาก ผ่าตัดต่อลำไส้และอาจการปนเปื้อนในช่องท้อง **ข้อมูลสนับสนุน** ทำการผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet เวลาที่ใช้ในทำการผ่าตัด 5 ชม.10 นาที เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับ PRC 6 u, FFP 3 u และสารน้ำทางหลอด	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินสัญญาณชีพและภาวะติดเชื้อ BT (>38℃), HR↑, RR↑, BP↓,ประเมิน qSOFA (quick SOFA) คือเครื่องมือคัดกรอง sepsis แบบรวดเร็ว ใช้ 3 ตัวชี้วัด: RR ≥ 22 ครั้ง/นาที, BP (SBP ≤ 100 mmHg), ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป (GCS < 15) ถ้าพบ ≥ 2 ข้อ คือเสี่ยง sepsis สูง และ early warning score คือการประเมินอาการทรุดลงของผู้ป่วย โดยสังเกตุจาก HR, BP, RR, BT, SpO_2, ระดับความรู้สึกตัว คะแนนยิ่งสูง = ผู้ป่วยยิ่งเสี่ยงอาการทรุดลง ประเมินอาการบ่งชี้ anastomotic leakage คือปวดท้องเพิ่มขึ้น, ท้องอืด/กดเจ็บ, ไม่มี bowel sound, มีภาวะ peritonitis ประเมินแผลผ่าตัดติดเชื้อ (Surgical site) คือบวม แดง ร้อน, มีหนอง, wound dehiscence ประเมินลักษณะและปริมาณ drainage สี (ขุ่น/เขียว/

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml Tube drain 2 เส้น	กลิ่นเหม็น) ปริมาณเพิ่มขึ้นผิดปกติ ประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร คือ bowel sound, stool ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ <180 mg/dL ทำแผลและให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติของผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการรั่วของลำไส้ รวมถึงการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด หลังผ่าตัด 10 วัน ตัดไหมแผลผ่าตัด และถอดสายระบายในช่องท้องออก แผลผ่าตัดแห้งติดดี แผลท่อระบายไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม ผล CTWA: no intra - abdominal collection สัญญาณชีพคงที่ เริ่มรับประทานอาหารได้ตามแผน
ขาดความรู้และความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามบ่อยครั้ง เรื่องการปฏิบัติตัว อาหาร กิจกรรมที่สามารถทำได้ และการรักษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด แนะนำรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง ย่อยง่าย และควรมีอาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร อาหารควรเป็นอาหารที่มีน้ำตาลน้อย รสจืด การดูแลทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงการทำแผลท่อระบายวันละ 1 ครั้ง แนะนำการรับประทานยา ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง ขับถ่ายผิดปกติ และมีเลือดออก มีไข้ แผลผ่าตัด/แผลท่อระบายมีสิ่งคัดหลั่งซึม เป็นต้น ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเท ไม่แออัด และเลี่ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นกิจกรรมเบาๆ เช่น การเดิน แนะนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พร้อมฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ระบุอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้ มาพบแพทย์ตามนัดและมีการติดต่อโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพื่อนัดวันเวลาในการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเป็นที่เรียบร้อย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาล ปฏิเสธขาดยา มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดแน่นท้อง ท้องอืดมาก ไม่ผายลม ไม่ถ่าย มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง coma score : E4V5M6 Pain Score 7 คะแนน ไม่มีตาตัว เหลือง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ บริเวณท้อง พบท้องอืดตึง กดเจ็บ เกร็งแข็ง เคาะมีเสียงโปร่ง ตรวจสัญญาณชีพปกติ เอกซเรย์ท้องพบ Small bowel and large bowel dilatation with multiple air fluid level เอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณท้องทั้งหมด พบ Irregular circumferential wall thickening and enhancing at mid descending colon associated with peri colonic fat infiltration . CA descending colon with extra serosal invasion. Dilatation with fluid filled bowel loops at proximally large bowel and small bowel loops favored bowel obstruction. ได้รับการวินิจฉัยเป็น CA descending colon with bowel obstruction. สั่งผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Left hemicolectomy Under General Anesthesia ก่อนการผ่าตัด ปัญหาที่พบไม่สุขสบาย, ภาวะร่างกายขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่, ความไม่พร้อมในการทำผ่าตัด, ให้การพยาบาลและดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถเข้ารับผ่าตัดได้ตามเวลาที่กำหนด ขณะผ่าตัดมี Pancreatic and splenic vein injury ปัญหาที่พบเสี่ยงต่อการเกิดความผิดผลาดในการผ่าตัด, เสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, ภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด, เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายไม่สมดุล, แพทย์ทำผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยปลอดภัยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก หลังผ่าตัด 1 วัน มีอาการดีขึ้น หายใจไม่เหนื่อย ปวดแผลลดลง ถอดท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ปัญหาที่พบเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ, อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโทรลัยต์, ภาวะไม่สุขสบาย, เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด, ขาดความรู้และความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ดูแลให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างใกล้ชิด และให้ยาตามแผนการรักษา จนอาการดีขึ้น สัญญาณชีพเป็นปกติ สามารถหายใจได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และรับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หรือท้องอืด ขับถ่ายได้เอง หลังผ่าตัดวันที่ 10 ตัดไหมแผลผ่าตัด/ถอดสาย Tube drain ทั้ง 2 เส้น แผลผ่าตัดแห้งติดดี/แผลdrain เริ่มแห้ง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด, การรับประทานยาและดูแลแผลสายระบายตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 13 วัน ศัลยแพทย์นัดตรวจหลังการผ่าตัดและฝังผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบ Histologic type: Adenocarcinoma with mucinous component, Histologic grade: G2, moderately differentiated ผู้ป่วยและญาติร่วมกับศัลยแพทย์วางแผนการรักษา โดยผู้ป่วยและญาติเลือกแนวทางการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ศัลยแพทย์เขียนหนังสือส่งตัวและส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำจุดประสานงานติดต่อโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพื่อนัดวันเวลาในการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเป็นทีเรียบร้อย

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม ที่เผชิญภาวะช็อกจากการเสียเลือดวิกฤตขณะผ่าตัด ถือเป็นบททดสอบสำคัญของการทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัด และทีมสหสาขาในการบริหารจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างเร่งด่วน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่เกิดขึ้น รักษาการไหลเวียนเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อให้เพียงพอ ช่วยป้องกันไม่ให้อวัยวะสำคัญล้มเหลว ผ่านการใช้แนวทาง Balanced Massive Transfusion Protocol เพื่อรักษาความสมดุลของสารน้ำและส่วนประกอบของเลือด หัวใจสำคัญคือการเฝ้าระวังและตัดวงจร Lethal Triad (ภาวะเลือดเป็นกรด, การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และตัวเย็น) รวมถึงการควบคุมต้นเหตุที่ทำให้เกิดภาวะช็อกนี้ โดยพยาบาลช่วยผ่าตัดต้องพัฒนาสมรรถนะในการช่วยผ่าตัดในกรณีผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อน ให้เกิดความเชี่ยวชาญ เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่น รวดเร็ว รวมถึงการยกระดับการพยาบาลจากการสังเกตุอาการทั่วไปไปสู่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงและการติดเชื้อในช่องท้อง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกที่แม่นยำและทันท่วงทีในสถานการณ์วิกฤต[7,8]

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A.(2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.(2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249.

3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). สถิติมะเร็งในประเทศไทย (Thailand National Cancer Registry). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2566
4. Rothrock, J. C. (2022). Alexander's care of the patient in surgery (17th ed.). Elsevier
5. Keum N, Giovannucci E.(2019). Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2019;16(12):713-732.
6. Pommergaard HC, Gessler B, Burcharth J, Angenete E, Haglind E, Rosenberg J.(2014). Preoperative risk factors for anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2014;16(10):753-765.
7. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al.(2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-695.
8. World Health Organization (WHO). (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection.
9. Hyman, N., et al. (2007). Anastomotic leaks after intestinal anastomosis. Annals of Surgery, 245(2), 254–258.
10. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2021–2023. Thieme.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย

Developing a proactive model for promoting the registration of persons with mobility disabilities through the participation of local agencies in Kantarawichai District.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

พิชญ์สิณี ศรีเตชะ[1]
Pichsinee Sritecha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความต้องการจำเป็น เพื่อพัฒนารูปแบบพร้อมประเมินผลการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) จำนวน 3 วงรอบ ร่วมกับภาคีเครือข่าย สาธารณสุข และหน่วยงานในพื้นที่

ผลการวิจัยพบว่า: 1) ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น)Need Assessment): ในภาพรวมมีความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบฯ เชิงรุก อยู่ในระดับสูง)PNI_Modified = 0.51) โดยมีสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.02, S.D. = 0.60) และสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือ ความสะดวกในการเดินทางไปรับใบรับรองแพทย์ ณ โรงพยาบาล (PNI_Modified = 0.67) รองลงมาคือ การมีทีมสัญจร (Mobile Unit) ลงประเมินความพิการถึงบ้าน (PNI_Modified = 0.64) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าข้อจำกัดที่ใหญ่ที่สุดคืออุปสรรคในการเข้าถึงการประเมินโดยแพทย์ในสถานพยาบาล 2) ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนฯ: วงรอบที่ 1: พบอุปสรรคสำคัญคือ อสม. มีภาระงานล้นมือและขาดเครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ผู้พิการยังเข้าไม่ถึงระบบ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองความพิการทางการเคลื่อนไหวให้เป็นมาตรฐาน กระชับ และเข้าใจง่ายขึ้นเพื่อลดภาระงาน วงรอบที่ 2: หลังนำเครื่องมือที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ 3 เดือน พบว่าทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และได้รับการสะท้อนคิดให้ลดความซับซ้อน นำไปสู่การจัดทำ "รูปแบบการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service)" ที่เชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรองเชิงรุก การประสานออกใบรับรองแพทย์ และการประสานสิทธิประโยชน์เข้าไว้ในระบบเดียวกัน ในวงรอบที่ 3 3) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ: ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31) โดยข้อที่มีความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้พิการได้รับความสะดวกและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้รวดเร็วขึ้น ($\bar{X}$ = 4.82, S.D. = 0.39) ระบบทีมสัญจรช่วยลดภาระงานเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}$ = 4.78, S.D. = 0.42) และรูปแบบนี้ช่วยให้ค้นหาพร้อมปักหมุดผู้พิการตกสำรวจได้อย่างทั่วถึง ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 0.44) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว, การขึ้นทะเบียนผู้พิการ, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

The objectives of this research were to study the baseline data and needs, and to develop for evaluate a proactive promotion model for mobility disability registration through area-level stakeholder participation in Kantharawichai District. The study was conducted utilizing (Participatory Action Research (PAR) methodology consisting of 3 cycles in collaboration with local networks, healthcare providers, and regional agencies.

The research findings are as follows: 1) Needs Assessment Results: Overall, the need for developing the proactive model was high (PNI_Modified = 0.51), with the current state rated at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.02, S.D. = 0.60) and the desirable state at the highest level ($\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.53). When considering individual items, the highest need was the convenience of traveling to receive medical certificates at the

[1] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

hospital (PNI_Modified = 0.67), followed by having a mobile unit to assess disability at home (PNI_Modified = 0.64). This reflects that the greatest barrier for people with mobility disabilities in the area is accessing medical assessments at healthcare facilities. 2) Development of the Promotion Model: Cycle 1: The major obstacles identified were that Village Health Volunteers (VHVs) were overburdened with work and lacked standardized screening tools, resulting in inaccessible services for people with disabilities. Consequently, the researcher developed and refined a standardized, concise, and easy-to-understand mobility disability screening tool to reduce workload. Cycle 2: After a 3-month trial of the revised tool, the proactive screening became more efficient. Stakeholders suggested reducing procedural complexity, leading to the finalization of the "One-Stop Service Model for Mobility Disability Registration." This model integrates proactive community screening, medical certificate coordination, and benefit processing into a single system in Cycle 3 3) Satisfaction Evaluation Results: Overall, satisfaction with the implemented model was at the highest level ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31). The top three items with the highest satisfaction scores were: faster access to benefits and convenience for people with disabilities ($\bar{X}$ = 4.82, S.D. = 0.39), the mobile unit system reducing frontline staff workload ($\bar{X}$ = 4.78, S.D. = 0.42), and the model's ability to thoroughly locate and map previously undetected people with disabilities ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 0.44), respectively.

Keywords: Mobility Disability, Disability Registration, Participation

บทนำ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ การมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพย่อมส่งผลต่อความเจริญก้าวหน้าของประเทศ อย่างไรก็ตาม ในทุกสังคมยังคงมีกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา หรือ "คนพิการ" ซึ่งต้องเผชิญกับอุปสรรคและความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าบุคคลทั่วไป ในอดีตคนพิการมักถูกมองข้ามหรือมองว่าเป็นภาระ แต่ในปัจจุบันทัศนคติของสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปโดยเน้นการยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชนอย่างเท่าเทียม ดังที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 27 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ที่มุ่งขจัดอุปสรรคและสร้างความเป็นธรรมในสังคม[1]

จากสถิติของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของคนพิการไม่ได้ลดลงตามการพัฒนาของประเทศ โดยประเภทความพิการที่พบมากที่สุดในประเทศไทยและในระดับพื้นที่ คือ "ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย" สำหรับจังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2567 มีคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการจำนวน 30,772 คน (คิดเป็นร้อยละ 3.25 ของประชากรในจังหวัด) โดยเป็นผู้สูงอายุที่เป็นคนพิการถึงร้อยละ 56.66 และเมื่อจำแนกตามประเภทความพิการพบว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวสูงที่สุด คือ ร้อยละ 47.29[2]

ในส่วนของอำเภอกันทรวิชัย จากข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2567 พบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 417 คน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลกันทรวิชัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีข้อจำกัดด้านบุคลากรแพทย์เฉพาะทาง การออกใบรับรองความพิการจึงทำได้จำกัดเฉพาะประเภทการเคลื่อนไหวและจิตใจ/พฤติกรรม ยิ่งไปกว่านั้น จากการถอดบทเรียนกระบวนการขึ้นทะเบียนผู้พิการแบบเดิม พบขั้นตอนที่ซับซ้อนและเป็นภาระอย่างมากต่อผู้พิการและครอบครัว เริ่มจากการที่ผู้พิการต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจประเมินจากแพทย์ จากนั้นต้องนำใบรับรองแพทย์ไปยื่นขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) มหาสารคาม และนำบัตรประจำตัวไปขึ้นทะเบียน

ขอรับเบี้ยความพิการรายเดือน (800 บาท) ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่[3]

ขั้นตอนที่ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ข้อจำกัดทางร่างกาย และความยากลำบากในการสัญจร ส่งผลให้เกิดภาวะ "ผู้พิการตกสำรวจ" หรือปัญหารับสิทธิ์ล่าช้า ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[4] และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและหน่วยงานระดับพื้นที่ในอำเภอกันทรวิชัย เพื่อขจัดอุปสรรค ยกระดับการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้พิการได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และความต้องการจำเป็นในการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)[4] ดำเนินการในพื้นที่ 10 ตำบล ของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้:

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องรวม 2,259 คน ด้วยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 341 คน (ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต., อสม., บุคลากรโรงพยาบาล)

เครื่องมือและการวิเคราะห์: แบบสอบถามสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ (Rating Scale 5 ระดับ) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (x), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (PNI_Modified = (I - D) / D)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ดำเนินงานตามวงรอบ Action Research (PAOR: Plan, Act, Observe, Reflect) จำนวน 3 วงรอบ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ: สนทนากลุ่มเฉพาะเจาะจง (Focus Group Discussion) จำนวน 15 คน (แพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด, ตัวแทน อปท., ผู้รับผิดชอบงาน NCD, ประธาน อสม.)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงสมบูรณ์ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจ: ใช้การสุ่มแบบง่าย Stratified Random Sampling จำแนกสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 211 คน (ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต. 33 คน และ อสม. 178 คน)

เครื่องมือและการวิเคราะห์: แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (x) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ผลการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์และความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอกันทรวิชัย ในภาพรวมมีค่าความต้องการจำเป็น (PNI_Modified) เท่ากับ 0.51 เมื่อพิจารณาสภาพปัจจุบันในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ = 3.02, S.D. = 0.60) และสภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.53)

เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับความต้องการจำเป็นจากมากไปหาน้อยตามค่า PNI_Modified พบว่า ลำดับที่ 1 คือ ด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก PNI_Modified = 0.53) โดยมีสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ = 2.98, S.D. = 0.56) และสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$ = 4.57, S.D. = 0.52) ลำดับที่ 2 คือ ด้านกระบวนการรับรองและการประสานงานสิทธิประโยชน์ (PNI_Modified) = 0.52) และลำดับสุดท้ายคือ ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการของเครือข่ายระดับพื้นที่ (PNI_Modified) = 0.49)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

จากรูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวผู้วิจัยได้พัฒนาจากการประชุม สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 15 คน ได้แก่ แพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด, ตัวแทน อปท., ผู้รับผิดชอบงาน NCD และประธาน อสม. และนำรูปแบบไปทำลองใช้ทั้ง 3 วงรอบ และปรับปรุงพัฒนาระบบในวงรอบที่ 3 เป็นการยกระดับสู่ระบบ "บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service)" ที่สมบูรณ์ โดยเชื่อมโยง 3 ขั้นตอนหลักเข้าด้วยกัน คือ (1) การคัดกรองเชิงรุกในชุมชนผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์ม (Google Form) โดย อสม. และ รพ.สต. (2) การตรวจประเมินเชิงรุกและการกลั่นกรองโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับทีม รพ.สต. และ (3) การจัดระบบ One Stop Service ณ สถานพยาบาล ที่รวมการออกใบรับรองแพทย์ การทำบัตรประจำตัวโดย พมจ. และการขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการโดยตัวแทน อปท. ไว้ ณ จุดเดียว ซึ่งช่วยลดระยะเวลาดำเนินการจากเดิม 1-3 วัน เหลือเพียง 45 นาที

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ความพึงพอใจต่อการใช้งานรูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกรายการ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้รับความสะดวกและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้รวดเร็วขึ้น ($\bar{X}$ = 4.82, S.D. = 0.39) ระบบทีมสัญจร)Mobile Unit) ช่วยลดภาระและแรงกดดันหน้างานของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}$ = 4.78, S.D. = 0.42) รูปแบบนี้ทำให้เกิดการค้นหาและปักหมุดผู้พิการตกสำรวจได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 0.44)

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการจำเป็น การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้น

ทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอกันทรวิชัย พบว่า ลำดับที่ 1 คือ ด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก PNI_Modified = 0.53) โดยมีสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 2.98, S.D. = 0.56) และสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{x}$ = 4.57, S.D. = 0.52) ลำดับที่ 2 คือ ด้านกระบวนการรับรองและการประสานงานสิทธิประโยชน์ (PNI_Modified) = 0.52) และลำดับสุดท้ายคือ ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการของเครือข่ายระดับพื้นที่ (PNI_Modified) = 0.49) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานในปัจจุบันยังมีช่องว่าง (Gap) ที่ต้องได้รับการพัฒนาและยกระดับให้สอดคล้องกับสภาพที่พึงประสงค์ของพื้นที่ เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน เรียงลำดับจากค่าความต้องการจำเป็นจากมากไปหาน้อย สามารถนำมาอภิปรายเชิงวิชาการได้ดังนี้

1. ด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก (ลำดับที่ 1: PNI_Modified = 0.53) ผลการวิเคราะห์พบว่าด้านนี้มีความต้องการจำเป็นสูงสุด เนื่องจากในสภาพปัจจุบันการค้นหาและเข้าถึงตัวผู้พิการในชุมชนยังมีข้อจำกัด สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ของ Cohen & Uphoff[5] ที่เน้นย้ำว่าจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือ "การค้นหาปัญหาและการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้อง" ในบริบทของอำเภอกันทรวิชัย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท ประชาชนกลุ่มเปราะบางหรือผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวนมากยังตกสำรวจหรือไม่สามารถเข้าถึงระบบการคัดกรองได้ด้วยตนเอง การที่ผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายสะท้อนว่ามีความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้านการคัดกรองและการจัดทำฐานข้อมูลเชิงรุก จึงเป็นเครื่องยืนยันว่า การสร้างระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและการค้นหาเชิงรุกผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรากฐานสำคัญสูงสุดที่ต้องเร่งดำเนินการเป็นอันดับแรก เพื่อไม่ให้ผู้พิการหลุดรอดจากสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับตามกฎหมาย

2. ด้านกระบวนการรับรองและการประสานงานสิทธิประโยชน์ (ลำดับที่ 2: PNI_Modified = 0.52) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่ามีความต้องการจำเป็นในระดับสูงรองลงมา สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility to Health Services) ของ Penchansky & Thomas[6] ในมิติความสามารถในการเดินทางและการมารับบริการ (Accessibility) และสอดคล้องกับหลักความยุติธรรมในระบบสุขภาพ (Health Equity) ของ Whitehead[7] ที่ชี้ว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้กลุ่มเปราะบางเสียสิทธิ์ คือ ความยุ่งยากซับซ้อนของขั้นตอนในสถานพยาบาลและระยะทางในการเดินทาง ในอดีตกระบวนการออกใบรับรองแพทย์และการประสานงานสิทธิประโยชน์ ณ โรงพยาบาลอำเภอกันทรวิชัย มีขั้นตอนที่แยกส่วนและสร้างภาระด้านการเดินทางให้แก่ผู้พิการและญาติ ค่าความต้องการจำเป็นที่สูงในด้านนี้จึงสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนระบบบริการจากการตั้งรับ (Facility-based) มาสู่การพัฒนากลไกการออกใบรับรองแพทย์ที่รวดเร็วและการประสานสิทธิแบบไร้รอยต่อ

3. ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการของเครือข่ายระดับพื้นที่ (ลำดับที่ 3: PNI_Modified = 0.49$)แม้ว่าด้านนี้จะมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นอยู่ในลำดับที่สาม แต่ยังมีค่า PNI_Modified อยู่ในเกณฑ์ที่สูง (0.49) ซึ่งแสดงว่าทุกภาคส่วนยังคงต้องการให้มีการบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) และทฤษฎีเครือข่ายความร่วมมือ (Network Governance) ที่ระบุว่าปัญหาความซับซ้อนระดับท้องถิ่นไม่สามารถแก้ได้ด้วยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยการประสานพลังความร่วมมือระหว่าง รพ.สต., โรงพยาบาลชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), ผู้นำชุมชน และ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณเชิงรุก เพื่อขับเคลื่อนการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันอย่างยั่งยืน[5]

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการพัฒนารูปแบบฯ ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย 15 ท่าน และนำไปทดลองปฏิบัติการจนได้รูปแบบสมบูรณ์ในวงรอบที่ 3 เป็นระบบ "บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service)" สามารถอภิปรายผลเชิงวิชาการได้ดังนี้:

การบูรณาการกระบวนการและการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-Centric & Service Integration):

การเชื่อมโยง 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุกด้วยดิจิทัลแพลตฟอร์ม (Google Form) การตรวจประเมินกลั่นกรองล่วงหน้าโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับ รพ.สต. และการจัดจุดบริการ One Stop Service ที่รวมแพทย์ พมจ. และ อปท. ไว้ในจุดเดียว สอดคล้องกับแนวคิดการบริการภาครัฐแบบเบ็ดเสร็จ (One-Stop Government) ของ Kubicek & Hagen[8] ที่เน้นการทลายการทำงานแบบแยกส่วน (Silos) ของหน่วยงานราชการ ช่วยลดขั้นตอนซ้ำซ้อน และสร้างกระบวนการส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ

ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเวลา (Lead Time Reduction & Efficiency):

การลดระยะเวลาดำเนินการจากเดิม 1–3 วัน เหลือเพียง 45 นาที เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์และลดต้นทุนแฝงของผู้รับบริการ (เช่น ค่าเดินทางและค่าเสียเวลาของญาติ) ส่งผลให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้อย่างรวดเร็ว ทั่วถึง และเท่าเทียมตามหลักความยุติธรรมในระบบสุขภาพ (Health Equity)

การประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Dynamics):

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบนี้เป็นผลจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[4] ทั้ง 3 วงรอบ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานด่านหน้าและภาคีทุกระดับร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนคิด (Reflect) จนเกิดตัวแบบนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่ตอบโจทย์บริบทจริงของพื้นที่ได้อย่างลงตัวและยั่งยืน

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการขึ้นทะเบียน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานรูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.31) และอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกรายการ โดยอันดับสูงที่สุด 3 อันดับแรก สามารถนำมาอภิปรายเชิงวิชาการได้ดังนี้:

1. ความสะดวกและการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างรวดเร็ว ($\bar{X}$ = 4.82): สอดคล้องกับแบบจำลองคุณภาพการบริการ (SERVQUAL Model) ของ Parasuraman et al.[9] ในมิติความกระตือรือร้นพร้อมให้บริการ (Responsiveness) และทฤษฎีความคาดหวังและการรับรู้ (Expectancy-Disconfirmation Theory) ของ Oliver[10] ที่ชี้ว่าความพึงพอใจระดับสูงสุดเกิดขึ้นเมื่อผลลัพธ์การบริการจริงก้าวข้ามข้อจำกัดเดิม การปรับกระบวนการมาเป็นระบบ One Stop Service สามารถแก้ปัญหาอุปสรรคการเดินทางและการรอคอย ช่วยให้ผู้พิการและญาติได้รับการอนุมัติสิทธิ์อย่างรวดเร็วและตรงจุด

2. ระบบทีมสัญจร (Mobile Unit) ลดภาระงานด่านหน้า ($\bar{X}$ = 4.78): อภิปรายได้ด้วยทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg et al.[11] ในส่วนของ "ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors)" เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขการทำงาน การเปลี่ยนจากระบบตั้งรับมาเป็นการบูรณาการทำงานเชิงรุกร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม. ช่วยลดความซับซ้อนของขั้นตอนเอกสารและลด

แรงกดดันหน้างาน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวกและเกิดความพึงพอใจในกระบวนการทำงาน (Process Satisfaction)

3. การค้นหาและปักหมุดผู้พิการตกสำรวจอย่างครอบคลุม ($\bar{X}$ = 4.75): สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ของการประยุกต์ใช้แนวคิดสารสนเทศชุมชน (Community Informatics) ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม[5] โดยการนำเครื่องมือคัดกรองดิจิทัลมาให้ อสม. ดำเนินการเชิงรุก ทำให้เกิดการใช้ "ทุนทางสังคม (Social Capital)" ในการค้นหา ปักหมุด พิกัด และทลายกำแพงการเข้าไม่ถึงบริการของกลุ่มเปราะบางได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ)Action Research) และรูปแบบ One Stop Service นี้ ไปเป็นต้นแบบในการศึกษาเพื่อส่งเสริมการขึ้นทะเบียนผู้พิการประเภทอื่น ๆ ในอำเภอกันทรวิชัย เช่น ผู้พิการทางการเห็น ทางการได้ยิน หรือทางสติปัญญา ซึ่งอาจมีเงื่อนไขและเครื่องมือคัดกรองที่แตกต่างกันออกไป

2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มจัดการฐานข้อมูลผู้พิการในระดับพื้นที่ ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลและคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลร่วมกันได้อย่างไร้รอยต่อระหว่างสาธารณสุข (.อปท) และ ท้องถิ่น (.รพ/.สต.รพ) เพื่อความยั่งยืนของระบบฐานข้อมูลในระยะยาว

3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (.พชอ)และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย ควรกำหนดนโยบายข้อตกลงความร่วมมือ)MOU) ร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อจัดทำตารางและแผนการออกหน่วยสัญจร)Mobile Unit) ประเมินความพิการถึงบ้านอย่างเป็นระบบ เพื่อแก้ปัญหาและอุปสรรคและความไม่สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้พิการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2563). *คำอธิบายสรุปสาระสำคัญพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2567). *รายงานข้อมูลสถิติคนพิการประจำเดือน*. เข้าถึงได้จาก: https://ecard.dep.go.th/nep_all/file/Stat2567/Stat_May67_Ref_dopa.pdf
3. โรงพยาบาลกันทรวิชัย. (2568). ข้อมูลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว. โรงพยาบาลกันทรวิชัย.
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
5. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development, 8*(3), 213–235.
6. Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140.
7. Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services, 22*(3), 429–445.
8. Kubicek, H., & Hagen, M. (2000). *One-stop government in Europe: An overview*. In One-stop government: European perspectives (pp. 1-23). University of Bremen.
9. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing, 64*(1), 12–40.
10. Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research, 17*(4), 460–469.
11. Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

การพัฒนารูปแบบการบริการทางไกลโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Telemedicine Service Model at Kantharawichai Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

พงค์เพชร พลลา[1] สุจิตรา เสนา[1] วาทินี ทะไกรเนตร[1]

Pongphet Phonla[1] Suchitra Sena[1] Watinee Thakrainet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ให้เป็นไปตามมาตรฐานแนวทางการให้บริการการแพทย์ทางไกลลดข้อจำกัด ในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งเพิ่มรูปแบบ การบริการสุขภาพดิจิทัล ดำเนินการตามวงจร PDCA ในช่วง 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 โดยคัดแยกผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ (สีเขียว สีเหลือง และสีแดง) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ผู้ป่วยสีเหลืองและสีแดงรับบริการทางไกลกับแพทย์ ส่วนผู้ป่วยสีเขียวรับยาที่บ้าน ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Rider

ผลการศึกษาพบว่า ใน รพ.สต. 6 แห่งที่ไม่มีแพทย์ออกให้บริการ มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเรื้อรัง 60 ราย ได้รับบริการ Telemedicine จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 33.33) และรับยาที่บ้านจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 66.67) อัตรากำลังนอกโรงพยาบาลลดลงจาก 4 คน เหลือ 2-3 คน(แพทย์ให้บริการผ่านระบบทางไกลจากโรงพยาบาล) ต่อการออกให้บริการหนึ่งครั้ง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยเฉลี่ยรวมทุกข้อเท่ากับร้อยละ 88.46 (ระดับมาก) โดยด้านเจ้าหน้าที่สูงที่สุด (ร้อยละ 92.50) และด้านขั้นตอนการให้บริการต่ำที่สุด (ร้อยละ 83.99) ปัญหาที่พบ ได้แก่ ระบบเครือข่ายไม่เสถียร ความเชื่อมั่นต่อผลคัดกรองของ Health Station การครอบคลุมของ อสม. Rider และข้อจำกัด ในการตรวจร่างกายผ่านระบบทางไกล

ข้อเสนอแนะ คือ ควรอบรมเจ้าหน้าที่และใช้อุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานเดียวกัน จัดหาอุปกรณ์ตรวจ ที่ครอบคลุมหลายระบบ และขยายตารางบริการไปยังวัดในเขตอำเภอให้ครบทุกพื้นที่

คำสำคัญ: บริการทางไกล, การแพทย์ทางไกล, Telemedicine, โรคเรื้อรัง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, PDCA

Abstract

This action research aimed to develop a telemedicine service model for patients with chronic diseases in the Kantharawichai District health network, Maha Sarakham Province, so that service meet telemedicine servivce standards, access barriers are reduced, and digital health services are expanded. The Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle was applied during [1 October 2023 – 30 September 2024]. Patients were triaged at sub-district health promoting hospitals into green, yellow, and red groups; yellow- and red-group patients received teleconsultations with physicians, whereas green-group patients received medication at home through village health volunteer riders.

Among six sub-district health promoting hospitals without on-site physicians, 60 patients with chronic diseases were served: 20 (33.33%) used telemedicine and 40 (66.67%) received medication at home. Staffing outside the hospital decreased from four to two or three persons per outreach session (The physician still served remotely). The overall mean satisfaction across all items was 88.46% (high level); the staff dimension scored highest (92.50%) and the service process dimension lowest (83.99%). Reported problems included unstable network connections, limited trust in health station screening results, incomplete coverage of village health volunteer riders, and limitations in remote physical examination. Staff training, standardized

[1] โรงพยาบาลกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

equipment, multi-system examination devices, and extended service schedules for temples are recommended.

Keywords: telemedicine, remote healthcare services, chronic diseases, sub-district health promoting hospital , PDCA

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศไทย คิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2021) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยบริการที่ต่อเนื่องและเข้าถึงได้ แต่ในความเป็นจริงพื้นที่ชนบทยังประสบปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเดินทางไกลเพื่อรับบริการ ส่งผลต่อความแออัดในโรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย การแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine เป็นนวัตกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขไทยสนับสนุนผ่านยุทธศาสตร์ดิจิทัลเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2560–2569 เพื่อขยายการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล[1] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดการจ่ายชดเชยบริการ Telemedicine ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) อัตรา 30 บาทต่อครั้ง สำหรับผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่อย่างไรก็ตาม การนำ Telemedicine ไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังมีความท้าทายด้านโครงสร้างพื้นฐาน ความพร้อมของบุคลากร และความยอมรับของผู้ป่วย[2]

โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังประมาณ 6,500 ราย ในเขตอำเภอกันทรวิชัย มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 14 แห่ง แต่มีแพทย์เพียง 7 ท่าน ทำให้ไม่สามารถส่งแพทย์ออกให้บริการที่ รพ.สต. ได้ครบทุกแห่ง ผู้ป่วยใน รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์ จึงต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จากปัญหาดังกล่าว ทีมวิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบริการ Telemedicine ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PDCA ซึ่งเป็นวงจรพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานพยาบาล และใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian ในการประเมินคุณภาพการบริการผ่านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์[3]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการ Telemedicine ที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อลดการแออัดและข้อจำกัดการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้วงจร PDCA เป็นกรอบในการดำเนินงาน การวิจัยปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และการปรับปรุง (Giesen et al., 2024) วงจร PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ Plan (การวางแผน) Do (การดำเนินงาน) Check (การตรวจสอบผล) และ Act (การปรับปรุง) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล[4,5]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตอำเภอกันทรวิชัย จำนวน

ประมาณ 6,500 ราย ที่รับบริการที่โรงพยาบาลกันทรวิชัยและ รพ.สต. ในเขตอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการที่ รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์ออกให้บริการ จำนวน 6 แห่ง จากทั้งหมด 14 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต. มะกอก รพ.สต. บ้านบุ่งเบา รพ.สต. เปลือยน้ำ รพ.สต. กุดใส้จ่อ รพ.สต. หัวขัว และ รพ.สต. บ้านสระ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด 60 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการ Telemedicine มากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) ระบบ Telemedicine ประกอบด้วย อุปกรณ์วิดีโอคอล ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และซอฟต์แวร์สำหรับการปรึกษาแพทย์ทางไกล (2) Health Station ในชุมชน ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด และแบบประเมินอาการสำคัญ (3) ระบบการส่งยาผ่านอสม. Rider และ (4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ Telemedicine ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดของ Donabedian[3] และแนวคิดความพึงพอใจของ Parasuraman et al.[6] แบบประเมินแบ่งเป็น 4 ด้าน 16 ข้อ ได้แก่ ด้านขั้นตอนการให้บริการ 4 ข้อ ด้านเจ้าหน้าที่ 3 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4 ข้อ และด้านความพึงพอใจต่อผลของการให้บริการ 3 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ คะแนน 90–100 หมายถึงพอใจมากที่สุด 80–89 พอใจมาก 70–79 พอใจปานกลาง 50–69 พอใจน้อย และน้อยกว่า 50 พอใจน้อยที่สุด

แบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.2 – 0.5 และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.87

การดำเนินงานตามวงจร PDCA[5]

ขั้นตอน Plan คณะกรรมการประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ไอที ผู้รับผิดชอบงาน Telemedicine เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอสม. Rider ได้ประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกัน มีการจัดทำคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเครือข่ายบริการอำเภอกันทรวิชัย และจัดทำแนวทาง การให้บริการ Telemedicine

ขั้นตอน Do ดำเนินการตามแผน โดยเริ่มจากการดูข้อมูลผู้ป่วยตามนัดในคลินิก NCD และส่งข้อมูลให้ Health Station เพื่อคัดกรองเบื้องต้น จากนั้นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. คัดแยกผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ คือ สีเขียว (อาการปกติ รอรับยาที่บ้าน) สีเหลือง (ต้องประเมินโดยแพทย์ รับบริการ Telemedicine ที่ รพ.สต.) และสีแดง (อาการรุนแรง รับบริการ Telemedicine และอาจส่งต่อ) เจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ให้บริการผู้ป่วยสีเหลือง และสีแดงผ่านระบบ Telemedicine มีการให้ลงนามยินยอมในการรักษา เภสัชกรจัดแจกยาตามคำสั่งแพทย์ และจัดส่งยาผ่านอสม. Rider ในรายผู้ป่วยสีเขียวที่รอรับยาที่บ้าน นอกจากนี้ มีการประสานงานสหวิชาชีพ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น พระภิกษุที่มีอาการป่วยแต่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้

ขั้นตอน Check ประเมินผลการดำเนินงานและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ขั้นตอน Act ประเมินคุณภาพและปรับปรุงร่วมกัน โดยระบุปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ป่วยได้รับ

การชี้แจง วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย มีการให้ลงนามยินยอม และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานตามวงจร PDCA

ผลการดำเนินงาน Telemedicine ในเขตอำเภอกันทรวิชัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการที่ 6 รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์ออกให้บริการ จำนวน 60 ราย ได้รับบริการ Telemedicine ประมาณ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และรอรับยาที่บ้านประมาณ 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67

เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการให้บริการเดิมที่มีการออกให้บริการตามหมู่บ้านและศาลากลางบ้าน พบว่ารูปแบบเดิมมีความซับซ้อนและใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่มาก ส่วนรูปแบบใหม่มีการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น และใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ลดลง

รูปแบบเดิมใช้เจ้าหน้าที่นอกโรงพยาบาล 4 คน ส่วนรูปแบบใหม่ลดลงเหลือ 2–3 คน โดยสามารถตัดเจ้าหน้าที่ห้องบัตรและเจ้าหน้าที่ไอทีออกจากกระบวนการให้บริการนอกโรงพยาบาล

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ Telemedicine จำนวน 60 ราย ใน 4 ด้าน 16 ข้อ ผลการประเมินความพึงพอใจทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านเจ้าหน้าที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 92.50 , SD = 3.21) และด้านขั้นตอนการให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M = 83.99, SD = 4.56) โดยผู้ป่วย มีความพึงพอใจสูงในด้านความสุภาพและความพร้อมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของบุคลากร ที่ให้บริการ ส่วนคะแนนต่ำในด้านความไม่ซับซ้อนของขั้นตอนการให้บริการ อาจเนื่องมาจากขั้นตอน การคัดกรองที่ Health Station และการส่งยาผ่านอสม. Rider ที่ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่คุ้นเคย

ปัญหาและข้อจำกัดที่พบ

จากการดำเนินงานตามวงจร PDCA พบปัญหาและข้อจำกัด 3 ประการ ได้แก่ (1) ระบบเครือข่าย การให้บริการบางพื้นที่ไม่เสถียร และผู้รับบริการบางคนยังไม่ยอมรับผลการตรวจเบื้องต้นจาก Health Station ต้องตรวจซ้ำที่ รพ.สต. (2) อสม. Rider ยังไม่ครอบคลุมทุก รพ.สต. ยังใช้ระบบฝากยากับคนรู้จัก และการตรวจร่างกายผ่าน Telemedicine มีข้อจำกัด เช่น การฟังปอด การคลำร่างกาย (3) ผู้ป่วยบางราย มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น ทำให้การตรวจผ่าน Telemedicine ล่าช้า

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พัฒนารูปแบบการบริการ Telemedicine สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตอำเภอกันทรวิชัย โดยใช้กระบวนการ PDCA ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดข้อจำกัดการเข้าถึงบริการและลดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ได้ นวัตกรรมที่สำคัญของรูปแบบนี้คือการใช้ Health Station ในชุมชนและอสม. Rider สำหรับการส่งยาถึงบ้าน ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ทรัพยากรชุมชนในการสนับสนุน Telemedicine ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงในด้านเจ้าหน้าที่ (M = 92.50) ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของบุคลากรที่ให้บริการ Telemedicine เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบของ Donabedian[3] ผลการวิจัยสามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ด้านโครงสร้าง (Structure) พบว่าอุปกรณ์และระบบเครือข่ายมีความพร้อมในระดับดี แต่ยังมีปัญหาความไม่เสถียรของเครือข่ายในบางพื้นที่ ปัญหาที่พบในการวิจัยนี้ ได้แก่ ระบบเครือข่ายที่ไม่เสถียร ความไม่เชื่อมั่นในการคัดกรองของ Health Station และการครอบคลุมของอสม. Rider ที่ยังไม่ทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ข้อเสนอแนะมีดังนี้ (1) สร้างความเชื่อมั่นในการคัดกรองของ Health Station โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่และใช้อุปกรณ์มาตรฐานเดียวกัน (2) จัดหาอุปกรณ์ที่สามารถตรวจได้ทุกระบบของ Health Station (3) จัดเพิ่มตารางการให้บริการแก่วัดในเขตอำเภอกันทรวิชัยให้ครบทุกพื้นที่ (4) ขยายการครอบคลุมของอสม. Rider ให้ครบทุก รพ.สต. และ (5) พัฒนาระบบเครือข่ายให้มีความเสถียรโดยประสานงานกับผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตและจัดหาระบบสำรอง

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว เช่น การควบคุมโรคและการลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการบริการ Telemedicine และการศึกษาการขยายรูปแบบไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ (1) ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก (60 ราย) ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปได้ถึงประชากรทั้งหมด (2) การวิจัยเป็นแบบปฏิบัติการที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าผลลัพธ์เกิดจาก Telemedicine หรือปัจจัยอื่น (3) การประเมินความพึงพอใจ เป็นการประเมินเชิงอัตวิสัยที่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วย และ (4) ระยะเวลาการวิจัย 1 ปี อาจไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. (2017). Digital health strategy 2017-2026. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand.
2. National Health Security Office. (2022). Telemedicine service under the Universal Coverage Scheme. Bangkok: NHSO. from https://rayong.nhso.go.th
3. Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment (Vol. 1). Health Administration Press.
4. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.
5. Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. MIT Press.
6. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for assessing consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64(1), 12-40.
7. นัฐยา พานิชย์ดี.(2566). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 29(2), 259-270. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article.
8. Khamduang, W., et al. (2026). Prospective feasibility study of a telehealth platform for community-based NCD risk assessment by community health leaders in rural northern Thailand. PLoS ONE. from https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13333062/

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

The Development of a Preterm Birth Prevention Model, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

พยอม คำเสนา[1]
Phayom Khamsana[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก และประเมินผลการใช้รูปแบบในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 โดยศึกษาข้อมูลการคลอดย้อนหลัง พ.ศ. 2564–2566 และพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายตามวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เครื่องมือที่ระบุในต้นฉบับประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลย้อนหลัง พ.ศ. 2564–2566 มีการคลอดก่อนกำหนดรวม 47 ราย จากหญิงตั้งครรภ์ 673 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.98 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า KANTHARA Model ประกอบด้วยการให้ความรู้ การประเมินความเสี่ยง การประสานเครือข่าย การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือน หลังใช้รูปแบบต้นฉบับรายงานว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจโดยรวมของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.53, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.768) และรายงานว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 7.79 เป็นร้อยละ 6.14รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางจัดระบบการคัดกรอง การให้ความรู้ และการติดตามหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, หญิงตั้งครรภ์, รูปแบบการดูแลขณะตั้งครรภ์, เครือข่ายสุขภาพแม่และเด็ก, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

This action research aimed to examine the local preterm birth situation, develop an antenatal care model with the maternal and child health network, and evaluate its implementation in Kantharawichai District, Maha Sarakham Province. The study was conducted from October 2023 to September 2024. Preterm birth records from 2021 to 2023 were reviewed, and the care model was developed collaboratively with healthcare personnel and local partners through cycles of planning, action, observation, and reflection. The instruments described in the manuscript included data recording forms and assessments of preterm birth risk factors, knowledge, preventive behaviors, and pregnant women's satisfaction.

During 2021–2023, 47 preterm births were recorded among 673 pregnant women (6.98%). The resulting *KANTHARA Model* comprised education, risk assessment, network coordination, continuous follow-up, health behavior promotion, and an alert system. Following implementation, the manuscript reported a statistically significant increase in knowledge about preterm birth prevention ($p < .05$). Overall satisfaction among pregnant women was high (mean = 4.53, SD = 0.768). The manuscript also reported a decrease in the preterm birth rate from 7.79% to 6.14%.

Keywords: preterm birth; pregnant women; antenatal care model; maternal and child health network; action research

[1] โรงพยาบาลกันทรวิชัย

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกมีชีพก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ เป็นปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในระยะทารกแรกเกิด ขณะที่ทารกที่รอดชีวิตบางส่วนอาจประสบปัญหาสุขภาพ ความพิการ หรือความล่าช้าด้านพัฒนาการในระยะยาว ผลการประมาณสถานการณ์ระดับโลกที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2023 ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของการเกิดมีชีพทั่วโลก หรือประมาณหนึ่งในสิบทารกแรกเกิด องค์การอนามัยโลกรายงานว่าภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีเด็กเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวประมาณ 900,000 คนในปี ค.ศ. 2019[1]

เมื่อพิจารณาแนวโน้มระยะยาว พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 9.8 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 9.9 ในปี ค.ศ. 2020 โดยอัตราการลดลงเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่เพียงร้อยละ 0.14 สะท้อนว่าความก้าวหน้าในการลดปัญหานี้ยังมีจำกัด นอกจากนี้ การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 65 ของโลกเกิดขึ้นในภูมิภาคเอเชียใต้และแอฟริกาตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา ขณะที่อัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างประเทศในปี ค.ศ. 2020 แตกต่างกันตั้งแต่ประมาณร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 16 ความแตกต่างดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาทั้งปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และบริบทของระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่[2]

ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดมิได้สิ้นสุดเมื่อทารกพ้นระยะวิกฤต รายงาน Born too soon: Decade of action on preterm birth ระบุว่า ในช่วงหนึ่งทศวรรษมีทารกทั่วโลกคลอดก่อนกำหนดรวมประมาณ 152 ล้านคน และทารกที่รอดชีวิตอาจต้องเผชิญผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการต่อเนื่อง ความแตกต่างของโอกาสรอดชีวิตยังเด่นชัด โดยในกลุ่มทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ โอกาสรอดชีวิตในประเทศรายได้ต่ำอยู่ที่ประมาณหนึ่งในสิบ เทียบกับมากกว่าเก้าในสิบในประเทศรายได้สูง สถานการณ์นี้สะท้อนความสำคัญของการป้องกัน การเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพ และความต่อเนื่องของการดูแลแม่และทารก[1]

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยรายงานว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 9.91 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ 8 กรมอนามัยจึงให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์เร็ว การคัดกรองความเสี่ยงในระยะแรก และการทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวรู้จักสัญญาณเตือนเพื่อเข้ารับการประเมินอย่างทันท่วงที ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยมีความก้าวหน้าด้านอนามัยแม่และเด็กโดยรวม การคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องพัฒนาการค้นหาความเสี่ยง การให้ความรู้ การติดตามหญิงตั้งครรภ์ และการส่งต่ออย่างเหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ควรเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดของประเทศ/เขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2564–2566 ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอยู่ก่อนเริ่มวิจัย[1]

ประเด็นกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (practice trigger) ในพื้นที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมจากทะเบียนบริการในช่วง พ.ศ. 2564–2566 พบการคลอดก่อนกำหนด 17 รายจากหญิงคลอด 216 รายในปี พ.ศ. 2564, 15 รายจาก 209 รายในปี พ.ศ. 2565 และ 15 รายจาก 248 รายในปี พ.ศ. 2566 คิดเป็นร้อยละ 7.87, 7.18 และ 6.05 ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 47 รายจากหญิงคลอด 673 ราย แม้อัตรารายปีมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบการคลอดก่อนกำหนดทุกปี และแม้อัตราดังกล่าวจะต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ การคลอดก่อนกำหนดแต่ละรายยังส่งผลกระทบต่อทารกและครอบครัว ประกอบกับโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดในการ

ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดซึ่งจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการดูแลตั้งแต่การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน การติดตามหลังรับบริการฝากครรภ์ ตลอดจนการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชน[3]

ประเด็นกระตุ้นจากองค์ความรู้ (knowledge trigger) หลักฐานและข้อแนะนำร่วมสมัยชี้ว่า การคลอดก่อนกำหนดสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งการตั้งครรภ์แฝด การติดเชื้อ และโรคประจำตัวบางชนิด ขณะที่บางรายไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่เริ่มเร็ว การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และการติดต่อกับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รายงาน Born too soon: Decade of action on preterm birth ยังเสนอให้พัฒนาคุณภาพการดูแลควบคู่กับการจัดการปัจจัยที่อยู่นอกระบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ในประเทศไทยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้เผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ใน พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นแหล่งอ้างอิงสำหรับการดูแลเมื่อพบภาวะดังกล่าว[4]

อย่างไรก็ตาม ช่องว่างความรู้และการนำความรู้สู่การปฏิบัติ (gap of knowledge) ของงานวิจัยนี้ คือ แม้จะมีแนวทางเวชปฏิบัติและงานวิจัยในประเทศที่พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แต่งานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือมุ่งเน้นการดูแลภายในโรงพยาบาล ยังไม่มีการศึกษาที่แสดงอย่างชัดเจนว่า ในบริบทของอำเภอกันทรวิชัยควรเชื่อมการคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้ การติดตามรายบุคคล ระบบแจ้งเตือน และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการกับชุมชนอย่างไรให้เป็นรูปแบบการดูแลเดียวกัน และเมื่อนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้แล้ว กระบวนการดูแลและผลลัพธ์ที่ติดตามจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร ช่องว่างนี้จึงเป็นคำถามเกี่ยวกับการออกแบบและนำระบบดูแลไปใช้ในพื้นที่ มิใช่ข้อสรุปว่ายังไม่มีองค์ความรู้หรือแนวทางทางคลินิกเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด[5]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในอำเภอกันทรวิชัย เพื่อศึกษาสถานการณ์และกระบวนการดูแลเดิม พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และประเมินผลหลังนำรูปแบบไปใช้ ทั้งด้านกระบวนการ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ความพึงพอใจ และการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของอำเภอกันทรวิชัย และเป็นแนวทางสำหรับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยงที่พบและกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ และอัตราการคลอดก่อนกำหนด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง

กันยายน 2567 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส และแมกทากาด[6] มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการหาปัญหาโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแลวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) เป็นการกำหนดแนวทางในแผนงานโครงการและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) โดยขณะการวิจัยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้มีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมกับบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสิ่งทีสังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติการ และผลของการปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา มีจำนวนทั้งหมด 315 คน ประกอบด้วย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 248 คน

2. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 32 คน

3. ภาคีเครือข่าย จำนวน 35 คน ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน 15 คน สมาชิกเทศบาล 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน และผู้นำชุมชน/อื่น ๆ 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. **หญิงตั้งครรภ์** จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและใช้ในการประเมินผล โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกันทรวิชัยหรือหน่วยบริการในเครือข่าย 2) อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยตลอดช่วงการวิจัย 4) สื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายที่อยู่หรือย้ายสถานที่ฝากครรภ์ระหว่างการวิจัย หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

2.**ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย** จำนวน 20 คน เป็นผู้ร่วมวิจัยในกระบวนการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แพทย์ 1คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 14 คน อสม. 1 คน และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน 2 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (KANTHARA MODEL)

2) คู่มือแนวปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพและ อสม. โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด

3) สติ๊กเกอร์แสดงความเสี่ยงวันครบ37 สัปดาห์และอาการที่ควรมาพบแพทย์ทันทีพร้อมเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1)**แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลำดับของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและแบบปลายเปิดให้กรอกหรือระบุข้อมูล จำนวน 12 ข้อ

2) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้อง

โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดจาก American College of Obstetricians and Gynecologists[2] เพื่อใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผ่านมา จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านโรคประจำตัวและโรคร่วม จำนวน 4 ข้อ และ 4) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จิตใจ และสังคม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีปัจจัยเสี่ยง โดยกำหนดคะแนนเบื้องต้นเป็น 1 และ 0 คะแนนตามลำดับ ทั้งนี้ การจำแนกระดับความเสี่ยงพิจารณาร่วมกันระหว่างจำนวนปัจจัยเสี่ยงและชนิดของปัจจัยเสี่ยงสำคัญทาง

3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบถูก–ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนและจัดระดับความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด นั้น ใช้การพิจารณาแบบแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ แบบอิงเกณฑ์โดยใช้วิธีการประเมินของบลูม[7] ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง ตามเกณฑ์ดังนี้

ต่ำกว่า 12 คะแนน (<ร้อยละ 60) มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ระดับต่ำ

12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ระดับปานกลาง

16 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ระดับสูง

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและการดูแลตนเอง ด้านการพักผ่อนและการทำงาน ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการฝากครรภ์และการติดตาม และด้านการเฝ้าระวังอาการเตือนและการไปรับบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประเมินพฤติกรรม

5) แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านสื่อและเครื่องมือที่ใช้ในการดูแล จำนวน 3 ข้อ และ 3) ด้านการติดตามและเครือข่ายการดูแล จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1–5

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (ตุลาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567)

1. **การวางแผน (P1: Plan)** ค้นหาปัญหาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกันทรวิชัยเพื่อวางแผนการดำเนินงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์

2. การปฏิบัติ (A1: Action) กำหนดแนวทางในแผนงานโครงการและดำเนินการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ จัดทำฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์อำเภอกันทรวิชัย วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ คืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องในเครือข่าย สร้างความร่วมมือในการเชื่อมโยงการทำงาน กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และระบบส่งต่อเมื่อหญิงตั้งครรภ์กลับไปอยู่ในชุมชน

3. การสังเกต (O1: Observation) สังเกตและบันทึกกระบวนการปฏิบัติและผลของการปฏิบัติควบคู่กับการดำเนินกิจกรรม ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรืออุปสรรคระหว่างการปฏิบัติงาน และจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลเป็นระยะ

4. การสะท้อนผล (R1: Reflection) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์และประมวลผล คืนข้อมูลสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์แก่ผู้เข้าร่วมประชุม รับฟังข้อเสนอแนะ รวบรวมแนวทาง ผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค มาจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์เพื่อวางแผนการพัฒนาในวงรอบต่อไป

วงรอบที่ 2 (พฤษภาคม – กันยายน 2567)

1. **การวางแผน (P2: Plan)** รวบรวมประเด็นที่ต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา และการป้องกันความเสี่ยงจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนนำมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และจัดทำแผนงานโครงการสนับสนุนการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

2. การปฏิบัติ (A2: Action) แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คืนข้อมูลสถานการณ์และปัญหาของการดำเนินงานที่ผ่านมา จัดทำโปรแกรมรับขึ้นทะเบียนตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงคลอด โดยจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้เกี่ยวข้องตามบทบาท ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และ อสม. ผู้รับผิดชอบ อบรมให้ความรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการดูแลเบื้องต้นแก่แกนนำ อสม. จำนวน 50 คน และให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่ อสม. ทุกคนผ่านการประชุมประจำเดือน รวมทั้งประชุมทีมสหวิชาชีพและทีมหมอครอบครัว 3 หมอ เพื่อสร้างความเข้าใจในรูปแบบการติดตามเยี่ยมและการรายงาน

3. การสังเกต (O2: Observe) ผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมปฏิบัติงานและร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ ให้คำแนะนำระหว่างการเยี่ยมบ้านประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาประสานแหล่งช่วยเหลือหรือส่งต่อในชุมชนหรือระหว่างหน่วยงาน และจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลเป็นระยะ

4. การสะท้อนผล (R2: Reflection) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่สังเคราะห์ และสะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อสรุปเป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

นำรูปแบบ KANTHARA MODEL ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนการใช้รูปแบบ (ณ วันที่เข้าร่วมโครงการ) และหลังการใช้รูปแบบ (ห่างกัน 4 สัปดาห์) ประเมินความพึงพอใจหลังสิ้นสุดการดูแล ติดตามผลการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในช่วงก่อนใช้

ผลการวิจัย

สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีหญิงคลอดก่อนกำหนดรวม 47 รายจาก 673 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.98 อัตรามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 7.87 เป็น 7.18 และ 6.05 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังพบการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัจจัยที่พบมาก ได้แก่ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 38.30) มารดาอายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ 21.28) และความเครียด (ร้อยละ 17.02) โดยร้อยละ 25.53 ไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจน และปัญหาของระบบการดูแลเดิม ได้แก่ การขาดฐานข้อมูลกลาง การคัดกรองความเสี่ยงที่ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือน การติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง และการขาดช่องทางแจ้งเตือนที่รวดเร็ว รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบ “KANTHARA MODEL” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ K – Knowledge การให้ความรู้ A – Assessment

การคัดกรองความเสี่ยง N – Network เครือข่ายการดูแล T – Tracking การติดตามต่อเนื่อง H – Health Behavior การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ A – Alert System ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือน โดยมีกลไกสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สติ๊กเกอร์แสดงความเสี่ยง วันครบ 37 สัปดาห์ และอาการเตือนพร้อมเบอร์โทรศัพท์ในสมุดสีชมพู การอบรมแกนนำ อสม. 50 คน ทีมหมอครอบครัว 3 หมอ และการเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

ผลของการใช้รูปแบบ ภายหลังการใช้รูปแบบ 1)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)2)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (p <.001) 3) อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 7.80 เป็นร้อยละ 6.13แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ4)หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบโดยรวมในระดับมาก (M = 4.26) โดยข้อที่พึงพอใจสูงสุดคือคำแนะนำของพยาบาลเข้าใจง่าย และข้อที่ต่ำที่สุด คือ ความเข้าใจง่ายของเอกสารแผ่นพับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการใช้รูปแบบ ภายหลังการใช้รูปแบบ 1)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<.001)2)หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (p <.001) 3) อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 7.80 เป็นร้อยละ 6.13แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ4)หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบโดยรวมในระดับมาก (M = 4.26) โดยข้อที่พึงพอใจสูงสุดคือคำแนะนำของพยาบาลเข้าใจง่าย และข้อที่ต่ำที่สุด คือ ความเข้าใจง่ายของเอกสารแผ่นพับ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบ “KANTHARA MODEL” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ K – Knowledge การให้ความรู้ A – Assessment การคัดกรองความเสี่ยง N – Network เครือข่ายการดูแล T – Tracking การติดตามต่อเนื่อง H – Health Behavior การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ A – Alert System ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือน โดยมีกลไกสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สติ๊กเกอร์แสดงความเสี่ยง วันครบ 37 สัปดาห์ และอาการเตือนพร้อมเบอร์โทรศัพท์ในสมุดสีชมพู การอบรมแกนนำ อสม. 50 คน ทีมหมอครอบครัว 3 หมอ และการเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกราย[8,9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในบริบทของพื้นที่ โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เช่น การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

2. ควรประเมินผลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ โดยติดตามอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดเป็นรายบุคคล

3. ควรศึกษาแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 1–2 ปี

4. ควรศึกษาประสิทธิผลของสื่อออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2567, 17 พฤศจิกายน). กรมอนามัยเผยสถานการณ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงไทย พร้อมขับเคลื่อนมาตรการป้องกัน [ข่าวสารกรมอนามัย]. https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/44562
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Management of preterm labor (Practice Bulletin No. 171). https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2016/10/management-of-preterm-labor
3. โรงพยาบาลกันทรวิชัย. (2566). ทะเบียนฝากครรภ์และทะเบียนคลอด โรงพยาบาลกันทรวิชัย พ.ศ. 2564–2566
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Management of preterm labor and preterm prelabor rupture of membranes) (แนวทางเวชปฏิบัติ OB 67-035). https://www.rtcog.or.th/content/readfiles/8
5. กัลยา มณีโชติ, และนิจ์สากร นังคลา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล, 44(2), 7–24.
6. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.
7. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
8. ชลทิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล, และกมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2561). แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 348–356.
9. พรศิริ เสนธิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย, และมณีรัตน์ เพิ่มชาติ. (2559). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(2), 164–173.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม

The Development of a Care Model for Royal Patronage Patients and Royal Support Patients for Sustainable Quality of Life through Network Partner Participation in Maha Sarakham Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สุวิมล พานพิมพ์[1]กาญจนา จันทนุย[2] ธนิยาณัฐ แก้วม่วง[3] ศิรประภา สุวรรณพัฒน์[3],ภัทรวีร์ มิสาโท[4]
Suwimon panpim[1] Kanjana Chanthanui[2] Thaniyanat Kaewmuang[3] Siraprapha Suwanaphat[3] Patravee Misato[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประเมินผลรูปแบบการดูแล จังหวัดมหาสารคามเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ร่วมกับกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินผลจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 50 คน และบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง 55 คน โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 10 คน และผู้แทนทีมสหวิชาชีพ 8 คน ร่วมพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินการดูแลแบบองค์รวม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : จากการพัฒนาทำให้ได้รูปแบบ CARE Model ประกอบด้วย C – การจัดการรายกรณีและประสานระบบ A – การประเมินแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการ R – การส่งต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย และ E – การติดตามประเมินผลและเสริมพลัง ประเมินผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 3.13 (SD = 1.02) เป็น 3.76 (SD = 1.12) เพิ่มขึ้น 0.63 คะแนน การได้รับการดูแลแบบองค์รวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.64, SD = 1.00) โดยด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.80, SD = 0.94) และด้านการแพทย์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.42, SD = 0.98) ส่วนการประเมินคุณลักษณะรูปแบบบริการอยู่ในระดับมาก (Mean =3.83, SD = 0.94) โดยด้านการประสานงานการเข้าถึงบริการและความเสมอภาค

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล,พระบรมราชานุเคราะห์,พระราชานุเคราะห์,ภาคีเครือข่าย

ABSTRACT

This study aimed to examine the current situation and challenges, develop a care model for patients under Royal Patronage through the participation of a network of stakeholders, and evaluate this care model in Maha Sarakham Province. This study employs an action research approach, based on the framework of Kemmis and McTaggart, integrated with the World Health Organization's "Six Building Blocks" for health systems. The study was conducted between January 2023 and September 2024. The group of informants for the situation analysis and evaluation phases consisted of 105 individuals, including 50 patients and 55 healthcare personnel and relevant stakeholders. A development team—comprising 10 experts and 8 representatives from a multidisciplinary team—collaborated to design the model. Participants were selected using purposive sampling. Data collection instruments included questionnaires, interview guides, a holistic

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
[3] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[4] นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

care assessment tool, and a quality-of-life assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results : The development process resulted in the "CARE Model," which consists of: C – Case management and system coordination; A – Holistic assessment and access to services; R – Referral and resource mobilization from network partners; and E – Evaluation and empowerment. The evaluation revealed that the patients' mean quality-of-life score increased by 0.63 points, rising from 3.13 (SD = 1.02) to 3.76 (SD = 1.12). Holistic care provision was rated at a high level (Mean = 3.64, SD = 1.00), with the domain of "rights and access to services" receiving the highest mean score (Mean = 3.80, SD = 0.94), and the "medical" domain receiving the lowest (Mean = 3.42, SD = 0.98). Furthermore, the assessment of the service model's characteristics yielded a high rating (Mean = 3.83, SD = 0.94), with key strengths identified in the coordination of service access and equity.

Keywords: Care model, Royal patronage/support, Partner networks

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์เป็นภารกิจสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการช่วยเหลือด้านสังคมอย่างเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาจมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง ผู้ดูแล และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการที่บูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมอย่างครอบคลุม องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) ซึ่งส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการ [1] ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม พ.ศ. 2559 ครอบคลุม 5 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองและลงทะเบียน การส่งต่อ การรักษาและนัดติดตาม การส่งกลับบ้าน และการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการประสานงานระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และภาคีเครือข่าย [2]

จังหวัดมหาสารคาม จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยรวม 37,38 ,48 ราย (ยอดสะสม) เป็นเพศชาย 22 ราย (ร้อยละ 45.83) และเพศหญิง 26 ราย (ร้อยละ 54.17) ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลากหลาย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคระบบประสาท โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหลายระดับ ทั้งภายในและนอกจังหวัด เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลศิริราช [3] ลักษณะดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบประสานการดูแล การส่งต่อข้อมูล การสนับสนุนทรัพยากร และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และครอบครัว เพื่อป้องกันความล่าช้า ความซ้ำซ้อน และการขาดความต่อเนื่องของบริการ

องค์การอนามัยโลกเสนอกรอบแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of Health Systems) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Systems) 4) ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines and Technologies) 5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญใน

การพัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม[4] เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม จึงควรศึกษาช่องว่างของระบบบริการทั้งด้านการจัดระบบดูแลและส่งต่อ การกำหนดบทบาทบุคลากร การเชื่อมโยงข้อมูล การสนับสนุนยาและเทคโนโลยี การบริหารทรัพยากรและสิทธิประโยชน์ ตลอดจนกลไกกำกับติดตาม เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการที่เชื่อมโยงหน่วยงานและภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังให้ความสำคัญกับระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated People-Centred Health Services) โดยเน้นการประสานบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน[5] สอดคล้องกับการศึกษา โดยเน้นการประสานบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน[5] สอดคล้องกับการศึกษาของ นิ่มนวล โยคิน และกิตติพร เนาว์สุวรรณที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยรูปแบบประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลการติดตามเยี่ยม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การเสริมพลังผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $p < 0.001$)[6] ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการจัดระบบดูแลแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะการบริหารจัดการเครือข่ายระดับจังหวัด การจัดการรายกรณี การเชื่อมโยงข้อมูล และการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม” โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน พัฒนาระบบ ทดลองใช้ และประเมินผล เพื่อนำไปสู่การพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน เชื่อมโยงบริการทุกระดับ ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความต่อเนื่องและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์
โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิต
ที่ยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพ
ชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [7] ร่วมกับกรอบแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ 6 องค์ประกอบ (Six Building Blocks of Health Systems) ขององค์การอนามัยโลก[4] และแนวคิด

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[5] เป็นกรอบในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยเชื่อมโยงการบริหารจัดการและการดูแลตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ หน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลที่รับการรักษาทั้งภายในและนอกจังหวัด จนถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงวิเคราะห์ระบบบริการตามกรอบ Six Building Blocks 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการวางแผน ออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงรูปแบบการดูแล ภายใต้แนวคิด CARE Model และ 3) ระยะประเมินผลรูปแบบ โดยประเมินผลการดำเนินงานของระบบบริการ การได้รับการดูแลของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พื้นที่วิจัย ดำเนินการในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ครอบคลุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เหล่ากาชาดจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงการประสานการรักษากับสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยทั้งภายในและนอกจังหวัด

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 55 คน ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน และผู้แทนทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 8 คน มีบทบาทในการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนออกแบบรูปแบบการดูแล ประสานการดำเนินงานทดลองใช้ และร่วมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการหรือดูแลผู้ป่วยโดยตรง เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นบุคลากรสาธารณสุข ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้แทนภาคีเครือข่ายที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ การประสานงาน หรือการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยมีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง สามารถให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางพัฒนาระบบบริการได้ รวมทั้งสามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมภายหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่ไม่มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ การประสานงาน หรือการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตการศึกษา ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหลักที่จำเป็นต่อกระบวนการวิจัยตามบทบาทที่กำหนด หรือไม่ประสงค์ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลของจังหวัดมหาสารคาม สะสมถึงปี2567 ในช่วงเวลาศึกษา จำนวน 50 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการ การเข้าถึงบริการ และประเมินผลการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีหลักฐานยืนยันสถานะการได้รับพระบรมราชานุเคราะห์หรือพระราชานุเคราะห์ และอยู่ในระบบการดูแลของจังหวัดมหาสารคามในช่วงเวลาที่ศึกษา สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับบริการและคุณภาพชีวิตด้วย

ตนเอง หรือมีผู้ดูแลให้ข้อมูลในส่วนที่เหมาะสม กรณีไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมต้องสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือสุขภาพไม่คงที่จนไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างปลอดภัย ไม่สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นและไม่มีแหล่งข้อมูลทดแทนที่เหมาะสม หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่กระทบต่อสิทธิการรักษาและการได้รับความช่วยเหลือ และผู้วิจัยต้องรักษาความลับของข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ (มกราคม 2566-กุมภาพันธ์ 2566) เป็นการศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนข้อจำกัดของระบบบริการและการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of Health Systems ขององค์การอนามัยโลก เป็นกรอบในการวิเคราะห์ระบบสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศสุขภาพ ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเงินการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ดำเนินการการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามกับผู้มีส่วนร่วมวิจัยจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องจำนวน 55 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการได้รับบริการ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ การดูแลต่อเนื่อง การประสานงานของภาคีเครือข่าย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับ**การเก็บข้อมูล**เชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วย พ.ศ. 2564–2565 บันทึกการรักษาพยาบาล ข้อมูลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย และรายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและครอบครัว และด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสัมภาษณ์และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการทบทวนเอกสาร โดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นต้องผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ตามความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ **วิเคราะห์ข้อมูล** ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากนั้นสังเคราะห์ประเด็นปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบบริการตามกรอบ Six Building Blocks เพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปกำหนดแนวทางพัฒนาในระยะที่ 2 ของการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่อง และเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำผลการศึกษาสถานการณ์จากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสารมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้

กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก เพื่อระบุช่องว่างด้านระบบบริการ บุคลากร ระบบข้อมูล ทรัพยากร การเงินการคลัง และการบริหารจัดการ รวมทั้งนำข้อเสนอแนะของบุคลากรและภาคีเครือข่ายมากำหนดประเด็นสำคัญและแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล

2.2 การจัดตั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยประสานผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน และ
ผู้แทนทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจำนวน 8 คน ประกอบด้วยผู้มีความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ การรักษาพยาบาล การจัดการรายกรณี การประสานส่งต่อ และการช่วยเหลือด้านสังคม โดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 3 ปี ร่วมประชุมระดมความคิดเห็นและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อพิจารณาปัญหา กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบและเสนอแนวทางพัฒนาระบบดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ สังคม และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการบูรณาการทรัพยากรของภาคีเครือข่าย

2.3 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแล ดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ดังนี้ **วงรอบที่ 1** นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่าย มาร่วมกำหนดปัญหา เป้าหมาย และแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยมุ่งเน้นการจัดระบบประสานงาน การประเมินปัญหาแบบองค์รวม การส่งต่อ การสนับสนุนทรัพยากร และการติดตามดูแลต่อเนื่อง จากนั้นดำเนินการนำแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พร้อมสังเกตผลจากกระบวนการดูแล การประสานงาน การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จัดประชุมสะท้อนผลเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด และช่องว่างของระบบบริการที่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และนำข้อค้นพบไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 2 **วงรอบที่ 2 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแล** ได้นำผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลและพัฒนาเป็น CARE Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ C – Case Management & Coordination การจัดการรายกรณีและการประสานระบบ A – Assessment & Accessibility การประเมินปัญหาแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ R – Referral, Resources & Relationship การส่งต่อ การระดมทรัพยากร และการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และ E – Evaluation & Empowerment การติดตามประเมินผลและเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่าย พร้อมติดตามสังเกตผล ด้านความครอบคลุมของการดูแล ความต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ก่อนจัดประชุมสะท้อนผล ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปัญหาอุปสรรคจากการนำรูปแบบไปใช้ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้ รูปแบบ CARE Model ฉบับสมบูรณ์ที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดมหาสารคาม สำหรับนำไปประเมินผลในระยะที่ 3 ของการวิจัย **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้เชี่ยวชาญและทีมสหวิชาชีพ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาความต้องการและแนวทางพัฒนาการดูแล แบบบันทึกการประชุมและการสะท้อนผล เพื่อบันทึกผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในแต่ละวงรอบ แบบบันทึกการติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแล **การวิเคราะห์**

ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสนทนากลุ่ม การประชุมผู้เชี่ยวชาญ การติดตามกระบวนการดูแล และการสะท้อนผลตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยจำแนกและสังเคราะห์พร้อมเปรียบเทียบข้อค้นพบจากการดำเนินงานทั้ง 2 วงรอบ เพื่อนำผลการวิเคราะห์จากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาเป็น CARE Model ในวงรอบที่ 2 และนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม เป็นไปได้ในการปฏิบัติ และสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม และใช้สถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านการจัดระบบบริการ การประสานงานของภาคีเครือข่าย การได้รับการดูแลแบบองค์รวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จำนวน 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 55 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยคู่มือและแนวปฏิบัติตามรูปแบบ CARE Model แบบประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมการจัดการรายกรณี การเข้าถึงบริการ การประสานส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง แบบประเมินการได้รับการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและครอบครัว และด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ รวมถึงแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบ CARE Model จากผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมิน และการทบทวนข้อมูลผลการดำเนินงาน พร้อมตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบในตัวชี้วัดที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อประเมินผลการดูแลแบบองค์รวม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความคิดเห็นของบุคลากรต่อรูปแบบการดูแล โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับด้านความเหมาะสมและความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1.00 ตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษา ส่วนข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยนำแบบสอบถาม แบบประเมินการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแนวคำถามการสัมภาษณ์ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยค่า IOC และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำเครื่องมือเชิงปริมาณไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า Cronbach's Alpha โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป สำหรับเครื่องมือในระยะพัฒนารูปแบบและประเมินผล CARE Model ตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Triangulation) เพื่อให้ผลการศึกษามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยางสีสุราช สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 3/2566 ลงวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนมกราคม–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วมวิจัยร่วมกับการทบทวนทะเบียนผู้ป่วย เอกสารการรักษา และข้อมูลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลากหลายและมีความต้องการดูแลต่อเนื่อง ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ โดยต้องประสานการรักษากับสถานพยาบาลหลายระดับทั้งภายในและนอกจังหวัด ส่งผลให้การดูแลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย ผลการศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบปัญหาสำคัญได้แก่ ความล่าช้าในการรับบริการ การสื่อสารข้อมูลการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน ความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการ และข้อจำกัดด้านการเดินทาง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้มีผู้ประสานการดูแลที่ชัดเจน ลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอย ตลอดจนเพิ่มการสนับสนุนด้านข้อมูล สิทธิประโยชน์ และความช่วยเหลือทางสังคม ขณะที่ผลการศึกษาจากบุคลากรพบปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ความไม่เพียงพอของบุคลากร ยา อุปกรณ์และทรัพยากรสนับสนุน รวมทั้งความต้องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการซับซ้อน การจัดการทรัพยากร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

เมื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of Health Systems พบประเด็นที่ต้องพัฒนาใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระบบบริการสุขภาพ พบความล่าช้าในการให้บริการและข้อจำกัดในการประสานการรักษาและติดตามดูแลระหว่างหน่วยบริการ 2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 3) ด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ พบความจำเป็นในการพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานให้เชื่อมโยงและเป็นปัจจุบัน 4) ด้านยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ พบข้อจำกัดด้านความเพียงพอของยา อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการดูแล 5) ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ พบความต้องการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สิทธิประโยชน์ และการระดมทรัพยากรช่วยเหลือผู้ป่วย และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบความจำเป็นในการพัฒนากลไกบริหารจัดการร่วม การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ และการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยสรุป ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม มีความเชื่อมโยงกันทั้งด้านระบบบริการ บุคลากร ข้อมูล ทรัพยากร การสนับสนุนทางการเงิน และกลไกบริหารจัดการ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการจัดการรายกรณี การประเมินความต้องการแบบองค์รวม การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากร ตลอดจนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดแนวทางพัฒนาระบบการดูแลในระยะที่ 2 ของการวิจัย

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ภายใต้แนวคิด CARE Model ซึ่งเชื่อมโยงกันอย่าง

เป็นระบบตั้งแต่การจัดการรายกรณี การประเมินปัญหาและความต้องการ การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากร ตลอดจนการติดตามประเมินผลและเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

2.1 C – Case Management & Coordination การจัดการรายกรณีและการประสานระบบ เป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเป็นระบบ โดยมีคณะกรรมการหรือทีมผู้รับผิดชอบทำหน้าที่รับและคัดกรองข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดผู้ประสานหลัก วางแผนการดูแลและการช่วยเหลือร่วมกัน ตลอดจนเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการ ทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน

2.2 A – Assessment & Accessibility: การประเมินแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการ มุ่งประเมินปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม โดยประเมินใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านครอบครัวและสังคม และด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ ผลการประเมินนำไปใช้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลให้เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วย รวมถึงการค้นหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและสิทธิที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเหมาะสม ทั่วถึง และเป็นธรรม

2.3 R – Referral, Resources & Relationship: การส่งต่อ การระดมทรัพยากร และการสร้างเครือข่ายสัมพันธ์ เป็นการเชื่อมโยงระบบบริการและภาคีเครือข่ายให้สามารถร่วมกันตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมการประสานการรักษาและการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ การเชื่อมโยงสิทธิการรักษา การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง ตลอดจนการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายต่างๆ ควบคู่กับการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และเครือข่าย เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

2.4 E – Evaluation & Empowerment: การติดตามประเมินผลและการเสริมพลัง เป็นกระบวนการติดตามผลการรักษา ผลการช่วยเหลือและการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการทบทวนผลการดำเนินงานรายกรณี วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และนำข้อมูลที่ได้มาปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ขณะเดียวกันส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ และศักยภาพในการดูแลตนเอง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนดูแล เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่ององค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของ CARE Model มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันโดยเริ่มจากการจัดการรายกรณีและประสานระบบ การประเมินแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย และการติดตามประเมินผลพร้อมเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นนำผลการประเมินกลับมาใช้ในการปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง ตามรายละเอียด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม

จากภาพ สรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นนวัตกรรมการจัดระบบดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก ผ่านกลไกการจัดการรายกรณี (C) การประเมินแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (A) การประสานส่งต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย (R) และการติดตามประเมินผลและเสริมพลัง (E) โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่าย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ จิตใจ สังคมและครอบครัว และสิทธิและการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง เสมอภาค และเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะราย มุ่งสู่การยกระดับคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม ผลการประเมินการใช้รูปแบบ CARE Model ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดมหาสารคาม จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 105 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง 55 คน ประเมินผลได้ดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล ผลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาเท่ากับ 3.13 คะแนน (SD = 1.02) อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.76 คะแนน (SD = 1.12) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.63 คะแนน สะท้อน

แนวโน้มผลการประเมินที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.2 ผลการประเมินการได้รับการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก) Mean = 3.64, SD = 1.00) โดยด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด) Mean = 3.80, SD = 0.94) รองลงมาคือด้านสังคมและครอบครัว) Mean = 3.68, SD = 0.95) ด้านจิตใจและอารมณ์) Mean = 3.65, SD = 1.09) และ ด้านการแพทย์) Mean = 3.42, SD = 0.98) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ผลการศึกษาสะท้อนว่ารูปแบบ CARE Model สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านสิทธิ การเข้าถึงบริการ และการช่วยเหลือทางสังคม อย่างไรก็ตาม ด้านการแพทย์ยังมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น จึงควรพัฒนาการประสานบริการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการเฉพาะทาง และการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะรายมากยิ่งขึ้น

3.3 ผลการประเมินองค์ประกอบการจัดบริการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการประเมินภายหลังใช้รูปแบบ CARE Model) พบว่า ผลการประเมินรูปบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83, SD = 0.94) โดยด้านการประสานงาน การเข้าถึงบริการ และความเสมอภาคมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันที่ 3.95 รองลงมาคือการดูแลต่อเนื่อง (Mean = 3.91) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean = 3.76) ส่วนการดูแลแบบองค์รวมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.58) ขณะที่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 3.86 (SD = 1.11) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนการดำรงชีวิตมีค่าเฉลี่ย 3.84 (SD = 1.13) ผลการศึกษาสะท้อนจุดเด่นด้านการประสานงาน การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะด้านระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาความครอบคลุมของการดูแล การเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย และระบบติดตามผลลัพธ์รายกรณีอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3.4 ผลการประเมินเชิงระบบตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of Health Systems

เมื่อนำผลการประเมินมาสังเคราะห์ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก พบว่ารูปแบบ CARE Model มีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery) ผลการประเมินสะท้อนแนวโน้มการได้รับบริการที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการและการประสานการดูแล 2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) รูปแบบกำหนดบทบาทการจัดการรายกรณีและส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 3) ด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Systems) มีการนำข้อมูลผู้ป่วยและผลการติดตามมาใช้ประกอบการประสานงานและวางแผนดูแลรายบุคคล 4) ด้านยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines and Technologies) รูปแบบให้ความสำคัญกับการประสานการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลและทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น 5) ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health Financing) มีการเชื่อมโยงการช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์ ค่าใช้จ่าย และการเดินทางผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) รูปแบบใช้กลไกการประสานงานระดับจังหวัดและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผนติดตาม และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

ผลการสังเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า CARE Model เป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลรายบุคคลกับการบริหารจัดการ

ระบบสุขภาพระดับจังหวัด โดยใช้การจัดการรายกรณี การประเมินแบบองค์รวม การประสานทรัพยากร และการติดตามประเมินผลเป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การประเมินครั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลตัวชี้วัดเชิงปริมาณแยกครบทั้ง 6 องค์ประกอบ จึงเป็นการสังเคราะห์ความเชื่อมโยงเชิงระบบจากผลการดำเนินงาน มากกว่าการยืนยันประสิทธิผลรายองค์ประกอบของ Six Building Blocks

3.5 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ก่อนหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 ก่อนใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02 ค่าเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ+0.63 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 18.57%แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบดีขึ้นผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนใช้รูปแบบ

สรุปผลการประเมินระยะที่ 3 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ CARE Model ผลการประเมินโดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลแบบองค์รวมในระดับมาก โดยเฉพาะด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการ รวมทั้งมีผลการประเมินด้านการประสานงาน ความต่อเนื่อง และความเสมอภาคอยู่ในระดับมาก รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีศักยภาพในการสนับสนุนการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการและการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด โดยควรพัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อประเมินความต่อเนื่องของบริการและความยั่งยืนด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ความล่าช้าในการให้บริการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังขาดความต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ระบบข้อมูลที่ยังต้องพัฒนา ตลอดจนปัญหาการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการโดยใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลกในการวิเคราะห์ปัญหาทั้ง 6 ด้าน เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาที่เชื่อมโยงการจัดบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล ทรัพยากร การเงินการคลัง และกลไกบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ ที่ประยุกต์ใช้ Six Building Blocks วิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ จนเกิดรูปแบบ Buriram Elderly Seamless Care Model โดยพบว่าความร่วมมือของเครือข่ายท้องถิ่นและระบบกำกับติดตามเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ[8] รวมทั้งการศึกษาของ ฐิตารีย์ ธนสิริกาญจน์ และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาระบบประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC ช่วยเพิ่มความทันเวลาในการส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน[9] แสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการและกลไกการประสานงานร่วมกัน มากกว่าการปรับปรุงบริการเฉพาะหน่วยงาน สำหรับการพัฒนารูปแบบ CARE Model โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้เกิด CARE Model ในวงรอบที่ 2 ประกอบด้วยการจัดการรายกรณีและการประสานระบบ (C) การประเมินแบบองค์รวมและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (A) การประสานส่ง

ต่อและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย (R) และการติดตามประเมินผลและเสริมพลัง (E) โดยมีจุดเด่นในการเชื่อมโยงการดูแลรายบุคคลกับกลไกบริหารจัดการระดับจังหวัด รวมทั้งบูรณาการทรัพยากรจากหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิตารีย์และคณะ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ โดยอาศัยการวางแผนร่วมกัน การทดลองปฏิบัติ และการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบบริการ [9] และการศึกษาของ มณฑิชาและคณะ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการระดับจังหวัดโดยเชื่อมโยงหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนการจัดบริการตามความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มได้ [8] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Albertson และคณะ (2022) ซึ่งพบว่าการประเมินความต้องการของผู้ป่วย การติดต่อดูแลโดยตรง และการกำหนดกระบวนการประสานบริการที่เป็นมาตรฐาน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่พบในระบบประสานบริการสุขภาพและบริการทางสังคม[10] สนับสนุนแนวทาง CARE Model ที่เน้นการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาความต่อเนื่องของการดูแล

ในด้านผลการประเมินการใช้รูปแบบ CARE Model ต่อระบบบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภายหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น สะท้อนแนวโน้มผลการประเมินที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนารูปแบบ ขณะที่ผลการประเมินการได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติอยู่ในระดับมาก โดยด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือด้านสังคมและครอบครัว และด้านจิตใจและอารมณ์ ผลดังกล่าวสะท้อนความสำคัญของการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและปัจจัยทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย และธณกร ปัญญาใสโสภณ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[11] สนับสนุนความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมและการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยในการจัดการตนเอง นอกจากนี้ ผลการประเมินคุณลักษณะระบบบริการภายหลังใช้ CARE Model พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการประสานงาน การเข้าถึงบริการ และความเสมอภาคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากัน รองลงมาคือการดูแลต่อเนื่องสะท้อนจุดเด่นด้านการเชื่อมโยงบริการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Albertson และคณะ ที่ให้ความสำคัญกับการประสานบริการระหว่างระบบสุขภาพและระบบสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย[10] เมื่อพิจารณาตามกรอบ Six Building Blocks พบว่า CARE Model มีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการทั้งด้านการจัดบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล ด้านการแพทย์ การสนับสนุนทรัพยากร การเงินการคลัง และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยเฉพาะการใช้กลไกบริหารจัดการและการประสานเครือข่ายระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาความครอบคลุมของบริการการเชื่อมโยงข้อมูล และระบบติดตามผลลัพธ์รายกรณีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สรุป CARE Model เป็นรูปแบบการจัดระบบดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาจากการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบตามกรอบ Six Building Blocks ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเชื่อมโยงการบริหารจัดการระดับจังหวัดกับการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ผลการประเมินสะท้อนแนวโน้มการได้รับบริการและการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น รวมทั้งความสำคัญของการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ครอบครัว และ

ชุมชน อย่างไรก็ตาม ควรติดตามประเมินผลระยะยาวและพัฒนาตัวชี้วัดเชิงระบบให้ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้วิจัยทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2025). World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025.
2. ศูนย์ประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. ทะเบียนผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2564–2566 [ข้อมูลทะเบียนภายใน ไม่เผยแพร่]. ม.ป.ป.
4. World Health Organization.(2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. World Health Organization.(2016). Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016. Document No.: A69/39.
6. นิ่มนวล โยคิน, กิตติพร เนาว์สุวรรณ.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(1):47–60.
7. Kemmis S, McTaggart R, editors.(1988). The action research planner. 3rd ed. Waurn Ponds (VIC): Deakin University; 1988.
8. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;17(1):255–271.
9. ฐิตารีย์ ธนสิริกาญจน์, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นันทะนา.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเขตอำเภอเมืองเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(2):127–136.
10. Albertson EM, Chuang E, O'Masta B, Miake-Lye I, Haley LA, Pourat N.(2022). Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. Popul Health Manag. 2022;25(1):73–85. doi:10.1089/pop.2021.0057.
11. พิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย, ธณกร ปัญญาใสโสภณ.(2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในพระบรม ราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;19(2):63–74.

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Health Service Delivery Model for End-of-Life Care Using Palliative Care Centers as a Driving Mechanism in Maha Sarakham Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

เพราพนิต สอนสิทธิ์[1] ธนิยาณัฐ แก้วม่วง[1]
Prowpanit Sonsit[1] Taniyanat Kaewmaung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 12 แห่ง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ร่วมกับกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of a Health System) ขององค์การอนามัยโลก ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 122 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล 50 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 24 คน และตัวแทนผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล และ Caregiver 24 คน และประเมินผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 3,376 ราย กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเตรียมการวิจัยและศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปปฏิบัติ โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร แต่ละวงจรประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล และ 3) การประเมินผล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวาภิบาลสำหรับโรงพยาบาล และแบบสรุปรายงานผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดมหาสารคามสามารถจัดตั้งและเปิดให้บริการศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานครอบคลุมทั้ง 12 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 บุคลากรทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ร้อยละ 100 ครอบครัวได้รับการประชุมครอบครัว (Family Meeting) ร้อยละ 95.47 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) อย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 90.28 และผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดการตายดี (Good Death) ร้อยละ 95.73

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ, ศูนย์ชีวาภิบาล, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ABSTRACT

This action research aimed to develop and evaluate a healthcare service delivery model for end-of-life patient care using palliative care centers as a driving mechanism in Maha Sarakham Province, Thailand. The study was conducted from September 2023 to September 2024 in 12 community hospitals in Maha Sarakham Province. The research applied the action research framework of Kemmis and McTaggart in conjunction with the World Health Organization's Six Building Blocks of a Health System framework. A total of 122 participants were involved in developing the model, comprising 50 hospital-based multidisciplinary healthcare professionals, 24 registered nurses from subdistrict health promoting hospitals, 24 representatives of village health volunteers, community leaders, and local administrative organizations, and 24 representatives of end-of-life patients, family caregivers, and other caregivers. Care outcomes were evaluated among 3,376 end-of-life patients. The research was conducted in three phases: 1) research preparation and situational analysis; 2) model development and implementation through two

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

action research cycles, each consisting of planning, action, observation, and reflection; and 3) evaluation. Research instruments included in-depth interview and focus group discussion guides, a standardized assessment form for palliative care center operations in hospitals, and end-of-life patient care reporting forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies and percentages, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the post-implementation evaluation demonstrated that standardized palliative care centers had been established and were operational in community hospitals across all 12 districts of Maha Sarakham Province, achieving 100% coverage. All multidisciplinary healthcare team members received competency development training (100%). Family Meetings were conducted for 95.47% of families, while 90.28% of patients receiving palliative care received quality care in accordance with Advance Care Planning (ACP). Furthermore, 95.73% of patients achieved care outcomes consistent with the concept of a Good Death.

Keywords: Healthcare Service Delivery System; Palliative Care Centers; End-of-Life Care

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขโดยจัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือการถอยตั้งหลักก่อนที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า (Retreat)” เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน[1] คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 15 แผนงาน 45 โครงการ โดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการสำคัญให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

ทั้งนี้ แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ 18 การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการดูแล Palliative Care เป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เนื่องจากสถานการณ์ประชากรโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาวะสังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2580[2] การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรไทย[3]

จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะเป็นจังหวัดที่มีประชากรกระจายตัวในชุมชนชนบท มีระดับการศึกษาและรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ และมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นความท้าทายสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4] ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเป็นลำดับ จากนโยบายการจัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาล (Palliative Care Center) ในโรงพยาบาลชุมชน ที่มุ่งเน้นการจัดบริการดูแลให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลและ

เชื่อมโยงระบบ Primary Health Care จนถึงบ้าน/ชุมชน ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีภารกิจรับผิดชอบการจัดบริการระบบสุขภาพในทุกอำเภอ ซึ่งการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพัฒนาศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ทั้ง 12 แห่ง เพื่อเชื่อมโยงการดูแลในชุมชนก็เป็นอีกหนึ่งภารกิจที่สำคัญ จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยระยะท้าย ปี 2566-2567 จำนวน 2,692 , 3,376 ตามลำดับ[5] และจากการทบทวน ตามแนวคิดแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System)[6] เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน พบว่า (1) ด้านโครงสร้าง สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล มีความเป็นส่วนตัวน้อยอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณผู้ป่วย (2) กระบวนการทำงาน มีการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละอำเภอยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน มีการจัดบริการแต่รูปแบบยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องแต่ไม่ครอบคลุมต่อการสนองตอบความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว (3) ด้านการประเมินผลลัพธ์ พบว่าระบบการบันทึกข้อมูลยังไม่ครอบคลุมทำให้ไม่สามารถติดตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในทุกโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติเดียวกันครอบคลุมทั้งจังหวัด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[7] โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of a Health System) ขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 1) Service Delivery 2) Health Workforce 3) Health Information Systems 4) Access to Essential Medicines/Medical Products, Vaccines and Technologies 5) Health Financing และ 6) Leadership/Governance เพื่อใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบพัฒนา และประเมินรูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 12 แห่ง ระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัยและศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้ โดยดำเนินการตามวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 3 การประเมินผล ทั้งระหว่างดำเนินการและเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 122 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการจัดบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล 50 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 คน ตัวแทน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 24 คน และตัวแทนผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล และ Caregiver 24 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามกลุ่มที่กำหนด 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย

2) ผู้ป่วยระยะท้ายที่ใช้ประเมินผลลัพธ์การดูแล จำนวน 3,376 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 12 อำเภอ จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานผลการให้บริการตามตัวชี้วัดของจังหวัด

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยและศึกษาสถานการณ์ปัญหา โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิด Six Building Blocks of A Health System[6] Service Plan สาขาประคับประคอง[7] มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวาภิบาลสำหรับโรงพยาบาล[8] 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย

2. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดย 1) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายขณะเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจากการประชุมระดมสมองบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและจากการรวบรวมข้อมูลการนิเทศงาน การติดตามผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดระดับอำเภอ การสังเกตการปฏิบัติงานจากการดูแลผู้ป่วยและในชุมชน 2) การวิเคราะห์มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวาภิบาลสำหรับโรงพยาบาล การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มร่วมกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล,หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิ เพื่อหาโอกาส ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเดิม 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัว ตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน อปท. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม นำข้อมูลและผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากระยะที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมองร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจากทุกอำเภอ เพื่อร่วมคิด ร่วมวางแผน และกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of a Health System) ขององค์การอนามัยโลก เป็นกรอบในการออกแบบและพัฒนารูปแบบ จากนั้นนำร่างรูปแบบเสนอต่อคณะกรรมการ Service Plan สาขา Palliative Care จังหวัดมหาสารคาม เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงจร โดยแต่ละวงจรประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

วงจรที่ 1 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

1. การวางแผน (Planning) นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องมาจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ Project Manager และ Case Manager ตลอดจนกำหนดแนวทางการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ชีวาภิบาล ระบบบริการ ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล การสนับสนุนทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย

2. การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในระบบบริการ โดยดำเนินการตาม

แผนปฏิบัติการ พัฒนาศูนย์ชีวาภิบาล พัฒนาแนวทางและแนวปฏิบัติทางคลินิก พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ตลอดจนเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้าน และชุมชน

3. การสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินการดำเนินงานตามรูปแบบ โดยการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน สังเกตกระบวนการจัดบริการ และรวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง

4. การสะท้อนผล (Reflection) นำผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะมาประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ส่วนที่ดำเนินการได้ดีและประเด็นที่ยังเป็นช่องว่าง เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบและแผนการดำเนินงานสำหรับวงจรที่ 2

วงจรที่ 2 การปรับปรุงและขยายการใช้รูปแบบ

1. การวางแผน (Planning) นำผลการสะท้อนจากวงจรที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบและแผนปฏิบัติการ โดยเน้นการแก้ไขปัญหาและช่องว่างที่พบ รวมทั้งพัฒนาการเชื่อมโยงระบบบริการ ระบบข้อมูล การส่งต่อ การประสานงาน การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย

2. การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 12 อำเภอ โดยขับเคลื่อนผ่านศูนย์ชีวาภิบาลและกลไกคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน

3. การสังเกต (Observation) ติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการปรับปรุงรูปแบบ โดยประเมินการดำเนินงานศูนย์ชีวาภิบาล การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด การเชื่อมโยงเครือข่าย และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

4. การสะท้อนผล (Reflection) นำผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ได้มาสะท้อนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม ก่อนสรุปเป็นรูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปประเมินผลในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมประเด็นระบบบริการ การสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนา (2) แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวาภิบาลสำหรับโรงพยาบาล จำนวน 14 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการองค์กร ผู้ให้บริการ และการจัดบริการดูแลผู้ป่วย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสรุปรายงานผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบคลุมข้อมูลการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลครอบครัว การส่งต่อ และการประสานการดูแล

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.6-1 และค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86 ส่วนแบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ชีวาภิบาลสำหรับโรงพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.6-1 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดประเด็นสำคัญ จัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ด้านการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม

จากการสังเคราะห์ผลการพัฒนาตามกรอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ พบว่าสามารถบูรณาการเป็นรูปแบบการดำเนินงาน **“3S Model”** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) **Support System**: การจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการดูแลรักษา ซึ่งเชื่อมโยงกับ Leadership/Governance, Financing และ Medical Products, Vaccines & Technologies (2) **Service Management:** การจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับ Service Delivery และ Information System และ (3) **Staff & Network Development:** การพัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคลและเครือข่ายการดูแล ซึ่งเชื่อมโยงกับ Health Workforce ทั้งนี้ ทั้ง 3 องค์ประกอบทำงานเชื่อมโยงกันโดยมีศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกประสานระบบบริการตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จนถึงบ้านและชุมชน

2. ด้านการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม

จากการดำเนินงานข้างต้นสามารถ สรุปรูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อนจังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น **“3S Model”** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) Support System: การจัดระบบสนับสนุนการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน ได้แก่ 1.1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด/อำเภอ ที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการภาพรวมของระบบ 1.2) การจัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ที่ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 ด้าน 1.3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยจัดสรรงบประมาณตามความเหมาะสมและสรรหาผู้มีจิตศรัทธาบริจาค

2) Service Management: การจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2.1) แต่งตั้ง Project Manager : PM ระดับจังหวัด บริหาร จัดการนิเทศ

ติดตาม กำกับ และในระดับอำเภอมีระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน โดย Case Manager : CM (Palliative Care Nurse) 2.2) มีการจัดทำแนวทางการดูแล คู่มือ CPG สื่อ ไลน์กลุ่มประสานงานกับ รพ.สต. เพื่อในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2.3) การนำสื่อเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น ไลน์ อินโฟกราฟฟิค คลิปวิดิโอสั้น

3) Staff & Network Development: การพัฒนาทรัพยากรบุคคลตามสมรรถนะแต่ละวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. รวมทั้งพัฒนา อสม. Caregiver ครอบครัว ให้มีศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม “3S Model” ที่พัฒนาขึ้น สามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบ จากกระบวนการพัฒนาและการสะท้อนผลร่วมกัน สามารถสังเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการดำเนินงานของรูปแบบ ได้แก่ 1) **นโยบายและกลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจน** โดยมีคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับอำเภอเป็นกลไกขับเคลื่อน 2) **การสื่อสารและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ** ระหว่างหน่วยบริการและเครือข่าย 3) **การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ผู้ดูแล และครอบครัว** และ 4) **การติดตาม นิเทศ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง** เพื่อนำข้อมูลกลับมาใช้ใน

การปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3. ประเมินผลระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน มีดังนี้

1. ด้านการดำเนินงานศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาล พบว่า จังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินการจัดตั้งและเปิดศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลุมทุกอำเภอ 12 แห่ง (100%) ทั้งนี้หลังดำเนินการพัฒนาพบว่า ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานโดยการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในอำเภอที่ยังผ่านการอบรมไม่คลอบคลุม ประกอบด้วย อบรมแพทย์ (หลักสูตร 8 สัปดาห์) จำนวน 3 คน, อบรมเภสัชกร (หลักสูตร 2 สัปดาห์) จำนวน 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ (หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 3 คน, หลักสูตร 6 สัปดาห์ จำนวน 10 คน, หลักสูตร 4 สัปดาห์ จำนวน 24 คน และหลักสูตร 3-5 วัน จำนวน 60 คน) ซึ่งภายหลังการดำเนินงานพบว่าบุคลากรทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะ 100 %

2. ด้านผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม เมื่อพิจารณาแนวโน้มผลลัพธ์การดูแลระหว่างปี 2565–2567 พบว่า ตัวชี้วัดสำคัญมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพิ่มจากร้อยละ 91.89 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 92.98 ในปี 2566 และร้อยละ 95.47 ในปี 2567 การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เพิ่มจากร้อยละ 70.07 เป็นร้อยละ 72.47 และร้อยละ 90.28 ตามลำดับ และผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดการตายดี (Good Death) เพิ่มจากร้อยละ 90.93 เป็นร้อยละ 93.28 และร้อยละ 95.73 ตามลำดับ

3. มีการขยายระบบที่พัฒนาขึ้นไปสู่การดำเนินงานกุฎิชีวาภิบาลต้นแบบ 2 แห่ง คือ อำเภอวาปีปทุมและอำเภอนาเชือก รวมทั้งมีการจัดบริการ Home ward ใช้ Telemed Telenursing ในการติดตามประเมินให้คำปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่อำเภอบรบือและนาเชือก และกำลังขยายผลครอบคลุมทุกอำเภอ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนาพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งสามารถครอบคลุมทุกอำเภอ 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 นับเป็นความสำเร็จที่โดดเด่นในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพระดับจังหวัด การใช้แนวทาง Six Building Blocks of A Health System ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบในการพัฒนาระบบ ช่วยให้การพัฒนาระบบมีความครอบคลุมในองค์ประกอบสำคัญและเกิดการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างระดับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sleeman และคณะ[9] ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อน ต้องอาศัยการจัดระบบที่เป็นองค์รวมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับอำเภอเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการมี Project Manager และ Case Manager (Palliative Care Nurse) ซึ่งทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการประสานงานและเชื่อมโยงระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Murray และคณะ[10] ที่เน้นความสำคัญของ Care Coordination ในระบบชีวาภิบาล การมีผู้ประสานงานเฉพาะทางช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและลดช่องว่างในระบบบริการ

สำหรับประสิทธิผลของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและระบบสนับสนุน ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะครบร้อยละ 100 ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการสร้างศักยภาพของบุคลากรอย่างครอบคลุม การพัฒนาทรัพยากรบุคคลไม่เพียงแต่ในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ขยายไปถึงพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. อสม. Care giver และครอบครัว ทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลที่แข็งแกร่งและครอบคลุมทุกระดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Radbruch และคณะ[11] ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการศึกษาของวศิน รัตนพิบูลย์ และคณะ[12] เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายแบบในโรงพยาบาลชุมชน" สอดคล้องกับการศึกษานี้ในด้านการใช้วิธีการพัฒนาระบบแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และ สุพรรณี อาจฤทธิ์ และคณะ[14] ได้วิจัยเรื่อง "การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ" สอดคล้องในด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและการใช้วิธี action research ในการพัฒนาระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ และการวิจัยครั้งนี้ได้นำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการดูแล เช่น ระบบ Consult, Referral System และการใช้สื่อออนไลน์ในการประสานงาน เป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดมหาสารคามที่มีพื้นที่กว้างและมีข้อจำกัดในการเดินทาง การใช้เทคโนโลยีช่วยลดอุปสรรคทางภูมิศาสตร์และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้ Digital Health ในระบบสุขภาพสมัยใหม่ ทั้งนี้ในด้านคุณภาพของการดูแลและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลที่ดีเยี่ยม โดยครอบครัวที่ได้ทำ Family meeting ร้อยละ 95.47 การให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร้อยละ 90.28 และผู้ป่วย Good death ร้อยละ 95.73 ตัวชี้วัดเหล่านี้สะท้อนถึงการดูแลที่เป็นองค์รวมและให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลชีวาภิบาล อัตราผู้ป่วย Good death ที่สูงถึงร้อยละ 95.73 เป็นตัวชี้วัดสำคัญประการหนึ่งที่สะท้อนผลลัพธ์ของการจัดระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากสะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนสามารถผ่านช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตไปได้อย่างสงบและมีเกียรติ สอดคล้องกับแนวคิดของ World

Health Organization[6] ที่เน้นว่าเป้าหมายสุดท้ายของการดูแลชีวาภิบาลคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ศูนย์ชีวาภิบาลเป็นกลไกขับเคลื่อนไปประยุกต์ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยปรับองค์ประกอบและกระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบท ทรัพยากร และความพร้อมของแต่ละพื้นที่

2. ควรพัฒนาระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายชุมชน เพื่อสนับสนุนการติดตามผลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนาสมรรถนะของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Project Manager, Case Manager บุคลากรระดับปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และครอบครัว

4. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้การออกแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการติดตามผลในระยะยาว รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และความคุ้มค่าของระบบบริการ

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้วิจัยทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานการประชุมผู้บริหารระดับสูง การถอยเพื่อทบทวน (Retreat). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). การคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567). ข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ประจำปี 2566–2567. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2567. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
6. World Health Organization. (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization.
7. กิตติยา วงษ์ขันธ์. (2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2566 จาก http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2018072012262188.pdf
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024. นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ.
9. Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nambiar, V., Carrasco, J. M., Murtagh, F. E. M., et al. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 byworld regions, age groups, and health conditions. The Lancet Global Health, 7(7), e883–e892.
10. Murray, E., Ferguson, J., Vincent, C., Walshe, K., & Braithwaite, J. (2020). The role of care coordination in the governance of health systems: Improving continuity and bridging service gaps. Health Policy, 124(9), 1021–1028.

11. Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnaghar, S., et al. (2020). Reducing serious health-related suffering: A key to achieving the Sustainable Development Goals. Journal of Pain and Symptom Management, 59(2), e2–e6.
12. วศิน รัตนพิบูลย์, กาญจนา ธรรมไชย, & ศิริวรรณ กาญจนสุต. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายแบบในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 38(3), 24–36.
13. สุพรรณี อาจฤทธิ์, และคณะ. (2564). การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุม

A Development of Nursing Care Model for Sepsis Patients, Wapipathum Hospital.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สุพรรษา คุณแก้ว[1]
Supunsa Khunkaew

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและทบทวน ระยะที่ 4) การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 83 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ (W-S-NEWS) 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4) แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ประเมิน W-S-NEWS Score ไม่ถูกต้อง ไม่มีการค้นหาตำแหน่งติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงครบทุกราย รูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ ระยะก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ระยะวิกฤตและการพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง หลังใช้รูปแบบพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลถูกต้องเพิ่มขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This research and development aimed to develop and study the outcomes of a sepsis patient care model Wapi Pathum Hospital Maha Sarakham Province. The research was conducted in 4 phases: 1) situation study, 2) model development, 3) trial and review 4) evaluation. The sample consisted of 2 groups: 83 Sepsis patients. Tools. 1) Patient Care Guide 2) W-S-NEWS: Wapipathum-Sarakham Nation Early warning Score Form 3) Care Plan 4) care plan compliance check form and 5) multidisciplinary team interview form. Data were collected from October 2021 to March 2023. Data was analyzed by frequency distribution, percentage, mean, comparison of mean differences with Paired t-test. Qualitative data were used for content analysis.

The results of the study on the nursing situation of patients with sepsis in the bloodstream found that nursing was varied practices, incomplete recording of patient data, inaccurate assessment of W-S-NEWS Score, noassessment for infection sites in risk patients. Nursing care model for sepsis patients included nursing care for patients in the early stages, continuous care period, and before patient discharge. The results of after using themodel, nurse's knowledge increased, accuracy perform nursing activities increased There was a statistically significant result in nursing care for patients with antibiotic in 1 hour ($p < 0.05$). The nurses were satisfied with the model.

Keywords: Nursing care model, sepsis patients

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวาปีปทุม

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรโลก ในปีพ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง48.9 ล้านคนและเสียชีวิตถึง 11 ล้านคน[1] ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด175,000 รายต่อปี เสียชีวิต 45,000 รายต่อปี ในปี 2564 และ 2565 มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 34.65 และ 32.46 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือร้อยละ 30[2] ทั้งนี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะของโรคที่มีความซับซ้อน ไม่มีอาการอาการแสดงหรือการทดสอบใดที่มีความไวจำเพาะในการวินิจฉัยที่ถูกต้องร้อยเปอร์เซ็นต์[3] ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรค แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อกระแสเลือดยังคงสูงเนื่องจากการวินิจฉัยทำได้ยาก ผู้ป่วยมีอาการแสดงที่แตกต่างกัน ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลได้มีการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาและรณรงค์ให้ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Surviving Sepsis Campaign: SSC) สำหรับการรักษาเริ่มแรก และมีการปรับปรุงทุก 4 ปี ซึ่งแนวทางจากการรักษานี้เน้นการช่วยชีวิตเบื้องต้น และการดูแลใน 24 ชั่วโมง โดยในปี 2018 มีการปรับเป้าหมายการรักษาโดยลดระยะเวลาจาก 6 ชั่วโมง ให้เหลือเพียง 1 ชั่วโมง มีแนวปฏิบัติการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับการประเมินค่าแลคเตทในเลือด การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ การดูแลและการให้ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์อย่างกว้าง การดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม หากพบว่ามีภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือค่าแลคเตทในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 มิลลิโมลต่อลิตร[2]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุม เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยอายุรกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แม้ว่าจะมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย แต่จากรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2562 - 2564 พบผู้ป่วย 91, 105 และ 32 ราย เสียชีวิต 2, 5 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.19,4.76, และ 12.50 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลพบว่า อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น[4] จากการทบทวนเวชระเบียนในปี 2564 พบว่า การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง การติดตามดูแลผู้ป่วยตามคะแนน W-S-NEWS Score การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อพบการปนเปื้อน การประสานข้อมูลการพยาบาลดูแลผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความล่าช้าในการรายงานแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด

ความปลอดภัยจากการติดเชื้อเป็นหนึ่งในนโยบาย 3P safety ที่มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพบริการที่สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และความปลอดภัยถือเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลวาปีปทุม ถึงแม้ว่าจะได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับเข้าสู่กระบวนการรักษาในหอผู้ป่วยขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยมีกิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรที่แตกต่างกัน ไม่มีแผนงานหรือกิจกรรมรองรับในด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพไม่ชัดเจน ประกอบกับการปฏิบัติการพยาบาล ต้องอาศัย

ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และทักษะของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล และยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดอย่างเป็นระบบ จึงเป็นการยากที่จะตัดสินคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ อีกทั้งปัญหาการหมุนเวียนอัตรากำลังของพยาบาลและมีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ทำให้การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง เกิดความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และการประเมินซ้ำตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า[4] ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุม ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการเพิ่มศักยภาพ พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว อันจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงในที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม

3.เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวนทั้งหมด 170 คน ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2564-เมษายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 83 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีผลตรวจร่างกายพบ W-S-NEWS score ≥ 4 และ 3) ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นที่ได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาก่อน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ตั้งแต่แรกรับ 3) ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย และ 4) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนได้รับการรักษา

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ ระยะก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ระยะวิกฤต รวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบเก็บข้อมูลศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วย และ

ปัจจัยที่สนับสนุนให้การพยาบาลผู้ป่วยประสบความสำเร็จ

2.2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ประสบการณ์การอบรมด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ ให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน กำหนดช่วงระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย (0-8 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง/มาก (17-24 คะแนน)

2.3) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ ระยะก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ระยะวิกฤต รวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่องลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรส่วน 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้อง/ครบถ้วน (1คะแนน) ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

2.4) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลวาปีปทุม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ แหล่งติดเชื้อ โรคร่วม และผลลัพธ์การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 1) การได้รับเจาะเลือดส่งตรวจค่าแลคเตทในเลือด 2) การได้รับเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 3) การได้รับยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย 4) การได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำ crystalloid fluid 30 ml/kg (กรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5) อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2.5) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 8 ข้อ ได้แก่ 1. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน 2. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย 3. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น 4. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน 5. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน 6. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความประหยัด คุ้มค่า คุ้มทุน 7. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยให้การบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น 8. ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยพยาบาลตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แบ่งระดับความพึงพอใจ เป็นระดับ 1 คือ พอใจน้อยที่สุด ระดับ 2 คือ พอใจน้อย ระดับ 3 คือ พอใจปานกลาง ระดับ 4 คือ พอใจมาก และระดับ 5 คือ พอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ดำเนินการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน อาจารย์แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 ท่าน แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index: CVI) =1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มี 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน มีนาคม 2565 ดำเนินการสำรวจสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2565 ดำเนินการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบร่วมกับทบทวนข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสร้างร่างรูปแบบ พร้อมทั้งสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับปรับรูปแบบวางแผนในการดำเนินการ นำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ สำรวจการปฏิบัติของพยาบาล พร้อมกับบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบ โดยมีกิจกรรมการประเมินความรู้ก่อนใช้รูปแบบ การให้ความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 3 ขั้นการนำรูปแบบไปใช้และทบทวน ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือน สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคล พร้อมกันนั้นให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดไว้ การติดตาม ตรวจเยี่ยม การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทุกระยะของกิจกรรมการพยาบาล พร้อมกับมีการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย บันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินความรู้และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2566 คณะผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม เพื่อนำไปขับเคลื่อนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปข้อคิดเห็นจากการระดมสมองพยาบาลวิชาชีพ เพื่อร่วมกันออกแบบรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ประกอบด้วย 2.1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์และบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และ 2.2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Paired Samples t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ และค่าสถิติ Fisher exact probability test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวาปีปทุม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เมื่อวันที่ 14 กันยายนพ.ศ. 2566 เลขที่ 28/2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม

จากการสำรวจพบว่า โรงพยาบาลวาปีปทุม มีการนำแนวปฏิบัติของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตั้งแต่แรกรับถึงการเข้าสู่กระบวนการรักษาในหอผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยมีกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรที่แตกต่างกัน และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและทบทวนรูปแบบเดิมพบว่า การกำหนดหลักเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง การติดตามดูแลผู้ป่วยตามคะแนน W-S-NEWS Score การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อพบการปนเปื้อน การประสานและส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่องและพบการปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกต้อง เช่น บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ประเมิน W-S-NEWS Score และการเจาะเลือดไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่ารูปแบบการพยาบาลเดิม ยังไม่ความชัดเจนในการระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละระยะการบันทึกและการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม

จากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 จึงได้มีการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยในชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยในหญิง และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ รวมจำนวน 4 คน ร่วมกันสรุปสถานการณ์สังเคราะห์แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย(2558) และ Surviving Sepsis Campaign Guideline (SSC 2021)กำหนดผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาความรู้ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยกำหนดแผนงานการนำรูปแบบไปใช้ในระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือน เมษายน 2565 หลังจากนั้นกำหนดรูปแบบใหม่ และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบกับแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมโรงพยาบาลวาปีปทุม และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลรวมจำนวน 2 คน หลังจากนั้นนำรูปแบบมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ครอบคลุม 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ แบ่งเป็น ระยะก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและระยะวิกฤต 2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการได้รูปแบบได้มีการจัดประชุมพยาบาลแจ้งทุกหน่วยงาน ทุกหอผู้ป่วย เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ชี้แจงนโยบายและแจ้งแนวปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ทุกหอผู้ป่วยใน มอบหมายให้เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบหลักโดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผู้ป่วยจำหน่ายและส่งรายงานภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป ส่งใน Google Sheet โดยมีผู้รับผิดชอบหลักตึกละ 2 คน

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม

ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบมาใช้ประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ความพึงพอใจต่อรูปแบบของพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.81 ปี (S.D.=8.07) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.77 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.12±6.04 โดยทุกคนเคยมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 100 และเคยมีประสบการณ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 95.55 ผลการประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังใช้รูปแบบพบว่า ค่าสถิติ t= -20.934 และค่า p-value <. 001แสดงว่า คะแนนความรู้ก่อนและ

หลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=14.49, S.D.=2.81) และหลังใช้รูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=19.97, S.D.=1.96)

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเทียบกับเกณฑ์ที่ต้องมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 90 โดยใช้สถิติทดสอบ One-sample T test พบว่า ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวนรวมทั้งสิ้น 45 คน มีผลรวมความพึงพอใจทุกด้านเฉลี่ยร้อยละ 97.77 ($\bar{X}$=4.88, SD=0.17; p<.001) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่พยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เฉลี่ยร้อยละ 99 ($\bar{X}$=4.95, SD=0.21; p<.001) 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน เฉลี่ยร้อยละ 98.22($\bar{X}$=4.91, SD=0.28; p<.001) และ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยร้อยละ 98.22 ($\bar{X}$=4.91, SD=0.28, p<.001)

3.3 ผลลัพธ์การพยาบาลด้านผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.87 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 63.71 ปี แหล่งติดเชื้อส่วนใหญ่พบที่ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 47.16 และมีโรคร่วม ร้อยละ 60.34 หลังใช้รูปแบบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.08 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.15 แหล่งติดเชื้อส่วนใหญ่คือที่ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 44.44 และมีโรคร่วมร้อยละ 76.27 ผลลัพธ์การพยาบาลด้านผู้ป่วย พบว่าหลังใช้รูปแบบโดยรวมเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ทั้งในด้านอัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจค่าแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 57.50 เป็นร้อยละ 93.97 อัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 100.00 อัตราการได้รับการบริหารยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย จากร้อยละ 93.75 เป็นร้อยละ 100 อัตราการได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำ crystalloid fluid 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 85.00 เป็นร้อยละ 98.79 นอกจากนี้พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้รูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังใช้รูปแบบมีอัตราการเสียชีวิตลดลงเป็น ร้อยละ 2.40

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีปัญหาและอุปสรรคด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพไม่ถูกต้องและครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา ของ อุไรวรรณ วิลัยรัตน์ (2561) พบว่าสภาพการการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา มีแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ทั่วถึง การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากการศึกษา

สถานการณ์ข้างต้นนำมาสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลวาปีปทุม ประกอบด้วยการพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ แบ่งเป็น ระยะก่อนเข้าสู่ภาววิกฤตและระยะวิกฤต 2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง เนื่องด้วยกระบวนการวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระยะการพยาบาล ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมเสนอปัญหาความต้องการและร่วมปฏิบัติ จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ความปลอดภัย ที่ถือเป็นหลักสำคัญของการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตลอดจนการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาล ด้วยประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงทำให้มีการนำหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างหลากหลาย อาทิ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังสามหมอจังหวัดอุดรธานีของ วันวิสาข์ สุวรรณ[6]

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ช่วยพัฒนาความรู้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วย เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปแนวทางเดียวกัน เนื่องด้วยการพัฒนารูปแบบทุกระยะเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ร่วมรับรู้ถึงผลของการพัฒนารูปแบบร่วมกัน ดังนั้น จึงส่งผลให้บุคลากรพยาบาลที่ใช้รูปแบบนี้ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันวิสาข์ สุวรรณ[6] พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้รูปแบบมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเมินว่ารูปแบบสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเดียวกันในหน่วยงาน พัฒนาทักษะ และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ด้านความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้รูปแบบพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยกระบวนการวิจัยนี้ได้นำแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย มากำหนดกิจกรรมการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มุ่งเน้นให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกระดับ ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้รูปแบบ มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันวิสาข์ สุวรรณ[6] ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังสามหมอด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่าหลังดำเนินการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 40.9 เป็นร้อยละ 86.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าหลังใช้รูปแบบโดยรวมเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งในด้านอัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจค่า แลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 57.50 เป็นร้อยละ 93.97 อัตราการได้รับการเจาะเลือด ส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 100.00 อัตราการได้รับการบริหารยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยจากร้อยละ 93.75 เป็นร้อยละ 100 อัตราการได้รับ

การดูแลให้ได้รับสารน้ำ crystalloid fluid 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 85.00 เป็นร้อยละ 98.79 นอกจากนี้พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้รูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบนี้ ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้ ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำการติดตามตรวจเยี่ยมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวันทุกระยะของกิจกรรมการพยาบาล จึงมีผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชญพันธุ์ จันทระและคณะ[7] พบว่า การพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เป็นไปตามเป้าหมายคือ มีการส่งแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 95.90 การเจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด ก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 98.60 การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวางภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 95.90 อัตราการได้รับสารละลาย crystalloid fluid ภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 93.10 การได้รับ vasopressor คิดเป็นร้อยละ 80.80 ผลลัพธ์ของปฏิบัติตาม 1-hour Sepsis Bundle ได้แก่ การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 16.40 และพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 28.80 สรุปการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

มีการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ และจัดให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับเชื่อมโยงประสานกับเครือข่ายชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมตามสถานการณ์

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้วิจัยทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). WHO calls for global action on sepsis - cause of 1 in 5 deathsworldwide. Retrieved from: https://www.who.int/news/item/08-09-2022- who-calls-for-global-actionon-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). KPI 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

3. Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., et al. (2021). Surviving sepsiscampaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Critical CareMedicine, 49(11), 1063-1143.
4. เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลวาปีปทุม. (2565). เวชระเบียนสถิติผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มีภาวะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) โรงพยาบาลวาปีปทุม. มหาสารคาม: โรงพยาบาลวาปีปทุม. (เอกสารอัดสำเนา).
5. อุไรวรรณ วิลัยรัตน์ เรณุการ์ ทองคำรอด และนุสรา ประเสริฐศรี (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา.วารสารพยาบาลทหารบก.,24(1), 378-387.
6. วันวิสาข์ สุวรรณ. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังสามหมอจังหวัดอุดรธานี. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี.
7. พิชญพันธุ์ จันทระและคณะ.(2565). ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า, 5(3), 68-82.

กระบวนการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะและราคากลางของคณะกรรมการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางในการจัดซื้อตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560

The process of developing an understanding regarding the determination of technical specifications and reference prices by the committee responsible for such tasks under the Government Procurement and Supplies Management Act, 2017.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สุทธิกานต์ ศุภวาสน์[1]
Suttikan Suphawas[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจและปัญหาในการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง พัฒนากระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจของคณะกรรมการจัดซื้อภาครัฐ และประเมินผลการพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจ ความพึงพอใจ และความครบถ้วนของเอกสาร เป็นการสาธิตการวิเคราะห์ตามกรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ชุดข้อมูลจำลองของคณะกรรมการจำนวน 50 คน กำหนดกรอบระยะเวลาดำเนินงานเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2569 กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนา การประชุมค้นหาปัญหา การออกแบบกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกจัดทำร่างขอบเขตของงานและเอกสารประกอบราคากลาง การตรวจทานปรับปรุงผลงาน และการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ และการจัดหมวดหมู่ประเด็นปัญหา

ผลการศึกษา: จากชุดข้อมูลจำลอง พบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเฉลี่ยก่อนการพัฒนาเท่ากับ 11.10 คะแนน (S.D. = 2.47) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 16.62 คะแนน (S.D. = 1.66) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.52 คะแนน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(49) = 17.128$, $p < .001$) กระบวนการพัฒนาจำแนกประเด็นสำคัญได้ 8 ประเด็น และออกแบบกิจกรรมฝึกปฏิบัติและตรวจทานผลงาน 2 ครั้ง ในชุดข้อมูลจำลองมีข้อเสนอแนะที่ได้รับการปรับปรุงจำนวน 15 จาก 18 รายการ คิดเป็นร้อยละ 83.33 ความครบถ้วนของร่างขอบเขตของงานและเอกสารประกอบราคากลางตามรายการตรวจสอบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.00 ในระยะตั้งต้น เป็นร้อยละ 72.00 ภายหลังการฝึกปฏิบัติครั้งที่ 1 และร้อยละ 92.00 ภายหลังการปรับปรุงครั้งที่ 2 ขณะที่คะแนนความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย 4.43 คะแนน (S.D. = 0.38) อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ; คุณลักษณะเฉพาะ; ราคากลาง; ร่างขอบเขตของงาน; ข้อมูลจำลอง

Abstract

This study aimed to examine baseline knowledge and problems related to technical specification and reference price preparation, develop an action research-based learning process, and demonstrate the evaluation of knowledge, satisfaction, and document completeness. This simulation-based manuscript applied an action research framework to a synthetic dataset representing 50 procurement committee members. The illustrative study period was October 2025 to September 2026. The proposed intervention included baseline assessment, participatory problem identification, two practical workshops involving terms of reference (TOR) drafting and document review, feedback-based revision, and outcome evaluation. Descriptive statistics, paired-samples t-tests, and thematic categorization of simulated problem records were used.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Results: In the synthetic dataset, mean knowledge scores increased from 11.10 (SD = 2.47) to 16.62 (SD = 1.66) out of 20 points, with a mean paired difference of 5.52 points ($t(49) = 17.128$, $p < .001$). Eight development priorities informed two workshop activities. Fifteen of 18 simulated revision recommendations (83.33%) were addressed. The proportion of document assessment items meeting predefined criteria increased from 52.00% at baseline to 72.00% after the first workshop and 92.00% after the second workshop. Overall simulated satisfaction was high (mean = 4.43, SD = 0.38).

Keywords: action research; public procurement; technical specifications; reference price; terms of reference; synthetic data

บทนำ

การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินภารกิจและการให้บริการสาธารณะของหน่วยงานของรัฐ โดยการใช้จ่ายงบประมาณในการจัดซื้อพัสดุต้องคำนึงถึงความคุ้มค่า ความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และความสามารถในการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 กำหนดหลักการจัดซื้อจัดจ้างที่มุ่งให้หน่วยงานของรัฐได้รับพัสดุที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การใช้งาน และมาตรา 9 กำหนดให้การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุต้องคำนึงถึงคุณภาพ เทคนิค และวัตถุประสงค์การจัดซื้อจัดจ้าง พร้อมทั้งกำหนดข้อจำกัดเกี่ยวกับการระบุคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกับยี่ห้อหรือผู้ขายรายใดรายหนึ่งโดยเฉพาะ[1]

นอกจากนี้ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดขั้นตอนและผู้รับผิดชอบในการจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้าง รวมถึงการกำหนดหลักเกณฑ์ประกอบการพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ (2) จึงเห็นได้ว่าการจัดทำร่างขอบเขตของงาน (Terms of Reference: TOR) มิได้เป็นเพียงการเขียนรายละเอียดพัสดุตามความต้องการของหน่วยงานเท่านั้น แต่ต้องพิจารณาความเหมาะสมของข้อกำหนด ความชัดเจนของข้อมูลและเอกสารสนับสนุน และความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ที่ใช้บังคับในแต่ละกรณี

ในระดับสากล องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) ให้ความสำคัญกับระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐที่มีความโปร่งใส มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และมีระบบประเมินผลและกำกับดูแลที่เหมาะสม (3) ประเด็นดังกล่าวสะท้อนว่าการยกระดับคุณภาพการจัดซื้อจัดจ้างจำเป็นต้องดำเนินการทั้งด้านกฎหมาย กระบวนการบริหารจัดการ และสมรรถนะของบุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ Changalima และ Mdee [4] เกี่ยวกับทักษะด้านการจัดซื้อจัดจ้างและผลการปฏิบัติงานในองค์การภาครัฐ พบว่าทักษะด้านการจัดซื้อจัดจ้างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน และการวางแผนจัดซื้อจัดจ้างมีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่านความสัมพันธ์ดังกล่าว ขณะที่ Mwagike [5] ศึกษาบุคลากรจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐและพบว่าสมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน ทั้งสองการศึกษาสะท้อนความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะในการวิเคราะห์และเตรียมการจัดซื้อจัดจ้างอย่างเป็นระบบ

การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางเป็นภารกิจที่มีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากผู้รับผิดชอบต้องนำหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ร่วมกับการพิจารณาความจำเป็นในการจัดซื้อ การกำหนดคุณสมบัติที่เหมาะสมของพัสดุ การตรวจสอบข้อมูลประกอบราคากลาง และการจัดทำเอกสารให้ครบถ้วน หากมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจหรือขาดกระบวนการตรวจทานที่เป็นระบบ อาจส่งผลให้

ข้อกำหนดไม่ชัดเจน เอกสารประกอบไม่ครบถ้วน หรือเกิดความจำเป็นต้องแก้ไขร่าง TOR ก่อนดำเนินการจัดซื้อ ซึ่งการพัฒนาความเข้าใจด้วยการให้ความรู้จากการบรรยายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการนำความรู้ไปใช้ในการจัดทำเอกสารที่มีรายละเอียดแตกต่างกันตามประเภทของพัสดุ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้คณะกรรมการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนหลักเกณฑ์ ฝึกจัดทำร่าง TOR และตรวจทานข้อบกพร่องจากผลงานของตนเอง โดยใช้ข้อเสนอแนะและผลการประเมินเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกรอบที่เหมาะสมต่อการออกแบบกระบวนการพัฒนาดังกล่าว เนื่องจากให้ความสำคัญกับการศึกษาปัญหาจากบริบทการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา และการสะท้อนผลเพื่อนำไปปรับปรุงการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายให้กระบวนการพัฒนาตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นของผู้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง

การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กรอบการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางของคณะกรรมการจัดซื้อภาครัฐ โดยนำข้อมูลมาจัดทำกระบวนการศึกษาปัญหาก่อนการพัฒนา ออกแบบกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ และประเมินผลทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ความพึงพอใจ และความครบถ้วนของผลงาน เพื่อแสดงรูปแบบการวิเคราะห์และการรายงานผลที่สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับการศึกษาภาคสนามในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางของคณะกรรมการจัดซื้อภาครัฐ
2. เพื่อพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางของคณะกรรมการจัดซื้อภาครัฐโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
3. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนาความเข้าใจด้านความรู้ความเข้าใจ ความพึงพอใจ และความครบถ้วนของร่าง TOR และเอกสารประกอบการกำหนดราคากลาง

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการการวิเคราะห์ตามกรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และคณะ [6] ซึ่งให้ความสำคัญกับการศึกษาปัญหา การวางแผนพัฒนา การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผลเพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกำหนดสถานการณ์ให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาความเข้าใจของคณะกรรมการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางในการจัดซื้อภาครัฐ

กรอบระยะเวลาการกำหนดตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2569 รวม 12 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาก่อนการพัฒนา ระยะที่ 2 การพัฒนาความรู้และฝึกจัดทำเอกสารผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 การตรวจทานและปรับปรุงผลงานผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 และระยะที่ 4 การประเมินผลและสังเคราะห์แนวทางพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกรอบการวิจัย ได้แก่ บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางในการจัดซื้อภาครัฐ สำหรับการกำหนดชุดข้อมูลสังเคราะห์รายบุคคล จำนวน 50 ราย โดยใช้รหัสข้อมูลสำหรับการเชื่อมโยงคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน กำหนดให้ตอบถูกได้รับ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกได้รับ 0 คะแนน 2) แบบประเมินความพึงพอใจมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ 3) แบบ

ตรวจสอบความครบถ้วนของร่าง TOR และเอกสารประกอบราคากลาง จำนวน 10 ประเด็น และ 4) แบบบันทึกปัญหาและข้อเสนอแนะจากกิจกรรมการตรวจทานและปรับปรุงเอกสาร

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ และผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.74

แบบตรวจสอบความครบถ้วนของร่าง TOR ครอบคลุมความเป็นมาและความจำเป็นในการจัดซื้อ วัตถุประสงค์ รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ ความเหมาะสมของข้อกำหนด องค์ประกอบของ TOR แหล่งข้อมูลประกอบราคากลาง การสรุปและตรวจสอบข้อมูลราคา เงื่อนไขการส่งมอบ เงื่อนไขการตรวจรับ และเอกสารอ้างอิงหรือหลักฐานสนับสนุน โดยกำหนดผลการตรวจแต่ละรายการเป็นผ่านหรือไม่ผ่านเกณฑ์

การประเมินเอกสารกำหนดให้มีจำนวน 5 ชุด ชุดละ 10 รายการตรวจสอบ รวม 50 รายการต่อระยะการประเมิน ซึ่งเป็นจำนวนรายการตรวจสอบระดับผลงานกลุ่ม ไม่ใช่จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ เกณฑ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือการประเมินความครบถ้วนขององค์ประกอบเอกสาร ไม่ใช่เครื่องมือรับรองความถูกต้องทางกฎหมายของเอกสารจัดซื้อ

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนา กำหนดให้มีการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความรู้ความเข้าใจ ตรวจสอบร่าง TOR ตั้งต้น และจัดประชุมกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข โดยใช้ข้อมูลจากทั้งสามแหล่งร่วมกันในการวิเคราะห์ประเด็นที่ต้องพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาความรู้และฝึกปฏิบัติ กำหนดกิจกรรม Workshop ครั้งที่ 1 ให้ผู้เข้าร่วมทบทวนหลักเกณฑ์ วิเคราะห์กรณีศึกษาการจัดซื้อและร่วมกันจัดทำร่าง TOR พร้อมเอกสารประกอบราคากลาง โดยกำหนดกรณีศึกษาจำนวน 5 กรณี ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์สำนักงาน เครื่องพิมพ์เอกสาร เครื่องสแกนเอกสาร เครื่องสำรองไฟฟ้า และเครื่องปรับอากาศพร้อมติดตั้ง

การจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (7) โดยเชื่อมโยงการเรียนรู้เชิงหลักการ การฝึกใช้ความรู้ในสถานการณ์ที่กำหนด และการทบทวนผลจากการปฏิบัติ ทั้งนี้ การออกแบบกิจกรรมยังคำนึงถึงหลักการพัฒนาบุคลากรของ Salas และคณะ[8] ซึ่งเน้นความสอดคล้องระหว่างความจำเป็นในการฝึกอบรม กิจกรรมการเรียนรู้ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับงาน

ระยะที่ 3 การตรวจทานและปรับปรุงผลงาน กำหนดกิจกรรม Workshop ครั้งที่ 2 ให้นำร่าง TOR และเอกสารประกอบราคากลางจากกิจกรรมครั้งแรกมาตรวจสอบร่วมกัน วิเคราะห์ข้อบกพร่อง จัดทำข้อเสนอแนะ ปรับปรุงเอกสาร และตรวจทานซ้ำ โดยใช้เกณฑ์ตรวจสอบความครบถ้วนชุดเดียวกัน

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสังเคราะห์ข้อค้นพบ กำหนดให้มีการประเมินความรู้ความเข้าใจหลังการพัฒนา ประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารฉบับปรับปรุง และสังเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาก่อนการพัฒนา กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ที่ได้จากชุดข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

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

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาก่อนการพัฒนา จากชุดข้อมูลจำนวน 50 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.00 มีอายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 42.00 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.00 และปฏิบัติหน้าที่เป็นกรรมการ ร้อยละ 70.00 โดยร้อยละ 58.00 กำหนดให้เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง

ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนการพัฒนาพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 11.10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (S.D. = 2.47) คิดเป็นร้อยละ 55.50 ของคะแนนเต็ม โดยประเด็นที่มีสัดส่วนการตอบถูกค่อนข้างต่ำและเกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ ได้แก่ การกำหนดคุณลักษณะเฉพาะกรณีผลิตภัณฑ์จดทะเบียนกับกระทรวงอุตสาหกรรม ร้อยละ 44.00 การกำหนดเงื่อนไขหนังสือแต่งตั้งตัวแทนจำหน่าย ร้อยละ 52.00 และการกำหนดเงื่อนไขผลงานในการจัดซื้อหรือจ้างที่มิใช่งานก่อสร้าง ร้อยละ 54.00

ผลการตรวจสอบร่าง TOR ตั้งต้นจำนวน 5 ชุด จากสถานการณ์ พบว่ามีรายการผ่านเกณฑ์จำนวน 26 รายการ จากรายการตรวจสอบทั้งหมด 50 รายการ คิดเป็นร้อยละ 52.00 ขณะที่การประชุมกลุ่มค้นหาปัญหาจำนวน 5 กลุ่มสามารถจัดหมวดหมู่ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นปัญหาก่อนการพัฒนาและแนวทางการพัฒนาความเข้าใจ

ประเด็นปัญหา	จำนวนกลุ่ม	ร้อยละ	แนวทางการพัฒนา
ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และระเบียบไม่ชัดเจน	5	100	ทบทวนหลักเกณฑ์และวิเคราะห์กรณีศึกษา
รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะขาดความชัดเจน	4	80.00	ฝึกวิเคราะห์ความต้องการและกำหนดข้อกำหนด
การตรวจสอบแหล่งข้อมูลประกอบราคากลางไม่เป็นระบบ	4	80.00	ฝึกตรวจสอบข้อมูลราคาและหลักฐานสนับสนุน
องค์ประกอบ TOR และเอกสารประกอบไม่ครบถ้วน	3	60.00	ฝึกจัดทำ TOR โดยใช้ Checklist
การตรวจทานและการประสานงานมีข้อจำกัด	3	60.00	ตรวจทานและปรับปรุงผลงานร่วมกัน

จากตารางที่ 1 พบว่า ในชุดข้อมูล ประเด็นปัญหาที่ปรากฏในทุกกลุ่มคือความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และระเบียบที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมาคือความไม่ชัดเจนของรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและข้อจำกัดในการตรวจสอบแหล่งข้อมูลประกอบราคากลาง ซึ่งพบเท่ากันร้อยละ 80.00 ขณะที่ความไม่ครบถ้วนของ TOR และข้อจำกัดด้านการตรวจทานเอกสารพบร้อยละ 60.00 เมื่อพิจารณาร่วมกับผลการทดสอบความรู้และผลการตรวจสอบร่าง TOR ตั้งต้น พบว่าข้อมูลทั้งสามส่วนสามารถนำมาใช้กำหนดความจำเป็นในการพัฒนาได้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะการจัดทำเอกสาร และกระบวนการตรวจสอบผลงาน โดยใช้ปัญหาที่ค้นพบเป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้และกิจกรรมฝึกปฏิบัติ

2. ผลการออกแบบกระบวนการพัฒนาความเข้าใจ

ผลการบูรณาการข้อมูลก่อนการพัฒนาสามารถจัดกลุ่มประเด็นสำหรับการออกแบบกิจกรรมได้จำนวน 8 ประเด็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและหลักเกณฑ์ การวิเคราะห์ความต้องการและคุณลักษณะเฉพาะ การกำหนดเงื่อนไขผู้ยื่นข้อเสนอ

การตรวจสอบแหล่งข้อมูลราคา การจัดทำเอกสารประกอบราคากลาง การกำหนดเงื่อนไขส่งมอบและตรวจรับ ความครบถ้วนของ TOR และการตรวจทานปรับปรุงผลงานอย่างมีส่วนร่วม

จากประเด็นดังกล่าว กำหนดให้มีกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เน้นการทบทวนหลักเกณฑ์และฝึกจัดทำเอกสาร ส่วนครั้งที่ 2 เน้นการตรวจทานข้อบกพร่องและปรับปรุงผลงานจากกิจกรรมครั้งแรก เพื่อให้สามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงของร่าง TOR และเอกสารประกอบราคากลางได้อย่างต่อเนื่อง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กระบวนการพัฒนาความเข้าใจ กิจกรรม และผลผลิตจากการฝึกปฏิบัติ (ข้อมูล)

ระยะ	กิจกรรมสำคัญ	ผลผลิตและผลประเมิน
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์	ประเมินความรู้ ตรวจ TOR ตั้งต้น ประชุมค้นหาปัญหา	ประเด็นปัญหาสำหรับออกแบบกิจกรรม 8 ประเด็น
ระยะที่ 2 Workshop ครั้งที่ 1	ทบทวนหลักเกณฑ์ วิเคราะห์กรณีศึกษา ฝึกจัดทำ TOR และหลักฐานราคา	ผู้เข้าร่วมตามสถานการณ์ 48 คน; TOR 5 ชุด; ผ่านเกณฑ์ 36/50 รายการ
ระยะที่ 3 Workshop ครั้งที่ 2	ตรวจทานข้อบกพร่อง กำหนดแนวทางแก้ไข ปรับปรุงและตรวจทานซ้ำ	ผู้เข้าร่วมตามสถานการณ์ 47 คน; แก้ไขข้อเสนอแนะ 15/18 รายการ; TOR ผ่านเกณฑ์ 46/50 รายการ
ระยะที่ 4 ประเมินและสังเคราะห์	ประเมินความรู้ ความพึงพอใจ และคุณภาพเอกสาร	ผลการเปรียบเทียบคะแนนและผลประเมินความครบถ้วนของ TOR

จากตารางที่ 2 พบว่า กระบวนการพัฒนาความเข้าใจในสถานการณ์มีลำดับการดำเนินงานที่เชื่อมโยงตั้งแต่การศึกษาปัญหาก่อนการพัฒนาไปสู่การฝึกปฏิบัติและการตรวจทานปรับปรุงผลงาน โดย Workshop ครั้งที่ 1 กำหนดให้มีการจัดทำร่าง TOR และเอกสารประกอบราคากลางจำนวน 5 ชุด ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการตรวจทานและปรับปรุงใน Workshop ครั้งที่ 2

เมื่อพิจารณาการติดตามข้อเสนอแนะจากการตรวจทานพบว่า มีข้อเสนอแนะที่ต้องปรับปรุงจำนวน 18 รายการ และกำหนดให้สามารถปรับปรุงได้จำนวน 15 รายการ คิดเป็นร้อยละ 83.33 โดยข้อเสนอแนะที่ยังคงเหลือเกี่ยวข้องกับข้อมูลประกอบราคากลาง เงื่อนไขการส่งมอบและตรวจรับ และความครบถ้วนของเอกสารสนับสนุน ประเด็นดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของการตรวจทานซ้ำและการติดตามข้อบกพร่องที่ยังไม่ได้ดำเนินการแก้ไขให้ครบถ้วน

3. ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการพัฒนา การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจใช้ชุดข้อมูลสังเคราะห์รายบุคคลจำนวน 50 รายที่มีคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาครบถ้วน โดยคะแนนเต็มของแบบทดสอบเท่ากับ 20 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการพัฒนา (ข้อมูล n = 50)

การประเมิน	n	Mean	S.D.	ผลต่างเฉลี่ย	95% CI	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	50	11.10	2.47	5.52	4.87–6.17	17.128	<.001
หลังการพัฒนา	50	16.62	1.66				

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจเฉลี่ยก่อนการพัฒนาเท่ากับ 11.10 คะแนน (S.D. = 2.47) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 16.62 คะแนน (S.D. = 1.66) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.52 คะแนน และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.87–6.17 คะแนน ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(49) = 17.128$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเทียบกับคะแนนเต็ม พบว่าก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 55.50 และหลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 83.10 เพิ่มขึ้น 27.60 จุดร้อยละ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลจากชุดข้อมูลสังเคราะห์ที่กำหนดขึ้นเพื่อการวิเคราะห์ ไม่ใช่หลักฐานว่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยจริงเพิ่มขึ้นและยังไม่สามารถนำไปสรุปผลเชิงสาเหตุของกิจกรรมได้

4. ผลการตรวจสอบความครบถ้วนของร่าง TOR และเอกสารประกอบราคากลาง ารประเมินความครบถ้วนของร่าง TOR ใช้แบบตรวจสอบจำนวน 10 ประเด็น กับเอกสารจำนวน 5 ชุด ในแต่ละระยะการประเมิน รวมจำนวนรายการตรวจสอบ 50 รายการต่อระยะ โดยกำหนดให้ V0 เป็นเอกสารตั้งต้น V1 เป็นเอกสารหลัง Workshop ครั้งที่ 1 และ V2 เป็นเอกสารที่ได้รับการตรวจทานและปรับปรุงหลัง Workshop ครั้งที่ 2

การประเมินมุ่งตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของจำนวนรายการที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งเป็นการประเมินระดับผลงานกลุ่ม มิใช่การประเมินทักษะรายบุคคล รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความครบถ้วนของร่าง TOR และเอกสารประกอบราคากลางทั้ง 3 ระยะ (ข้อมูล 5 ชุดเอกสาร)

องค์ประกอบการประเมิน	V0 ผ่าน (ชุด)	V1 ผ่าน (ชุด)	V2 ผ่าน (ชุด)
1. ความเป็นมาและความจำเป็นในการจัดซื้อ	3	4	5
2. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์การจัดซื้อ	2	4	5
3. ความครบถ้วนของรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ	3	4	5
4. ความเหมาะสมของข้อกำหนดที่ไม่จำกัดการแข่งขันอย่างไม่เหมาะสม	4	4	5
5. ความครบถ้วนขององค์ประกอบ TOR	2	3	4
6. ความเหมาะสมของแหล่งข้อมูลประกอบราคากลาง	2	3	4
7. การสรุปและตรวจสอบข้อมูลราคากลาง	3	4	5
8. ความชัดเจนของเงื่อนไขการส่งมอบ	2	3	4
9. ความชัดเจนของเงื่อนไขการตรวจรับ	3	4	4
10. ความครบถ้วนของเอกสารอ้างอิงและเอกสารสนับสนุน	2	3	5
รวมรายการที่ผ่านเกณฑ์	**26**	**36**	**46**
ร้อยละของรายการที่ผ่านเกณฑ์	**52.00**	**72.00**	**92.00**

จากตารางที่ 4 พบว่า ในชุดข้อมูล ร่าง TOR และเอกสารประกอบราคากลางตั้งต้นมีรายการผ่านเกณฑ์จำนวน 26 รายการ จาก 50 รายการ คิดเป็นร้อยละ 52.00 ภายหลัง Workshop ครั้งที่ 1 มีรายการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 36 รายการ คิดเป็นร้อยละ 72.00 และภายหลัง Workshop ครั้งที่ 2

เพิ่มขึ้นเป็น 46 รายการ คิดเป็นร้อยละ 92.00 โดยมีการเปลี่ยนแปลงระหว่าง V0 กับ V2 เพิ่มขึ้น 40.00 จุดร้อยละ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าระยะ V2 มีองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 5 ชุด จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นมาและความจำเป็น วัตถุประสงค์การจัดซื้อ รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ ความเหมาะสมของข้อกำหนด การสรุปและตรวจสอบข้อมูลราคากลาง และเอกสารอ้างอิงหรือเอกสารสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ยังมีองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 จาก 5 ชุด ได้แก่ ความครบถ้วนของ TOR แหล่งข้อมูลประกอบราคากลาง เงื่อนไขการส่งมอบ และเงื่อนไขการตรวจรับ จึงเป็นตัวอย่างของประเด็นที่ควรได้รับการตรวจทานและติดตามแก้ไขเพิ่มเติม ผลการตรวจสอบดังกล่าวแสดงความเปลี่ยนแปลงของความครบถ้วนตามรายการประเมินในชุดข้อมูลเท่านั้น ไม่สามารถใช้รับรองว่าร่าง TOR ทุกชุดมีความถูกต้องตามกฎหมาย หรือใช้แทนการประเมินคุณภาพของการจัดซื้อจริงได้

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลจากข้อมูลครั้งนี้มุ่งพิจารณาความเหมาะสมของกรอบการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง โดยเชื่อมโยงการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนา การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ การตรวจทานปรับปรุงผลงาน และผลการประเมินเข้ากับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ การเปรียบเทียบกับวรรณกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเหตุผลของการออกแบบกระบวนการ มิใช่การยืนยันว่าข้อมูลมีผลเชิงประจักษ์สอดคล้องกับงานวิจัยเหล่านั้น

การศึกษาปัญหาก่อนการพัฒนาและความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะ ผลการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนาจากชุดข้อมูลแสดงให้เห็นว่าข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางมีความเชื่อมโยงกันทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ ทักษะการวิเคราะห์ความต้องการ และความครบถ้วนของเอกสาร โดยการกำหนดกิจกรรมจากข้อมูลปัญหาหลายแหล่งช่วยให้สามารถจัดกลุ่มประเด็นพัฒนาได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะงาน

ข้อค้นพบในเชิงการออกแบบมีความสอดคล้องกับ Changalima และ Mdee [4] ซึ่งพบว่าทักษะด้านการจัดซื้อจัดจ้างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน และการวางแผนจัดซื้อจัดจ้างมีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่านความสัมพันธ์ดังกล่าว ประเด็นนี้สนับสนุนความสำคัญของการวิเคราะห์ความจำเป็นและวางแผนจัดซื้อก่อนการจัดทำรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ นอกจากนี้ ยังมีความสอดคล้องกับ Mwagike [5] ซึ่งพบว่าสมรรถนะบุคลากรจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน โดยผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนหลักการพัฒนาความรู้และทักษะควบคู่กัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Mwagike ไม่พบหลักฐานว่าการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านกฎระเบียบเป็นตัวแปรกำกับความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะบุคลากรกับผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ จึงไม่ควรสรุปว่าความรู้ด้านกฎหมายเพียงอย่างเดียวเพียงพอต่อการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณาร่วมกัน พบว่าการออกแบบกระบวนการพัฒนาควรให้ความสำคัญกับทั้งการเพิ่มความรู้ การฝึกใช้ความรู้ในการจัดทำเอกสาร และการจัดระบบตรวจสอบผลงาน โดยเฉพาะการวิเคราะห์ความต้องการจัดซื้อ การกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ และการจัดทำหลักฐานประกอบราคากลาง ซึ่งเป็นภารกิจที่ต้องใช้ทักษะหลายด้านร่วมกัน

กระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติและการมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาที่กำหนดในสถานการณ์ประกอบด้วยการทบทวนหลักเกณฑ์ การวิเคราะห์กรณีศึกษา การฝึกจัดทำ TOR และการนำผลงานกลับมาตรวจทานปรับปรุง โดยมีความสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และคณะ[6] ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาการปฏิบัติผ่านการมีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรมและการสะท้อนผลจากหลักฐาน นอกจากนี้ การให้ผู้เข้าร่วมทดลองจัดทำเอกสารและนำข้อบกพร่องกลับมาทบทวนยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ของ Kolb [7] ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้เกิดจากกระบวนการเชื่อมโยงประสบการณ์ การสะท้อนคิด การสร้างความเข้าใจเชิงแนวคิด และการทดลองประยุกต์ใช้ความรู้ ขณะเดียวกัน Salas และคณะ [8] ได้สังเคราะห์หลักฐานด้านการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการออกแบบการฝึกอบรมให้สัมพันธ์กับงาน การจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนการนำความรู้ไปใช้ ดังนั้น การใช้กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อและการจัดให้มีผลงาน TOR สำหรับตรวจทาน จึงเป็นแนวทางที่มีเหตุผลสนับสนุนในเชิงการออกแบบกิจกรรม อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมและการเรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์จริงจำเป็นต้องมีหลักฐานจากผู้เข้าร่วม เช่น บันทึกกิจกรรม ผลงานก่อนและหลังการปรับปรุง และข้อมูลการสะท้อนผล เพื่อยืนยันว่ากระบวนการที่ออกแบบสามารถนำไปใช้และเกิดการเรียนรู้ตามเป้าหมายได้จริง

การเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจและข้อจำกัดของการแปลผล ผลการวิเคราะห์คะแนนจากชุดข้อมูลสังเคราะห์พบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.52 คะแนน ผลดังกล่าวเป็นตัวอย่างการใช้สถิติแบบกลุ่มสัมพันธ์เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มตัวอย่างชุดเดียวกัน ในเชิงทฤษฎี การใช้กิจกรรมฝึกปฏิบัติและการทบทวนข้อบกพร่องมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb [7] และข้อสรุปด้านการออกแบบกิจกรรมฝึกอบรมของ Salas และคณะ [8] ซึ่งเน้นความสำคัญของการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงาน อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงของคะแนนจากการวัดก่อนและหลังเพียงกลุ่มเดียวไม่สามารถแยกผลของกิจกรรมออกจากปัจจัยอื่นได้ทั้งหมด เช่น ความคุ้นเคยกับแบบทดสอบ การเรียนรู้จากแหล่งอื่น และประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นในระหว่างช่วงการศึกษา อีกทั้งแบบทดสอบที่ใช้เป็นต้นแบบยังมีเนื้อหาบางส่วนเกี่ยวข้องกับงานก่อสร้าง และไม่ได้ครอบคลุมความสามารถในการจัดทำราคากลางโดยตรงอย่างเพียงพอ จึงควรตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือก่อนนำไปศึกษาภาคสนาม

การตรวจทานและการปรับปรุงคุณภาพเอกสาร ผลการประเมินความครบถ้วนของเอกสารจากสถานการณ์แสดงการเปลี่ยนแปลงของรายการผ่านเกณฑ์จากร้อยละ 52.00 เป็นร้อยละ 72.00 และร้อยละ 92.00 ตามลำดับของการพัฒนา ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นตัวอย่างของระบบติดตามคุณภาพผลงานผ่านการตรวจทานซ้ำด้วยเกณฑ์เดียวกัน กระบวนการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hattie และ Timperley [9] ซึ่งอธิบายว่าข้อมูลป้อนกลับมีบทบาทต่อการเรียนรู้และการปรับปรุงผลงาน โดยประสิทธิผลขึ้นอยู่กับความชัดเจนของข้อมูลและวิธีนำข้อเสนอแนะไปใช้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องในเชิงหลักการกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Ivers และคณะ [10] ซึ่งพบว่าการตรวจสอบพร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับสามารถสนับสนุนการปรับปรุงการปฏิบัติงานได้ แม้ขนาดของผลจะแตกต่างกันตามบริบทและรูปแบบการดำเนินงาน ทั้งนี้ งานวิจัยของ Ivers และคณะศึกษาในบริบทบริการสุขภาพ จึงควรใช้สนับสนุนกลไกการตรวจสอบและให้ข้อมูลป้อนกลับ ไม่ใช่ยืนยันประสิทธิผลของการตรวจทาน TOR โดยตรง เมื่อพิจารณาความครบถ้วนของเอกสารในชุดข้อมูล พบว่ายังมีองค์ประกอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์ครบทุกชุด ซึ่งแสดงให้เห็นความสำคัญของการติดตามข้อบกพร่องที่ยังคงเหลือ โดยเฉพาะเอกสารประกอบราคากลาง เงื่อนไขการส่งมอบและตรวจรับ และองค์ประกอบของ TOR ที่ต้องได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติม ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนรายการผ่านเกณฑ์ไม่ได้หมายความว่าร่าง TOR ทุกชุดมีความถูกต้องตามกฎหมายหรือมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จัดซื้อจริง เนื่องจากการรับรองความถูกต้องจำเป็นต้องพิจารณากฎหมาย ระเบียบ รายละเอียดพัสดุ และเงื่อนไขการจัดซื้อที่ใช้บังคับในแต่ละกรณี

ความพึงพอใจและการนำผลการเรียนรู้ไปใช้ ผลการประเมินความพึงพอใจจากชุดข้อมูลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.43 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุด

โดยรายการที่เกี่ยวข้องกับการนำผลงานฝึกปฏิบัติไปประยุกต์ใช้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งเป็นตัวอย่างการประเมินการรับรู้ของผู้เข้าร่วมต่อคุณค่าของกิจกรรม เมื่อพิจารณาตามแนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรมของ Kirkpatrick และ Kirkpatrick [11] พบว่าความพึงพอใจจัดอยู่ในมิติการประเมินปฏิกิริยาของผู้เข้าร่วม ซึ่งไม่สามารถนำมาใช้แทนการประเมินผลการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือผลลัพธ์ต่อองค์การได้โดยตรง ดังนั้น การประเมินกระบวนการพัฒนาจึงควรใช้ข้อมูลด้านความรู้และคุณภาพผลงานประกอบการวิเคราะห์ร่วมกัน นอกจากนี้ Blume และคณะ [12] ได้วิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการถ่ายโอนผลการฝึกอบรมไปสู่การปฏิบัติงาน และพบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคล แรงจูงใจ และสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงานมีความสัมพันธ์กับการนำผลการฝึกอบรมไปใช้ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนความจำเป็นของการจัดระบบให้คำปรึกษาและติดตามคุณภาพ TOR หลังการฝึกอบรม ไม่ใช่ประเมินเพียงความพึงพอใจทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาในอนาคตควรใช้ข้อมูลภาคสนามจากคณะกรรมการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางที่ปฏิบัติงานจริง โดยตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินความรู้ให้สอดคล้องกับการจัดซื้อและการกำหนดราคากลาง รวมทั้งจัดให้มีเครื่องมือตรวจสอบ TOR ที่กำหนดเกณฑ์การประเมินชัดเจนและเหมาะสมกับประเภทพัสดุ

2. ควรพัฒนากิจกรรมฝึกปฏิบัติที่ให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดทำเอกสาร และตรวจทานข้อบกพร่อง พร้อมติดตามผลการนำความรู้ไปใช้กับการจัดซื้อจริงในระยะยาว โดยแยกการประเมินระดับบุคคลออกจากการประเมินคุณภาพเอกสารระดับกลุ่ม และพิจารณารูปแบบการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

3. ในระดับหน่วยงาน ควรพิจารณาพัฒนาคู่มือหรือ Checklist สำหรับการจัดทำ TOR และเอกสารประกอบราคากลาง รวมทั้งจัดระบบทบทวนหลักเกณฑ์และตรวจทานเอกสารร่วมกัน เพื่อส่งเสริมการจัดทำเอกสารที่มีความชัดเจน ครบถ้วน และตรวจสอบย้อนกลับได้

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา กระบวนการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำคุณลักษณะและราคากลางของคณะกรรมการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะและราคากลางในการจัดซื้อตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพทุกท่าน เข้าร่วมโครงการวิจัย จากผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติงานทุกท่านจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://cpb.ddc.moph.go.th/ddc-pic/law/act-2560

2.กระทรวงการคลัง. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://cpb.ddc.moph.go.th/ddc-pic/law/reg-2560

3.Organisation for Economic Co-operation and Development. Recommendation of the Council on Public Procurement [Internet]. Paris: OECD; 2015 [cited 2026 Oct 23]. Available from: https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0411

4.Changalima IA, Mdee AE. Procurement skills and procurement performance in public organizations: the mediating role of procurement planning. Cogent Bus Manag. 2023;10(1):2163562. doi:10.1080/23311975.2022.2163562.

5.Mwagike LR. Staff competence and job performance of public procurement professionals: the moderating effect of procurement regulatory compliance. Int Rev Public Adm. 2025;30(2):136-155. doi:10.1080/12294659.2025.2463133.

6.Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014. doi:10.1007/978-981-4560-67-2.

7.Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.

8.Salas E, Tannenbaum SI, Kraiger K, Smith-Jentsch KA. The science of training and development in organizations: what matters in practice. Psychol Sci Public Interest. 2012;13(2):74-101. doi:10.1177/1529100612436661.

9.Hattie J, Timperley H. The power of feedback. Rev Educ Res. 2007;77(1):81-112. doi:10.3102/003465430298487.

10.Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(6). doi:10.1002/14651858.CD000259.pub3.

11.Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. 3rd ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.

12.Blume BD, Ford JK, Baldwin TT, Huang JL. Transfer of training: a meta-analytic review. J Manage. 2010;36(4):1065-1105. doi:10.1177/0149206309352880.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

Development of Nursing Guidelines for Psychiatric Patients with Violent Behavior in the Emergency Department, Pho Thong Hospital, Ang Thong Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สุรชัย สินธวาชีวะ[1]
Surachai Sindhawachiva[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ 3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ดำเนินการวิจัยตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (1998) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และตรวจสอบคุณภาพด้วยเครื่องมือ AGREE II ได้ค่าเท่ากับ 0.84 ระยะที่ 2 การทดลองใช้และปรับปรุงแนวปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพผ่านการทดลอง 2 รอบ จนได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ (ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า AGREE II เท่ากับ 0.91) และ ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 32 คน (แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 16 คน และกลุ่มทดลอง 16 คน) เก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าไคสแควร์ (Chi-square) และทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการจัดการความรุนแรงของบุคลากรหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.005 ความคิดเห็นของบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก อุบัติการณ์ความรุนแรงซ้ำในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม การบาดเจ็บของบุคลากรในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.005 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.58, S.D.=0.42) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.56, S.D.=0.45)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง, แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Abstract

The objectives of this quasi experimental research by two group design were to 1) study the nursing situation of psychiatric patients with violent behavior, 2) develop nursing practice guidelines for psychiatric patients with violent behavior, and 3) evaluate the outcomes of implementing these guidelines in the Emergency Department of Pho Thong Hospital, Ang Thong Province. The research process was conducted based on the National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1998) clinical practice guideline development framework, divided into three phases: Phase 1 Guideline Development, which involved focus group discussions with professional nurses and nurse aides, a literature search for evidence-based data, and quality appraisal using the AGREE II tool (yielding a score of 0.84); Phase 2 Guideline Implementation and Refinement, where the guidelines were trialed and revised through two cycles with professional nurses until finalized (with expert quality appraisal yielding an AGREE II score of 0.91); and Phase 3 Evaluation of Guideline Implementation, involving a sample group of 32 psychiatric patients with violent behavior (divided equally into 16 in the control group and 16 in the experimental group). Data were collected from December 1, 2025, to June 30, 2026, and analyzed using descriptive statistics, Chi-square, and t-test.

[1] โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

Results of the Research. The mean scores for personnel knowledge and skills in managing violence after implementing the guidelines were significantly higher than before implementation at the level of < 0.005. The overall opinion of the emergency department personnel regarding the feasibility of implementing the guidelines was at a high level. The incidence of recurrent violence in the experimental group was lower than that in the control group. Personnel injuries in the experimental group were significantly lower than those in the control group at the level of < 0.005. The overall satisfaction of personnel toward the nursing practice guidelines was at the highest level ($\bar{X}$=4.58,S.D.=0.42). The overall satisfaction of patients and caregivers toward the nursing practice guidelines was at the highest level ($\bar{X}$=4.56,S.D.=0.45).

Key word: Nursing Practice Guidelines, Psychiatric Patients with Violent Behavior, Emergency Department

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นบุคคลที่มีอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงและเพิ่มขึ้นในปีถัดไปคือ 1,080,512, 1,080,303 และ 1,129,404 คน ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยใหม่ปีละ 78,844, 86,590 และ 71,394 คน ตามลำดับ ทั้งนี้มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 55,143, 51,419 และ 52,639 คน ตามลำดับ[1] โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการมีความผิดปกติของสมองโดย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้กระบวนการคิด บุคลิกภาพโดยรวมและพฤติกรรม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ลักษณะสำคัญมีการแสดงออกของพฤติกรรมการรับรู้อารมณ์ที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของ ความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายใน ร่างกาย เช่น สารสื่อประสาทรวน พันธุกรรม หรือสารเสพติด ปัจจัยภายนอกที่มีสาเหตุมาจากความเครียด การเลี้ยงดู ครอบครัว การทำงาน องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกประมาณ 26 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนั้นและเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้คนรอบข้างประมาณ 24 ล้าน โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญปัญหาของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยมีรายงานจากกรมสุขภาพจิต ปี 2565 พบว่าประชากรไทยจำนวน 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต และมีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 400,000 คน หรือ ร้อยละ 0.8 ของประชากร[2] ผู้ป่วยจะมีลักษณะของพฤติพฤติกรรมรุนแรงแสดงให้เห็นได้ ทั้งความรุนแรงทางวาจา ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของคำพูด การคุกคาม การทำร้ายร่างกายตนเองหรือคนรอบข้าง การคุกคามทางเพศ การทำลายทรัพย์สิน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ตัวเองได้ ซึ่งพฤติกรรมรุ่งแรงเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง และจัดเป็น ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉินเหล่านี้มักจะมารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขด้วยพฤติกรรมความรุนแรง ข้อมูลกรมสุขภาพจิตรายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก และมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศไทย ผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉินเป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉินมีพฤติกรรมรุนแรงจึงเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

พฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ สังคม ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในชุมชน สูญเสียทั้งชีวิตและ ทรัพย์สินทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตเวชของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการโรงพยาบาลโพธิ์ทอง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 จำนวน 210 , 157 และ 119 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department: ED) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 จำนวน 8 , 15 และ 16 รายตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการรวบรวม อุบัติการณ์ ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า มีผลกระทบทั้งผู้ป่วย และบุคลากรที่ให้บริการ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยต่อบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยรายอื่น ตลอดจนทรัพย์สินของโรงพยาบาล ซึ่งวิธีการที่พยาบาลใช้จัดการกับผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ผ่านมาคือ การกำหนดให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแบบแผนที่เจ้าหน้าที่กำหนดโดยไม่มีการถามความสมัครใจและเมื่อสังเกตการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละครั้งพบว่า ลักษณะการสื่อสารกับผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่มีส่วนในการกระตุ้นอารมณ์ และทำให้ผู้ป่วยโกรธเพิ่มขึ้น และเมื่อไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ เจ้าหน้าที่จึงเพิ่มมาตรการการจัดการกับผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทไม่เพียงพอทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ส่วนหนึ่งประเมินระดับความรุนแรงไม่ได้ ยังพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่ คือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2567 และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) พ.ศ. 2567 ซึ่งอาจยังไม่เหมาะกับการปฏิบัติงานตามบริบทพื้นที่ รวมทั้งแนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมไม่ชัดเจน ครอบคลุม แยกส่วนขาดการเชื่อมโยงทั้งการพยาบาล และการประสานการทำงาน ซึ่งการจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ทักษะเฉพาะด้านจิตเวชฉุกเฉิน การประเมินภาวะความรุนแรง และการใช้แนวทางการพยาบาลที่มีมาตรฐาน อย่างไรก็ตามในหลายโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ยังขาดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ส่งผลให้บุคลากรมีความกังวลและลังเลในการดูแล อาจนำไปสู่ความล่าช้าในการรักษาและการจัดการสถานการณ์เฉพาะหน้าอย่างไม่เหมาะสม

จากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง พบว่ายังประสบปัญหาในหลายประการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่มีความรู้และ ทักษะในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทไม่เพียงพอทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม และผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือ และการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะพบในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลทางจิตเวช ซึ่งโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง สถานที่ปฏิบัติงานของผู้วิจัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ยังไม่พบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าผู้ ให้บริการมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (quasi experimental research by two group design)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย[4] ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยดำเนินการออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสถานการณ์การดูแลและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุมตัวอย่างถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด เนื่องจากเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ_แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ 1) สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) สถานการณ์การดูแลและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน_ใช้เวลาในการสนทนา กลุมประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดผู้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยผู้วิจัย ร่วมกับ พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 5 คน เป็นผู้พัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ JBI[5] ได้จำนวน 16 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะเผชิญเหตุ ระยะหลังเกิดเหตุ

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ AGREE II ได้เท่ากับ 0.84

ระยะที่ 2 ระยะทดลองแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็น**ขั้นตอนที่ 7** การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

กลุมตัวอย่างถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด เป็นพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 4 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เกณฑ์การคัดออก คือ กลุมตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย และ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมวิจัยได้ การเก็บรวบรวมข้อมูล_**ครั้งที่ 1** (เดือน ตุลาคม 2568) ให้พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการ

พยาบาล และปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 2) **ครั้งที่ 2** (เดือน พฤศจิกายน 2568) ให้พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล และปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 3) นำรูปแบบการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) และตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ AGREE II ได้เท่ากับ 0.91 (ครั้งที่ 2 ก่อนนำไปใช้จริง)

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 10 คน (2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ 2569 ขนาดตัวอย่าง กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า effect size เท่ากับ 0.45 (ขนาดกลาง) อำนาจการทดสอบ (Power analysis-๑- β) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G*program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 16 คน กลุ่มทดลอง 16 คน เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชวินิจฉัยมีพฤติกรรมรุนแรงตามเกณฑ์ Overt aggression scale (2) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (3) ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ (4) มีผู้ดูแลหลัก

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและการจัดการปัญหาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอาการกำเริบจากโรคทางจิตเวชเรื้อรัง การขาดรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือภาวะการใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดยผู้ป่วยมักแสดงอาการก้าวร้าวทางคำพูด ข่มขู่ ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายร่างกายบุคลากรและผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งมักเดินทางมาถึงแผนกฉุกเฉินอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สถานการณ์ดังกล่าวสร้างความตื่นตระหนกและความกดดันให้กับทีมผู้ให้การรักษา เนื่องจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นพื้นที่เปิดโล่ง มีความพลุกพล่าน มีผู้รับบริการหนาแน่น และมีข้อจำกัดด้านกำลังพล ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวบุคลากร ผู้ป่วยรายอื่น และญาติอยู่ในระดับสูง หากไม่ได้รับการจัดการที่รวดเร็วและถูกวิธี

สถานการณ์การดูแลและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในปัจจุบัน จากการปฏิบัติงานจริง พบว่า บุคลากรยังขาดเครื่องมือหรือแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการคัดกรองและประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่แรกรับ ทำให้บางครั้งการประเมินความเสี่ยงล่าช้า เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น การจัดการส่วนใหญ่ยังพึ่งพาประสบการณ์เฉพาะหน้าและการตัดสินใจหน้างานของบุคลากรเป็นหลัก ขาดขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นระบบและชัดเจนในแต่ละระยะ (เช่น ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะเผชิญเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ) ผลการประเมินเบื้องต้นสะท้อนว่าบุคลากรมีความต้องการการพัฒนาทักษะเฉพาะทางในการรับมือและระงับเหตุการณ์รุนแรง การสื่อสารเพื่อลดความรุนแรง (De-escalation

techniques) ตลอดจนแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันและการผูกยึด (Restraint) ที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานความปลอดภัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย 3 ระยะ

1. ระยะก่อนเกิดเหตุ การคัดกรองรวดเร็ว โดยจัดทำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงเบื้องต้น ณ จุดคัดกรอง (Modified Overt Aggression Scale: MOAS) เพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ทันที การเตรียมความพร้อมสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดพื้นที่ปลอดภัย (Safe Zone) ในแผนกที่ไม่มีสิ่งกีดขวางหรืออุปกรณ์ที่อาจนำมาใช้เป็นอาวุธ พร้อมระบบกดสัญญาณเตือนภัยฉุกเฉิน

2. ระยะเผชิญเหตุ ใช้การสื่อสารเชิงบำบัดและการลดความรุนแรง โดยกำหนดรูปแบบคำพูดและภาษากายที่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้อำนาจหรือคำพูดที่ไปกระตุ้นอารมณ์โกรธของผู้ป่วยการประเมินเพื่อช่วยเหลือเฉพาะหน้า โดยทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินความจำเป็นในการใช้ยาควบคุมอารมณ์ฉุกเฉิน (Emergency Sedation) ตามแผนการรักษาภายใต้คำสั่งแพทย์

3. ระยะหลังเกิดเหตุ มาตรฐานการจำกัดพฤติกรรม หากจำเป็นต้องใช้เครื่องพันธนาการต้องมีขั้นตอนที่ชัดเจน คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย และต้องมีบันทึกการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที และการถอดบทเรียนหลังเหตุการณ์จัดให้มีการทบทวนร่วมกันของทีมหลังเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง เพื่อเยียวยาสภาพจิตใจเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงข้อบกพร่อง

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}$=17.60, S.D.=1.43) สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}$=11.40, S.D.=1.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.005 (t=-8.45, p<0.001) ด้านทักษะการจัดการความรุนแรง คะแนนเฉลี่ยทักษะของบุคลากรหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}$=26.50, S.D.=1.90) สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}$=18.20, S.D.=2.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.005 (t=-9.12, p<0.001)

การแสดงความคิดเห็นของบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.68, S.D.=0.91) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ

อุบัติการณ์ความรุนแรงซ้ำ กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงซ้ำ 3 ครั้ง (ร้อยละ 9.38) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีการเกิดความรุนแรงซ้ำ 12 ครั้ง (ร้อยละ 37.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.005 (χ^2=7.68, p=0.006)

การบาดเจ็บของบุคลากร กลุ่มทดลองมีบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บ (เล็กน้อยถึงปานกลาง) 1 คน (ร้อยละ 3.13) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บ 7 คน (ร้อยละ 21.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.0054 (χ^2=5.14, p=0.023)

ระดับความพึงพอใจของบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.58,S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.56,S.D.=0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาที่สำคัญ พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์และอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อให้เห็นถึงความสอดคล้องและคุณค่าเชิงประจักษ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยสามารถอภิปรายตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ด้านความรู้และทักษะการจัดการความรุนแรงของบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะการจัดการความรุนแรงของบุคลากรหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรด่านหน้าในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมักต้องเผชิญกับสถานการณ์ความกดดันและความไม่แน่นอนจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยคู่มือหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นระบบ เพื่อเป็นกรอบความคิดและแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Timmins และคณะ[6] ซึ่งได้กล่าวว่าการบริหารจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินไม่สามารถพึ่งพาเพียงสัญชาตญาณส่วนบุคคลได้ แต่ต้องอาศัยการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารเพื่อระงับอารมณ์โกรธ (De-escalation) และการสร้างระบบสนับสนุนทางคลินิกที่เข้มแข็ง เพื่อเตรียมความพร้อมให้พยาบาลสามารถเผชิญหน้ากับความเสี่ยงได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาของ มนทกานต์ ตั้งนพรัตน์กุล และคณะ[7] จากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ที่ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเมื่อได้รับการพัฒนาและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว จะมีความมั่นใจ มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานสูงขึ้น และสามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วิลาสินี พลเสนา[8] จากโรงพยาบาลบึงกาฬ และ เปรมฤดี โคตรสมบัติ จากโรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่ยืนยันตรงกันว่าการมีแนวปฏิบัติที่ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบช่วยยกระดับความรู้และความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานฉุกเฉินได้อย่างแท้จริง

ผลลัพธ์ทางคลินิกและอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มีอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงซ้ำ และการบาดเจ็บของบุคลากรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ด้วยหลักการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk Management) ว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นพื้นที่ที่มีความแออัด มีปัจจัยกระตุ้นความเครียดสูง ทั้งจากตัวโรค อาการปวด ความกลัว และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย การที่หน่วยงานมีเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงที่รวดเร็วและแม่นยำ เช่น การบูรณาการแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ร่วมกับระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่วินาทีแรกที่ผู้ป่วยก้าวเข้ามาในแผนก จะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยงและจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยได้ทันท่วงทีก่อนที่สถานการณ์จะลุกลามบานปลาย ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับข้อเสนอแนะของ Stowell และคณะ[9] และ Boulger[10] ที่เน้นย้ำว่าการประเมินผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเชิงบวก เป็นหัวใจสำคัญในการลดความตึงเครียดและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Almvik และคณะ[11] ที่ระบุว่าการประเมินความก้าวร้าวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นช่วยลดอัตราการใช้มาตรการบังคับและลดความรุนแรงในหน่วยงานฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อวิเคราะห์ถึงความแตกต่างจากสถาบันอื่นของแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับนี้ พบว่ามี

ความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างยิ่ง โดยมีจุดเด่นที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) การคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่เนิ่นๆ แนวปฏิบัตินี้ให้ความสำคัญกับการประเมินตั้งแต่แรกรับโดยใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ทำให้สามารถมองเห็นสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า (Early Warning Signs) ของผู้ป่วยจิตเวชได้ทันที ช่วยลดระยะเวลารอคอยและป้องกันการเกิดเหตุการณ์รุนแรงฉับพลัน (2) การยึดหลักมนุษยธรรมและกระบวนการระงับอารมณ์เชิงบวก แนวปฏิบัติมุ่งเน้นการใช้เทคนิคการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และการลดสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นลำดับแรก ก่อนที่จะพิจารณาใช้มาตรการบังคับอื่น ๆ เช่น การใช้ยาหรือการตรึงร่างกาย ซึ่งแนวทางดังกล่าวไม่เพียงแต่ช่วยระงับเหตุความรุนแรงได้อย่างนุ่มนวล แต่ยังเป็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยควบคู่ไปกับความปลอดภัยของบุคลากร (3) ความครอบคลุมและการบูรณาการสหวิชาชีพ แนวปฏิบัติถูกออกแบบมาให้เชื่อมโยงตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของทีม การประเมินทางคลินิก การระงับเหตุ การประสานงานส่งต่อไปจนถึงระบบเฝ้าระวังและการบันทึกข้อมูล ซึ่งได้รับการยอมรับจากบุคลากรในระดับ "มากที่สุด" ทั้งในด้านความชัดเจน ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และประโยชน์ที่ได้รับต่อผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงนี้ ไปบรรจุเป็นแนวทางปฏิบัติประจำ (Standard Operating Procedures: SOPs) ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พร้อมทั้งจัดอบรมทบทวนให้แก่บุคลากรใหม่อย่างต่อเนื่อง

2. โรงพยาบาลควรสนับสนุนการจัดเตรียมพื้นที่ปลอดภัยและอุปกรณ์สนับสนุนความปลอดภัยที่จำเป็น เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังแผนกอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หรือแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าในการนำแนวปฏิบัติไปปรับใช้ในวงกว้างต่อไป

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้วิจัยทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2567 กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
3. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง. สถิติผู้ป่วย 2565-2567. โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง. 2567
4. National Health and Medical Research Council. [NMRC]. (1999). A guide to the developmental,implementationand evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved April 10, 2010,from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf
5. Joanna Briggs Institute (JBI). (2011). Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2011 edition.
6. Timmins F, Catania G, Zanini M, Ottonello G, Napolitano F, Musio ME, et al. Nursing management of emergency department violence—Can we do more? J Clin Nurs. 2023;32(7-8):1487-94.

7. มนทกานติ์ ตั้งนพรัตน์กุล, พัชชรี เกษแก้ว, อริญญา บุญอรัญ. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่รับบริการในห้องฉุกเฉิน : โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;7(2):115-28.
8. วิลาสินี พลเสนา, เปรมฤดี โคตรสมบัติ. ประสิทธิผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. บึงกาฬ: โรงพยาบาลบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567 [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: moph.go.th
9. Stowell KR, Hughes NP, Rozel JS. Violence in the Emergency Department. Psychiatr Clin North Am. 2016;39(4):557-66.
10. Boulger C. Management of the violent patient in the emergency department. TN Patient Safety Toolkit. 2017;34:1-7.
11. Almvik R, Woods P, Husebo S. The Overt Aggression Scale: the onset of a multidisciplinary approach to violence research. J Interpers Violence. 2000;15(11):1227-41.

การศึกษาผลของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ ต่อความเจ็บปวด ดัชนีการสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดบริเวณข้อไหล่ของโรงพยาบาลหนองคาย

Effects of a Modified Scapular Stabilization Exercise Program on Pain, Shoulder Disability, and Range of Motion Compared with Conventional Physical Therapy in Patients with Shoulder Pain at Nong Khai Hospital.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

วลิดา พุฒนอก[1] นิภาภรณ์ ชาญสมร[2]
Walida Putnok[1] Nipaphon Chansamorn[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized clinical trial) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ต่อระดับความปวด การสูญเสียสมรรถภาพ และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อไหล่ โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการรักษาเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ จำนวน 8 ท่า ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองด้วย Visual Analogue Scale (VAS), Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-square test, independent samples *t*-test, Mann–Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานระดับความปวด VAS เท่ากับ 4.0 คะแนน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่ามัธยฐาน 5.0 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.002) สำหรับคะแนน SPADI ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ด้านช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ทั้งสองกลุ่มมีช่วงการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายทิศทาง โดยเฉพาะ flexion, external rotation และ internal rotation

คำสำคัญ: อาการปวดข้อไหล่, ความปวด, การสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่, ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

Abstract

This study was quasi experimental research by randomized clinical trial two-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effects of a modified scapular stabilization exercise program on pain, shoulder disability, and range of motion in patients with shoulder pain at Nong Khai Hospital. A total of 66 participants were divided into a control group and an intervention group, with 33 participants in each group. The control group received conventional physical therapy, while the intervention group received the same treatment combined with an eight-exercise modified scapular stabilization program. Both groups received treatment twice weekly for 6 weeks. Pain, shoulder pain and disability, and shoulder range of motion (ROM) were assessed before and after the intervention using the Visual Analogue Scale (VAS), Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), and a goniometer, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, independent-samples *t*-test, Mann–Whitney U test, and Wilcoxon signed-rank test. After 6 weeks, the median VAS pain score was significantly lower in the intervention group than in the control group (4.0 vs. 5.0; p=.002). SPADI scores decreased significantly in both groups (p<.001). Both groups showed significant improvements in shoulder range of motion in several directions, particularly flexion, external rotation, and internal rotation.

Keywords: shoulder pain; pain; shoulder disability; range of motion

[1] นักกายภาพบำบัด ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย
[2] นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย

บทนำ

ปัจจุบันโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วราชอาณาจักร ระหว่าง พ.ศ. 2557–2567 พบว่าผู้ป่วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นอันดับ 3 รองจากโรคติดเชื้อและปรสิต และโรคระบบไหลเวียนเลือด[1] ขณะที่ข้อมูลรายงานประจำปี พ.ศ. 2565–2568 ของโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดข้อไหล่มีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 เมื่อจำแนกตามสถิติ 5 อันดับโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกายภาพบำบัด[2] อาการปวดและความผิดปกติของข้อไหล่เป็นปัญหาทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากข้อไหล่มีบทบาทสำคัญต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) เช่น การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การแต่งกาย และการทำกิจกรรมที่ต้องยกแขนเหนือศีรษะ (overhead activities) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดไหล่เรื้อรัง โดยพยาธิสภาพของข้อไหล่และเนื้อเยื่อรอบข้อที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะข้อไหล่ติด ภาวะเอ็นกล้ามเนื้อถูกกดเบียด การอักเสบและการฉีกขาดของเอ็นกล้ามเนื้อกลุ่ม rotator cuff รวมถึงการอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อ biceps[3]

มีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อไหล่กับความผิดปกติของตำแหน่งและการเคลื่อนไหวของกระดูกสะบัก โดยกระดูกสะบัก (scapula) มีบทบาทสำคัญในการทำงานของข้อไหล่และทำหน้าที่เป็นฐานที่มั่นคงสำหรับการเคลื่อนไหวของข้อต่อ glenohumeral[4,5] ความมั่นคงและการเคลื่อนไหวของข้อต่อ scapulothoracic อาศัยการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อรอบกระดูกสะบัก ซึ่งช่วยควบคุมตำแหน่งของ glenoid ให้เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นแขน การเปลี่ยนแปลงของตำแหน่งหรือการเคลื่อนไหวของกระดูกสะบักจากภาวะปกติจึงอาจส่งผลให้ชีวกลศาสตร์ของข้อไหล่เปลี่ยนแปลงไป[4] เมื่อกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ควบคุมกระดูกสะบักอ่อนแรงหรือทำงานไม่สมดุล ตำแหน่งและรูปแบบการเคลื่อนไหวของกระดูกสะบักอาจเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่ โดยการทำงานแบบหดสั้นและยืดยาว (concentric and eccentric activity) ของกล้ามเนื้อเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยฐานของกระดูกสะบักที่มีความมั่นคง[6] ดังนั้น เมื่อกระดูกสะบักไม่สามารถทำหน้าที่สร้างความมั่นคงได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่ลดลง ส่งผลต่อการควบคุมของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของข้อไหล่ได้[6]

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบัก (Scapular Stabilization Exercise: SSE) เป็นรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกายเพื่อการบำบัด (therapeutic exercise) ซึ่งประกอบด้วยการออกกำลังกายเพื่อแก้ไขความบกพร่องของกล้ามเนื้อและรูปแบบการเคลื่อนไหว การยืดกล้ามเนื้อ และการปรับตำแหน่งของกระดูกสะบักให้อยู่ในแนวที่เหมาะสม โดยกล้ามเนื้อรอบกระดูกสะบักมีบทบาทสำคัญต่อการเคลื่อนไหวและการสร้างความมั่นคงของ scapulothoracic joint การออกกำลังกายที่มุ่งเพิ่มความมั่นคงและการควบคุมกระดูกสะบักจึงอาจช่วยลดอาการปวด เพิ่มความสามารถในการทำงานของข้อไหล่ และเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้[7,8] การศึกษาของธีรภัทร์ รักษาพล[9] พบว่า การนำโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของข้อไหล่มาใช้ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยข้อไหล่ติดได้ นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศยังมีการประยุกต์การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของข้อไหล่หลายลักษณะ และรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านอาการปวด การทำหน้าที่ และการเคลื่อนไหวของข้อไหล่[7,8]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักจะถูกนำมาใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของข้อไหล่ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการนำโปรแกรมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดบริเวณข้อไหล่ในบริบทของโรงพยาบาลหนองคายยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์มาใช้ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม และเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมเพียงอย่างเดียว โดยประเมินผลด้านระดับความปวด ความปวด และการสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ภายหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดบริเวณข้อไหล่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม กับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมเพียงอย่างเดียว ต่อระดับความปวด การสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดบริเวณข้อไหล่ โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized clinical trial) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 การศึกษาครั้งนี้อาศัยแนวคิดพื้นฐานทางกายวิภาคและชีวกลศาสตร์ของข้อไหล่ โดยมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงของกระดูกสะบักกับอาการปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ โปรแกรมการออกกำลังกายเสริมความมั่นคงของกระดูกสะบัก (Scapular Stabilization Exercise: SSE) ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบมาตรฐาน ถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรต้นของการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบมาตรฐานเพียงอย่างเดียว กลไกการเปลี่ยนแปลงหลัก (mediating mechanism) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการแทรกแซง คือการปรับสมดุลและการทำงานของกล้ามเนื้อรอบสะบักให้เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การควบคุมตำแหน่งและการเคลื่อนไหวของสะบัก (scapular kinematics) ที่ถูกต้อง เมื่อสะบักเคลื่อนไหวสอดคล้องกับกระดูกต้นแขน จะช่วยลดแรงกดและการเสียดสีในช่องใต้กระดูกอะโครเมียน (subacromial space) ส่งผลให้ลดการระคายเคืองของเนื้อเยื่ออ่อนและลดอาการปวด ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการศึกษานี้ประกอบด้วยระดับความเจ็บปวดที่วัดโดย Visual Analogue Scale (VAS) ดัชนีความพิการของข้อไหล่ (Shoulder Pain and Disability Index: SPADI) และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (Range of Motion: ROM) ในทิศทางหลัก ได้แก่ flexion, extension, abduction, internal rotation และ external rotation

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดบริเวณข้อไหล่ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ และถูกส่งต่อมาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบริเวณข้อไหล่และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 32 ราย รวม 64 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อรองรับการสูญเสียระหว่างการศึกษา จึง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย หรือกลุ่มละ 35 ราย

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคปวดไหล่ รหัส ICD-10 M62.61 จากแพทย์และส่งต่อมารับการรักษาทางกายภาพบำบัด 2) มีอาการปวดไหล่อย่างน้อย 4 เดือน และมีคะแนนความปวดตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติการผ่าตัดข้อไหล่ 4) ไม่มีภาวะบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเอ็น หรือข้อไหล่อักเสบจากโรคอื่น 5) ไม่มีกระดูกหักหรือความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ 6) ไม่มีภาวะเอ็นกล้ามเนื้อ rotator cuff ฉีกขาด 7) ไม่มีภาวะข้อไหล่เสื่อมจากการวินิจฉัยของแพทย์ 8) อายุ 30–50 ปี และ 9) สามารถอ่านและเขียนได้

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ 2) ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์บริเวณข้อไหล่ 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 4) มีปัญหาเกี่ยวกับเส้นประสาทไขสันหลังส่วนคอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผ่นพับให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินของโรค และท่าออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ สำหรับใช้ประกอบการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ที่ใช้ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมในกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Goniometer 360, Mahidol University, Thailand) สำหรับวัดช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่า flexion, extension, abduction, internal rotation และ external rotation 2) เครื่องวัดความดันโลหิต Omron รุ่น HEM-7130 สำหรับวัดความดันโลหิตและชีพจรขณะพัก และ 3) แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการประเมิน ประกอบด้วย 3 ตอน รวม 21 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 แบบประเมิน Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) จำนวน 13 ข้อ สำหรับประเมินความปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ และตอนที่ 3 แบบประเมินระดับความปวด Visual Analogue Scale (VAS) จำนวน 1 ข้อ นอกจากนี้ มีแบบบันทึกผลการวัดช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่สำหรับบันทึกค่าที่ได้จากการวัดด้วย goniometer

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ แผ่นพับให้ความรู้ และเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา ตลอดจนความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดผลลัพธ์ แบบประเมิน Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ ประกอบด้วย 13 ข้อ แบ่งเป็นด้านความปวด (pain subscale) 5 ข้อ และด้านการสูญเสียสมรรถภาพ (disability subscale) 8 ข้อ โดยมีรายงานว่าเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของอาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อไหล่ได้[10] ส่วนการประเมินระดับความปวดใช้ VAS ซึ่งเป็นมาตรวัดความปวดยาว 10 เซนติเมตร ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด ถึง 10 หมายถึง ปวดรุนแรงที่สุด และเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อไหล่[11]

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและประเมินระดับความปวดด้วย VAS ความปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ด้วย SPADI และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้วย goniometer โดยนักกายภาพบำบัดผู้ประเมินไม่ทราบการจัดสรรกลุ่ม (assessor blinding)

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วย Ultrasound Diathermy เป็นเวลา 10 นาที และ TENS เป็นเวลา 20 นาที ร่วมกับการฝึก Active ROM exercise โดยเข้ารับการรักษา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง

3. กลุ่มทดลอง ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ร่วมกับโปรแกรม Scapular Stabilization Exercise (SSE) จำนวน 8 ท่า ภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัด โดยเข้ารับการรักษา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง

4. หลังการทดลอง เมื่อครบ 6 สัปดาห์ ผู้ประเมินประเมินระดับความปวดด้วย VAS ความปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ด้วย SPADI และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้วย goniometer พร้อมบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ [Median (Q1–Q3)] ตามลักษณะของข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square test และ independent samples *t*-test เปรียบเทียบคะแนน VAS และ SPADI ระหว่างกลุ่มด้วย Mann–Whitney U test และเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Wilcoxon signed-rank test ส่วนช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (ROM) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย เลขที่รับรอง COA No.009/2569 วันที่รับรอง 14 สิงหาคม 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 33 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) อาชีพ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบระดับความปวด พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด Visual Analogue Scale (VAS) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวดเท่ากับ 4.0 (Q1–Q3=2.5–4.5) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5.0 (Q1–Q3=4.0–5.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.031$, $p = 0.002$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบความปวดและการสูญเสียสมรรถภาพของข้อไหล่ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนน SPADI ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการ

ทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนน SPADI เท่ากับ 13.07 (Q1–Q3=7.69–18.85) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 7.69 (Q1–Q3=5.00–15.00) โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนน SPADI หลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ผลการเปรียบเทียบช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มควบคุมมีช่วงการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในท่า flexion, extension, external rotation และ internal rotation ส่วนท่า abduction ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มทดลองมีช่วงการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในท่า flexion, abduction, external rotation และ internal rotation ส่วนท่า extension ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความปวดที่ประเมินด้วย Visual Analogue Scale (VAS) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานระดับความปวดเท่ากับ 4.0 คะแนน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5.0 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทั้งสองกลุ่มมีระดับความปวดลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดลดลงอาจเป็นผลจากการได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดพื้นฐานและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักเพิ่มเติม ซึ่งอาจช่วยส่งเสริมการควบคุมการเคลื่อนไหวของกระดูกสะบักและการทำงานประสานกับกระดูกต้นแขน ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อไหล่มีประสิทธิภาพและลดภาระเชิงกลต่อโครงสร้างบริเวณข้อไหล่[5] ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Ravichandran และคณะ[12] พบว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักมีแนวโน้มช่วยลดความปวดและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของข้อไหล่ และการศึกษาของ Zhong และคณะ[13] พบว่า scapular stabilization exercise ช่วยลดระดับความปวดได้มากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้การศึกษาของ Brasileiro และคณะ[14] และ Karakuzu Güngör และ Tan[15] รายงานผลในทิศทางเดียวกันว่าการเพิ่มการฝึกที่มุ่งเน้นกระดูกสะบักอาจช่วยส่งเสริมผลด้านความปวดและการทำหน้าที่ของข้อไหล่ อย่างไรก็ตาม Hotta และคณะ[16] ไม่พบประโยชน์เพิ่มเติมอย่างชัดเจนจากการเพิ่ม scapular stabilization exercise เข้าไปในโปรแกรมออกกำลังกายพื้นฐาน ความแตกต่างของผลการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้ป่วย รูปแบบและระยะเวลาของโปรแกรม ตลอดจนการรักษาที่กลุ่มควบคุมได้รับ ทั้งนี้ แม้การศึกษาครั้งนี้พบความแตกต่างของระดับความปวดระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ได้วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในระดับรายบุคคลหรือสัดส่วนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงถึงเกณฑ์ความสำคัญทางคลินิก จึงยังไม่สามารถสรุปความสำคัญทางคลินิกของผลการรักษาในระดับรายบุคคลได้

ความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพข้อไหล่ (SPADI) พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สะท้อนว่าการรักษาที่ทั้งสองกลุ่มได้รับอาจมีส่วนช่วยลดความปวดและข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของข้อไหล่ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนน SPADI เท่ากับ 7.69 คะแนน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่ามัธยฐาน 13.07 คะแนน แต่ความแตกต่างระหว่างกลุ่มไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ให้ประโยชน์เพิ่มเติมด้านความปวดและการทำหน้าที่

เหนือกว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดพื้นฐาน ผลดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการที่ SPADI ประเมินทั้งความปวดและข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อาจต้องอาศัยระยะเวลาการฟื้นฟูมากกว่าการลดลงของความปวด อีกทั้งกลุ่มควบคุมยังได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์ จึงอาจทำให้ผลลัพธ์ของทั้งสองกลุ่มดีขึ้นและลดขนาดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hotta และคณะ ที่ไม่พบประโยชน์เพิ่มเติมอย่างชัดเจนจากการเพิ่ม scapular stabilization exercise เข้าไปในโปรแกรมออกกำลังกายพื้นฐาน[16] และการศึกษาของ Turgut และคณะ พบว่าหลังการฝึกทั้งกลุ่มที่ได้รับการฝึกเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักและกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายทั่วไปมีความปวดและความบกพร่องในการทำหน้าที่ดีขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ[17] อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวแตกต่างจากการวิเคราะห์ของ Zhong และคณะ ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักช่วยให้คะแนน SPADI ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม[13] รวมทั้งการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ของ Melo และคณะ ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายที่มุ่งเน้นกระดูกสะบักมีประสิทธิผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อไหล่ โดยเฉพาะโปรแกรมที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป[18] ความแตกต่างของผลการศึกษาอาจเกิดจากลักษณะผู้ป่วย รูปแบบและระยะเวลาของโปรแกรม ตลอดจนชนิดและความเข้มข้นของการรักษาที่กลุ่มควบคุมได้รับในแต่ละการศึกษา

ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (ROM) ภายหลังการทดลองพบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายทิศทาง โดยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของการงอ การกาง การหมุนออกด้านนอก และการหมุนเข้าด้านใน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของการงอ การเหยียด การหมุนออกด้านนอก และการหมุนเข้าด้านใน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเป็นผลร่วมจากการลดลงของอาการปวดและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับ ขณะที่การฝึกเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักในกลุ่มทดลองอาจมีส่วนสนับสนุนการควบคุมและการทำงานประสานกันระหว่างกระดูกสะบักกับกระดูกต้นแขน สอดคล้องกับการศึกษาของ Turgut และคณะ ซึ่งพบว่าการเพิ่ม scapular stabilization exercise สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ scapular kinematics โดยเฉพาะ external rotation และ posterior tilt หลังการฝึก 6 สัปดาห์ และพบการเปลี่ยนแปลงของ external rotation, posterior tilt และ upward rotation หลัง 12 สัปดาห์[17] นอกจากนี้ Moezy และคณะ พบว่าการออกกำลังกายที่มุ่งเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักส่งผลดีต่อช่วงการกางและการหมุนออกด้านนอกของข้อไหล่เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาทางกายภาพบำบัด[19] ซึ่งสนับสนุนความเป็นไปได้ที่การฟื้นฟูการทำงานของกระดูกสะบักอาจมีส่วนต่อการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ อย่างไรก็ตาม หลักฐานไม่ได้แสดงผลต่อ ROM อย่างสม่ำเสมอ โดยการศึกษาของ Zhong และคณะไม่พบว่า SSE ให้ผลต่อ ROM เหนือกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[13] และ Brasileiro และคณะรายงานว่าความเชื่อมั่นของหลักฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์บางด้านยังอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก[14] อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ช่วงการงอและการกางข้อไหล่ก่อนการทดลองมีค่าใกล้ 180 องศาอยู่แล้ว จึงอาจเกิด ceiling effect และเหลือโอกาสในการเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อย ที่สำคัญ การศึกษาครั้งนี้ทดสอบการเปลี่ยนแปลงของ ROM ก่อนและหลังภายในแต่ละกลุ่ม แต่ไม่ได้ทดสอบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มโดยตรง ดังนั้น การพบผลอย่างมีนัยสำคัญในบางทิศทางเฉพาะกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมจึงไม่ควรตีความว่าโปรแกรมหนึ่งมีประสิทธิผลเหนือกว่าอีกโปรแกรมหนึ่งในด้านช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

สรุป ผลการศึกษาด้านช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของช่วงการเคลื่อนไหวในหลาย

ทิศทาง โดยผลที่เกิดขึ้นอาจสัมพันธ์กับการลดลงของอาการปวด การลดการเกร็งป้องกันการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวที่ทั้งสองกลุ่มได้รับ ขณะที่การฝึกเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักในกลุ่มทดลองอาจมีส่วนสนับสนุนการควบคุมและการทำงานประสานกันระหว่างกระดูกสะบักกับกระดูกต้นแขน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของช่วงการเคลื่อนไหวระหว่างกลุ่มโดยตรง จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลต่อช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เหนือกว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นักกายภาพบำบัดสามารถนำโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสะบักแบบประยุกต์ไปใช้ ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดพื้นฐาน ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อไหล่ เพื่อส่งเสริมการลดอาการปวด โดยควรปรับระดับและรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอาการและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

2. การนำโปรแกรมไปใช้ในทางคลินิก ควร ประเมินผลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านระดับความปวด การสูญเสียสมรรถภาพ และช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าโปรแกรมดังกล่าวให้ผลเหนือกว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดพื้นฐานในด้านการสูญเสียสมรรถภาพและช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและติดตามผลในระยะยาว รวมทั้งวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มและความสำคัญทางคลินิก เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลการวิจัยหรือ กิจกรรมใดๆในงานวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินการวิจัยตลอดจนผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2557–2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองคาย.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย พ.ศ. 2565–2568. หนองคาย: โรงพยาบาลหนองคาย; 2568.
3. ณัฏฐิยา ตันติศิริวัฒน์.(2017). อาการปวดและความผิดปกติของข้อไหล่ที่พบบ่อยในเวชศาสตร์ฟื้นฟู. Chulalongkorn Med J. 2017;61(2):205-21. doi:10.58837/CHULA.CMJ.61.2.6.
4. Ludewig PM, Reynolds JF.(2009). The association of scapular kinematics and glenohumeral joint pathologies. J Orthop Sports Phys Ther. 2009;39(2):90-104.
5. Cools AMJ, Struyf F, De Mey K, Maenhout A, Castelein B, Cagnie B.(2014). Rehabilitation of scapular dyskinesis: from the office worker to the elite overhead athlete. Br J Sports Med. 2014;48(8):692-7.
6. Paine R, Voight ML.(2013). The role of the scapula. Int J Sports Phys Ther. 2013;8(5):617-29.

7. Takeno K, Glaviano NR, Norte GE, Ingersoll CD.(2019). Therapeutic interventions for scapular kinematics and disability in patients with subacromial impingement: a systematic review. J Athl Train. 2019;54(3):283-95.
8. Aboelnour NH, Kamel FH, Basha MA, Azab AR, Hewidy IM, Ezzat M, et al.(2023). Combined effect of graded Thera-Band and scapular stabilization exercises on shoulder adhesive capsulitis post-mastectomy. Support Care Cancer. 2023;31(4):215.
9. ธีรภัทร์ รักษาพล.(2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเสริมความมั่นคงของข้อไหล่ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิมในผู้ป่วยข้อไหล่ติดของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(3):27-39.
10. Breckenridge JD, McAuley JH.(2011). Shoulder Pain and Disability Index (SPADI). J Physiother. 2011;57(3):197.
11. Tejera-Falcón E, Toledo-Martel NC, Sosa-Medina FM, Santana-González F, Quintana-de la Fe MDP, Gallego-Izquierdo T, et al.(2017). Dry needling in a manual physiotherapy and therapeutic exercise protocol for patients with chronic mechanical shoulder pain of unspecific origin: a protocol for a randomized control trial. BMC Musculoskelet Disord. 2017;18:400.
12. Ravichandran H, Janakiraman B, Gelaw AY, Fisseha B, Sundaram S, Sharma HR.(2020). Effect of scapular stabilization exercise program in patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review. J Exerc Rehabil. 2020;16(3):216-226.
13. Zhong Z, Zang W, Tang Z, Pan Q, Yang Z, Chen B.(2024). Effect of scapular stabilization exercises on subacromial pain (impingement) syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Neurol. 2024;15:1357763.
14. Brasileiro A, Sousa C, Schindler I, Tanaca B, Oliveira M, Martins R, et al.(2025). Scapular stabilization exercise on pain and functional recovery in people with shoulder impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. Phys Sportsmed. 2025;53(3):189-196.
15. Karakuzu Güngör Z, Tan MS.(2026). Effect of scapular stabilization and mobilization-based rehabilitation on pain and shoulder function in subacromial impingement syndrome: a randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord. 2026;27(1):330.
16. Hotta GH, et al.(2020). Effects of adding scapular stabilization exercises to a periscapular strengthening exercise program in patients with subacromial pain syndrome: a randomized controlled trial. Musculoskelet Sci Pract. 2020;49:102171.
17. Turgut E, Duzgun I, Baltaci G.(2017). Effects of scapular stabilization exercise training on scapular kinematics, disability, and pain in subacromial impingement: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2017;98(10):1915-1923.e3.
18. Melo ASC, Moreira JS, Afreixo V, Moreira-Gonçalves D, Donato H, Cruz EB, et al.(2024). Effectiveness of specific scapular therapeutic exercises in patients with shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. JSES Rev Rep Tech. 2024;4(2):161-174.

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of enhancing health literacy and comprehension of health product surveillance among Village Health Volunteers in Lam Nong Saen Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

อทิกร จราฤทธิ์[1]
Atikorn Jararit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาสำหรับการวิจัยในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงกันยายน 2569 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t – test และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเข้าใจ การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study aimed to examine the health literacy and understanding of health product surveillance among Village Health Volunteers (VHVs), and to develop a model for enhancing these competencies among VHVs in Lam Nong Saen Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province. The study employed an action research design, with data collection conducted over a 12-month period from January 2025 to September 2026. The sample consisted of 56 Village Health Volunteers from Lam Nong Saen Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province. Data were collected using a questionnaire and analyzed through content analysis, as well as descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and dependent t-test).

The study results indicate that, following the implementation of the intervention, the health literacy and understanding of health product surveillance among village health volunteers in Lam Nong Saen Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province, reached the highest level—both overall and across individual dimensions. A comparison of these levels before and after the intervention reveals a statistically significant difference ($p < .05$)

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองกุงศรี

in both the overall scores and each specific dimension, with health literacy and the understanding of health product surveillance showing improvement following the intervention.

Keywords: health literacy, understanding, health product surveillance, village health volunteers

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นสิ่งที่ประชาชนใช้ในชีวิตประจำวันและมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยตรง กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพครอบคลุมผลิตภัณฑ์หลายประเภทที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ และวัตถุอันตราย[1] โดยผลิตภัณฑ์แต่ละประเภทมีกฎหมายควบคุมของตนเอง ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510[2] พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522[3] พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535[4] พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551[5] พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558[6] และพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562[7]กฎหมายเหล่านี้กำหนดหลักเกณฑ์ตั้งแต่การผลิต การนำเข้า การขึ้นทะเบียนหรือจดแจ้ง การแสดงฉลาก ไปจนถึงการโฆษณา เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ที่ถึงมือผู้บริโภคมีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ[8] แม้จะมีกฎหมายควบคุมอย่างเป็นระบบ แต่ในชุมชนยังพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานหรือผิดกฎหมายอยู่เสมอ เช่น ยาชุด ยาแผนโบราณที่ลักลอบผสมสเตียรอยด์ เครื่องสำอางที่ผสมสารห้ามใช้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่โฆษณาสรรพคุณเกินจริง และยาอันตรายที่วางขายในร้านชำ รวมไปถึงการขายและโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ วิทยุชุมชน และรถเร่ ซึ่งเข้าถึงประชาชนในชนบทได้ง่ายแต่ตรวจสอบได้ยาก ประชาชนที่ขาดความรู้และทักษะในการเลือกใช้จึงเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ การเจ็บป่วยเรื้อรัง และความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงเป็นประเด็นด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่

การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นกลไกสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภคหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด องค์การอนามัยโลกได้นิยามการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (pharmacovigilance) ว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการตรวจจับ ประเมิน ทำความเข้าใจ และป้องกันอาการไม่พึงประสงค์หรือปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องกับยา เนื่องจากการทดสอบก่อนออกสู่ตลาดไม่สามารถตรวจพบปัญหาได้ทั้งหมด การติดตามในสภาพการใช้จริงจึงจำเป็นต่อความปลอดภัยของประชาชน[9] สำหรับประเทศไทย การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพมีการดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก ได้แก่ การรับเรื่องร้องเรียน การตรวจสถานที่ผลิตและจำหน่าย การเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ การตรวจสอบโฆษณา และการสื่อสารความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบุคลากรที่มีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับจำนวนร้านค้าและช่องทางจำหน่ายในชุมชน การเฝ้าระวังโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวทางที่ได้รับความสนใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีรณัฐ ไชยคุณ และคณะ[10] ได้ทำการการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เริ่มจากการแจ้งเตือนผ่านกลุ่มไลน์เมื่อพบผลิตภัณฑ์ที่สงสัย แล้วให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ร่วมออกตรวจสอบ และการศึกษาของศิริรัตน์ สัตย์มิตร และคณะ[11] ได้ศึกษากลไกการดำเนินงานของเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา จังหวัดเชียงราย และจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนจะได้ผลเมื่อมีเครือข่ายภาคประชาชน มีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว และแกนนำตอบสนองต่อข้อมูลได้ทันเวลา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นแนวคิดที่สำคัญมากในงานส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่า เป็นทักษะด้านการรับรู้และทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้

ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดี[12] Nutbeam[13] แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ซึ่งเป็นทักษะการอ่านเขียนเพื่อเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ซึ่งเป็นความสามารถในการสื่อสาร ซักถาม และนำข้อมูลไปใช้ และระดับวิจารณญาณ (critical health literacy) ซึ่งเป็นความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน ต่อมา Nutbeam (2008) เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพควรมองเป็น “ทุน” (asset) ที่พัฒนาได้ด้วยการศึกษาและการสื่อสาร ไม่ใช่เพียงปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก Sørensen และคณะ[14] สังเคราะห์นิยามและแบบจำลองต่าง ๆ แล้วเสนอสมรรถนะหลัก 4 ด้าน คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งใช้ได้ทั้งในมิติการดูแลรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ Berkman และคณะ[15] ชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสัมพันธ์กับการใช้ยาไม่ถูกต้อง การเข้าใจฉลากยาผิด และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง ในประเทศไทย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำแนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ ทำได้ และบอกต่อ[16] และใช้เป็นกรอบในการพัฒนาประชาชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพทั่วประเทศ

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือการพัฒนาให้บุคคลมีทั้งความรู้และทักษะในการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ครบกระบวนการ เมื่อนำองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ[14, 16] นอกจากนี้ Nutbeam[13] ระบุว่า ความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณญาณจะพัฒนาได้ดีเมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วม ได้ฝึกปฏิบัติจริง และได้ใช้ข้อมูลในสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง มากกว่าการบรรยายให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ดังนั้น รูปแบบการเสริมสร้างที่เหมาะสมควรใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกตรวจสอบผลิตภัณฑ์ในร้านชำ การฝึกวิเคราะห์โฆษณา และการสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล[17] เป็นกรอบวิธีการที่เหมาะสม เพราะเปิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และปรับปรุงรูปแบบได้อย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกภาคประชาชนที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย ตั้งขึ้นตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ปัจจุบันมี อสม. ประมาณ 1.07 ล้านคนทั่วประเทศ[18] ในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อสม. มีบทบาทเป็น “ด่านหน้า” ของการเฝ้าระวังในชุมชน เพราะอาศัยอยู่ในพื้นที่ รู้จักร้านค้าและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ของคนในชุมชน และพบปะประชาชนได้อย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาการเฝ้าระวังและการรู้เท่าทันสื่อโฆษณายาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาอำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. พบว่า อสม. มีหน้าที่ช่วยเฝ้าระวังการใช้ยา สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ขายในชุมชน และการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาเป็นทักษะสำคัญในการปฏิบัติงานดังกล่าว[19] และการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อสม. จังหวัดอุบลราชธานี. พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม อสม. มีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20] อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นโรคเรื้อรังเป็นหลัก ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพัฒนารูปแบบโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในบริบทของชุมชน

ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน จากการวิเคราะห์ปัญหาสำคัญ พบว่า มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือผิดกฎหมายในร้านชำ โดยเฉพาะยาแผนปัจจุบัน ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้และความเข้าใจของผู้ประกอบการที่ยังจำกัด ประกอบกับความต้องการของผู้บริโภคที่ต้องการซื้อยาโดยสะดวก นอกจากนี้ การเฝ้าระวังยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องในทุกพื้นที่ การเก็บข้อมูลยังใช้ระบบกระดาษ ทำให้การติดตามและประมวลผลล่าช้า จึงจำเป็นต้องเสริมศักยภาพเครือข่าย อสม. และพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อสม. ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และประเมินผลของรูปแบบโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อให้ได้รูปแบบที่ใช้ได้จริงและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา เรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[17] ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาสำหรับการวิจัยในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกันยายน 2569 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ หมู่บ้านละ 7 คน จำนวน 8 หมู่บ้าน รวมเป็น จำนวน 56 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรม/ขั้นตอน ของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 กำหนดกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้า

ระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีเนื้อหาประกอบด้วย ยา อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือน

1.3 ดำเนินการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 สรุปผลการดำเนินงานการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแล่น อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[21]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแล่น อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[21]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจ อยู่ในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจ อยู่ในระดับน้อย1.00 - 1.80 มีความเข้าใจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ดังนี้ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .947 แบบประเมินความเข้าใจ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .931

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่ม

ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (ตุลาคม - พฤศจิกายน 2568)

2. กำหนดกรอบในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือน (ธันวาคม 2568)

3. จัดทำโครงร่างรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ (มกราคม 2569)

4. จัดทำข้อเสนอเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (มกราคม 2569)

5. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ (มกราคม – มีนาคม 2569)

6. กำหนดกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีเนื้อหาประกอบด้วย ยา อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือน (เมษายน 2569)

7. ดำเนินการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ (พฤษภาคม – กรกฎาคม 2569)

8. สรุปผลการดำเนินงานการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ (สิงหาคม – กันยายน 2569)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

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

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด

2. ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัด

กาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ยา อาหาร เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือน

4. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
เข้าถึง	2.71	0.49	4.37	0.51	55	-14.214	.000	-1.88977	-1.42273
เข้าใจ	2.71	0.45	4.36	0.50	55	-15.234	.000	-1.86908	-1.43449
โต้ตอบ	2.61	0.45	4.41	0.44	55	-17.467	.000	-2.00553	-1.59269
ตัดสิน	2.63	0.49	4.40	0.48	55	-15.900	.000	-2.00073	-1.55284
ปรับเปลี่ยน	2.63	0.44	4.36	0.54	55	-15.371	.000	-1.94788	-1.49855
บอกต่อ	2.69	0.41	4.33	0.52	55	-15.742	.000	-1.84698	-1.42981
รวม	2.66	0.30	4.37	0.41	55	-21.726	.000	-1.86510	-1.55008

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ยา	2.61	0.34	4.37	0.48	55	-18.781	.000	-1.94332	-1.56858
อาหาร	2.67	0.31	4.37	0.48	55	-19.861	.000	-1.86105	-1.51990
เครื่องสำอาง	2.64	0.34	4.41	0.40	55	-21.023	.000	-1.94616	-1.60741
วัตถุ	2.63	0.43	4.36	0.51	55	-15.961	.000	-1.94712	-1.51271
รวม	2.64	0.21	4.38	0.41	55	-24.724	.000	-1.87918	-1.59738

5. ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถสำรวจยา อาหาร เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือน ได้ ร้อยละ 100 และยังไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของมานิตย์ ทวีหันต์ และคณะ[22] ได้ศึกษาการพัฒนาศูนย์

คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่าก่อนดำเนินการพบปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ด้านการดำเนินการของสมาชิก บทบาทหน้าที่และโครงสร้างสถานที่ คือ บางแห่งยังขาดพื้นที่ในการจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่ชัดเจน ไม่มีการติดป้ายแสดงว่าเป็นพื้นที่ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ขาดความเข้าใจในด้านบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ 2) ด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าชำและครัวเรือน ยังขาดการรายงานผลเข้ามายังศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ หรือการรายงานส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอและระดับจังหวัด เนื่องจากการเกรงกลัวและกังวลจะเกิดผลกระทบที่ไม่ดี หากมีการรายงานเข้าไป 3) ด้านความรู้ของผู้ดำเนินงานในศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคฯ ระดับตำบล พบว่า การได้รับการพัฒนาความรู้ต่อเนื่อง ลืมเนื้อหาในการเรียนรู้ และเนื้อหาที่เรียนรู้ที่ผ่านมาค่อนข้างยาก และมีองค์ความรู้ที่เยอะ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ โดยมีกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ตามแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ[14, 16] โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย ยา อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือน[23] ส่งผลให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวันชนะ วงษ์ชาชม และคณะ[24] ได้ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลผลการวิจัย หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ (4.15±0.57) และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3.48±0.47) สูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และเกิด HUADONS model โมเดลชุมชนต้นแบบด้วยวิถี บวร ส่งผลให้ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลำหนองแสน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถสำรวจยา อาหาร เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ได้ ร้อยละ 100 และยังไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ กิ่งมณี และคณะ[25] ได้ศึกษาผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.3 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 41.3 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ป.5-ป.6 ร้อยละ 37.0 เคยตรวจและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 19.6 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 92.4 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 70.7 เป็น ร้อยละ 90.2 และ

พบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้คะแนนความรอบรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ($p<.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจการตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ และมีเนื้อหาประกอบด้วย ยา อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายที่ใช้ ในบ้านเรือน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะยาวต่อไป

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้วิจัยทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วมของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด. https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=765
2. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. (2510). ราชกิจจานุเบกษา.
3. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. (2522). ราชกิจจานุเบกษา.
4. พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535. (2535). ราชกิจจานุเบกษา.
5. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551. (2551). ราชกิจจานุเบกษา.
6. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558. (2558). ราชกิจจานุเบกษา.
7. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. (2562). ราชกิจจานุเบกษา.
8. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. (2522, 4 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 96 ตอนที่ 72 ฉบับพิเศษ.
9. World Health Organization. (2002). The importance of pharmacovigilance: Safety monitoring of medicinal products. WHO.
10. วีรณัฐ ไชยคุณ พรสวรรค์ ไชยคุณ อนงรัก สุดงาม (2564). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/249993
11. ศิริรัตน์ สัตย์มิตร รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์ พักตร์วิภา สุวรรณพรหม (2568). กลไกการดำเนินงานของเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา จังหวัดเชียงราย และจังหวัดเชียงใหม่. วารสารเภสัชกรรมไทย. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/269704
12. World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. WHO.
13. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

14. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
15. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155(2), 97–107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
16. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ ทำได้ บอกต่อ. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
17. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
18. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). กรม สบส. ชูแอป “SMART อสม.” เป็นนวัตกรรมเด่น ช่วยยกระดับการทำงาน อสม. กระทรวงสาธารณสุข. https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=5675
19. ธนัญญา บุญอิน หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล.(2566). การเฝ้าระวังและการรู้เท่าทันสื่อโฆษณายาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาอำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. วารสารเภสัชกรรมไทย. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/254923
20. วรธนัท สบายใจ, กุลวรรณ โสรัจจ์, จำลอง วงษ์ประเสริฐ (2561). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อสม. จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 7(2). https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/download/170875/122883
21. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1991). *Research in education* (6th ed.). Prentice-Hall.
22. มานิตย์ ทวีหันต์ พัฐเดช มกรารัตต์ พิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์.(2569). การพัฒนาศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 11(2), 1337–1348. สืบค้น จาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/297586
23. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. (2569, 6 พฤษภาคม). 22 - Good Pharmacovigilance Practice Thailand (GVP) {แนวปฏิบัติฯเบื้องต้น แบบสมัครใจ}. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. https://hpvcthai.fda.moph.go.th/guidelines/22-entrepreneur
24. วันชนะ วงษ์ชาชม ณัฐพล ผลโยน จินดานุช ผลโยน.(2567). การพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม*, *2*(2 กรกฎาคม - ธันวาคม). สืบค้น จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nkp/article/view/271475
25. เบญจวรรณ กิ่งมณี ณัฐภรณ์ สมบุตร สรชา งามทรัพย์.(2567). ผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(6), 260–270. สืบค้น จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3544

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

Development of Home-Based Nursing Care Guidelines for Stroke Patients Toward Continuous and Sustainable Care According to the Primary Care Nurse Role, Phukieo Chalermphrakiat Hospital, Chaiyaphum Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

รจเรข งานไว[1]
Rojarek Nganwai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development, R&D) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 1 ปี แบ่งเป็น 4 ระยะ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวทางการพยาบาล แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทาง แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะของพยาบาลปฐมภูมิ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test และ Chi-square Test

ผลการวิจัย พบว่าปัญหาสำคัญเกิดจากรอยต่อของการดูแล 5 จุด ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย สมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิ ความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูล และความพร้อมของผู้ดูแล แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ และกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือนตามวงจร PDCA ภายหลังการใช้แนวทาง พยาบาลปฐมภูมิมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.67 ± 2.99 เป็น 16.87 ± 3.09 คะแนน และคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 18.53 ± 5.49 เป็น 26.60 ± 6.48 คะแนน ($p<.001$) ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 11.57 ± 2.84 เป็น 15.50 ± 3.20 คะแนน คะแนน PHQ-9 ลดลงจาก 6.73 ± 4.12 เป็น 4.50 ± 3.93 คะแนน ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 153.20 ± 13.81 เป็น 140.03 ± 15.97 mmHg และคะแนน EQ-VAS เพิ่มขึ้นจาก 59.60 ± 7.51 เป็น 72.90 ± 10.61 คะแนน ($p<.001$) ภาวะแทรกซ้อนทางกายลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 6.67 ($p=.028$) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.00 เป็นร้อยละ 100.00 ($p<.001$) และไม่พบการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำในช่วงติดตาม ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (4.24 ± 0.43) และของพยาบาลปฐมภูมิ (4.32 ± 0.44) อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาลที่บ้าน, การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to develop and evaluate the effectiveness of home-based nursing care guidelines for stroke patients toward continuous and sustainable care according to the primary care nurse role at Phukieo Chalermphrakiat Hospital, Chaiyaphum Province, guided by the Transitional Care Model. The study was conducted from October 2023 to September 2024 (12 months) in four phases. The research instruments comprised the nursing care guidelines, an appropriateness evaluation form, a knowledge test and a skill checklist for nurses, the Barthel ADL Index, the PHQ-9, the EQ-5D-5L, a patient outcome record form, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, Wilcoxon signed-rank test, and chi-square test.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

Results: Five care-transition gaps were identified: discharge planning, primary care nurse competency, continuity of home visits, information transfer, and caregiver readiness. The developed guidelines comprised five components and a monthly PDCA quality-monitoring mechanism. After implementation, the nurses' knowledge scores increased from 11.67 ± 2.99 to 16.87 ± 3.09 and skill scores from 18.53 ± 5.49 to 26.60 ± 6.48 (p<.001). Patients' Barthel ADL Index scores increased from 11.57 ± 2.84 to 15.50 ± 3.20, PHQ-9 scores decreased from 6.73 ± 4.12 to 4.50 ± 3.93, systolic blood pressure decreased from 153.20 ± 13.81 to 140.03 ± 15.97 mmHg, and EQ-VAS scores increased from 59.60 ± 7.51 to 72.90 ± 10.61 (all p<.001). Physical complications decreased from 25.00% to 6.67% (p=.028), and the proportion of patients receiving home visits increased from 45.00% to 100.00% (p<.001). No recurrent stroke or hospital readmission occurred during follow-up. Satisfaction among patients/caregivers (4.24 ± 0.43) and nurses (4.32 ± 0.44) was at a high level.

Keywords: Stroke, Home-based nursing care, Continuous care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายอย่างรวดเร็วและนำมาซึ่งความพิการหรือการเสียชีวิต ปัจจุบันถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีภาระโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยรายใหม่ 11.9 ล้านราย และภาระโรคหลอดเลือดสมองวัดในหน่วย Disability-Adjusted Life Years (DALYs) เพิ่มขึ้นจาก 137 ล้านปีในปี ค.ศ. 2000 เป็น 160 ล้านปีในปี ค.ศ. 2021[1] ขณะที่องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization; WSO) ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการรวมกันอันดับสามของโลก โดยระหว่างปี ค.ศ. 1990–2021 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 70.00 ผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.00 และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 44.00 โดยร้อยละ 87.00 ของการเสียชีวิตและร้อยละ 89.00 ของ DALYs กระจุกตัวอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง[2] นอกจากนี้ภาระโรคส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง มลภาวะทางอากาศ การสูบบุหรี่ ระดับไขมัน LDL สูง การรับประทานอาหารโซเดียมสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความผิดปกติของไต น้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย[1]

ประเทศไทยพบปัญหาโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี[3] ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) กระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นในช่วง 3 ปีย้อนหลัง กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยประมาณ 320,000 ราย ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย 350,934 ราย เสียชีวิต 47,275 ราย ซึ่งสูงที่สุดในรอบ 4 ปี และปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสม 363,688 ราย เสียชีวิต 37,947 ราย[3] โดยอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกสูงถึงร้อยละ 21.13 ในปี พ.ศ. 2566 และร้อยละ 20.77 ในปี พ.ศ. 2567[4] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจำนวนมากยังคงต้องการการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 30.00 อาจเสียชีวิต ร้อยละ 30.00 พิการรุนแรงจนขยับแขนขาไม่ได้ และมีเพียงร้อยละ 40.00 ที่มีโอกาสฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ[5]

ในจังหวัดชัยภูมิ การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 90 ราย พบอัตราเสียชีวิตระหว่างติดตาม 6 เดือนร้อยละ 13.30

และผู้ที่มีความรุนแรงของโรคสูง (NIHSS ≥ 15 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อการต้องการดูแลระยะยาวหรือเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 6.20 เท่า[6] สำหรับอำเภอภูเขียว จากรายงานข้อมูลของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ พบผู้ป่วยรายใหม่ที่รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2565–2567) จาก 546 ราย เป็น 606 ราย และ 675 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่อาศัยในอำเภอภูเขียว 291 ราย 399 ราย และ 439 ราย ตามลำดับ ขณะที่อัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.65 (9 ราย) เป็นร้อยละ 2.64 (16 ราย) และร้อยละ 3.41 (23 ราย) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 106.67 ในระยะเวลาเพียง 3 ปี (ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2567)[7] ซึ่งเป็นสัญญาณสำคัญที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ของโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล บทบาทของพยาบาลปฐมภูมิในการเยี่ยมบ้าน และความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ[8] ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืน การสื่อสาร และการทรงตัว และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลัก ท่อปัสสาวะอักเสบ ซึมเศร้า และการกลับเป็นซ้ำ[6] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ[9] การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ทำให้ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้น[8] และหลักฐานระดับนานาชาติชี้ว่าบทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ[10] ขณะที่การขาดการดูแลต่อเนื่องที่มีมาตรฐานจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนสูง กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent Stroke) และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พร้อมทั้งก่อให้เกิดภาระแก่ครอบครัวและระบบสาธารณสุขในระยะยาว

ในมิติของบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ สภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งครอบคลุมการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การวางแผนดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และการประสานส่งต่อ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ บทบาทดังกล่าวยังขาดแนวทางที่ชัดเจนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร ปัญหาของรูปแบบการดูแลเดิมที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายที่เป็นระบบ การไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ การติดตามเยี่ยมบ้านที่ขาดความสม่ำเสมอ และการขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสมมีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หลังออกจากโรงพยาบาล[6]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง บทบาทพยาบาลปฐมภูมิ และบริบทพื้นที่จริงของอำเภอภูเขียวเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนตามบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model; TCM)[11] ร่วมกับบทบาทพยาบาลปฐมภูมิเป็นฐานในการพัฒนาแนวทาง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 1 ปี แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (ตุลาคม–พฤศจิกายน พ.ศ. 2566)
ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาแนวทาง (ธันวาคม พ.ศ. 2566–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567)
ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวทางและทบทวน (มีนาคม–พฤษภาคม พ.ศ. 2567)
ระยะที่ 4 การนำแนวทางไปใช้จริงและประเมินประสิทธิภาพ (มิถุนายน–กันยายน พ.ศ. 2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านในพื้นที่อำเภอภูเขียว

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะที่ 4 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power[12] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน (Paired t-test) แบบสองทาง กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.60 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูงตามเกณฑ์ของ Cohen[13] โดยอ้างอิงงานวิจัยการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[6,8] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 24 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20.00 เพื่อชดเชยการสูญหายระหว่างการติดตาม (24/0.80) จึงได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า สำหรับพยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพ คือ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเครือข่ายปฐมภูมิในอำเภอภูเขียว มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ป่วย คือ ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10 I60–I64) อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอภูเขียว มีอาการทางคลินิกคงที่ ณ วันจำหน่าย มีผู้ดูแลหลักอายุ 18 ปีขึ้นไป และผู้ป่วย

หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก สำหรับพยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพ คือ ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี เป็นผู้บริหารที่ไม่ได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตลอดระยะเวลาวิจัย ย้ายหน่วยงาน หรือขอถอนตัว สำหรับผู้ป่วย คือ มีความรู้สึกตัวลดลงอย่างรุนแรงหรือมีโรคร่วมที่ไม่สามารถรับการดูแลที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับสูงกว่าหรือสถานบริการระยะกลางก่อนครบกำหนดเก็บข้อมูล เสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการพัฒนาแนวทางการพยาบาล ได้แก่ 1) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น 2) แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม 4 ประเด็นหลัก 3) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนย้อนหลัง 4) แบบบันทึกการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO และ 5) แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทาง จำนวน 20 รายการ 4 ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และความปลอดภัยและจริยธรรม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best[14]

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลปฐมภูมิและของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 2) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ (ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน) 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน (Checklist) จำนวน 18 รายการ คะแนนเต็ม 36 คะแนน โดยแปลผลความรู้และทักษะเป็นระดับดี (ร้อยละ 80.00–100.00) ปานกลาง (ร้อยละ 60.00–79.99) และน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60.00) ตามเกณฑ์ของ Bloom[15] 4) แบบประเมิน Barthel ADL Index ฉบับของ Mahoney และ Barthel[16] 10 กิจกรรม คะแนน 0–20 คะแนน 5) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9[17] คะแนน 0–27 คะแนน 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L และ EQ-VAS (0–100 คะแนน) 7) แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวทางครอบคลุมภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และการรับประทานยาสม่ำเสมอ) และการรับบริการเยี่ยมบ้าน 8) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 13 ข้อ และของพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ 9) แบบบันทึกตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านรายเดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท หัวหน้าพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่าเครื่องมือประเมินผล 5 ชุด รวม 81 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 เฉลี่ย 0.93 และหาความเชื่อมั่นด้วยการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.77 และแบบประเมินที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.86–0.89 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.70)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและข้อเสนอแนะปลายเปิดด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Lincoln และ Guba[18] และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์การดูแล สมรรถนะของพยาบาล และความพึงพอใจ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเกณฑ์ความพึง

พอใจที่ยอมรับได้คือค่าเฉลี่ย ≥ 3.51 คะแนน[14] และเกณฑ์ผ่านของความรู้และทักษะคือร้อยละ 80.00 ขึ้นไป[15]

3. เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังใช้แนวทาง และคะแนน ณ วันจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วย Paired t-test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงปกติตามการทดสอบด้วย Shapiro-Wilk Test และใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test เมื่อข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ

4. เปรียบเทียบสัดส่วนภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และการได้รับการเยี่ยมบ้าน ระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนาแนวทาง (เวชระเบียนย้อนหลัง) และกลุ่มหลังพัฒนาแนวทาง ด้วย Chi-square Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ตามหลักจริยธรรมของปฏิญญาเฮลซิงกิ[19] ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจากความบกพร่องด้านการสื่อสารหรือการรับรู้ ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม และให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมพร้อมใจ (Assent) เท่าที่สามารถทำได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการปฏิบัติงาน ข้อมูลถูกเข้ารหัสแทนชื่อ เก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 3 ปี ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผู้วิจัยรายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทันที

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1.1 สถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นพยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพ 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 40.73 ปี (SD=6.69) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6.15 ปี (SD=3.41) แต่เคยผ่านการอบรมเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมองเพียง 3 คน ร้อยละ 20.00 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 120 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.67 อายุเฉลี่ย 65.99 ปี (SD=11.51) เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 72.50 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันร้อยละ 81.67 และมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 75.00 คะแนน NIHSS แรกรับเฉลี่ย 7.54 (SD=4.75) คะแนน Barthel ADL Index ณ วันจำหน่ายเฉลี่ย 10.60 (SD=4.81) ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีการบันทึกเพียงร้อยละ 60.83 และได้รับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลปฐมภูมิเพียงร้อยละ 45.00 เฉลี่ย 0.89 ครั้งต่อราย (SD=1.15) ต่ำกว่าเกณฑ์อย่างน้อย 4 ครั้งใน 6 เดือนแรก ผลลัพธ์หลังจำหน่ายพบภาวะแทรกซ้อนทางกายอย่างน้อย 1 อย่างภายใน 6 เดือน ร้อยละ 25.00 (แผลกดทับ ร้อยละ 10.00 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 9.17 และปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 8.33) กลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 9.17 กลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 9.17 และยังคงมีความพิการร้อยละ 73.33 โดยสัดส่วนดังกล่าวคงที่ตลอด 3 ปีงบประมาณ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายร้อยละ 29.89 สูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีที่เกิดร้อยละ 12.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=4.03, p=.045) ส่วนการวางแผนจำหน่ายและการได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบเดิมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน (p=.450 และ p=.832 ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อความสำคัญ 31 ข้อความ สรุปเป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อยังไม่เป็นระบบ ขึ้นกับภาระงานของเวรและไม่มีผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน (2) การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องจากภาระงานและข้อจำกัดด้านยานพาหนะ (3) ช่องว่างการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นประเด็นที่มีข้อความสนับสนุนมากที่สุด (6 ข้อความ) เนื่องจากใบส่งต่อเป็นกระดาษ ล่าช้า และข้อมูลไม่ครบถ้วน (4) ผู้ดูแลขาดความพร้อมและได้รับการเตรียมไม่เพียงพอ สมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการประเมินการกลืนและการประเมินภาวะซึมเศร้า และ (6) ความต้องการแนวทางที่ชัดเจน ใช้ได้จริง และมีภาคีเครือข่ายร่วม ได้แก่ อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2 การสังเคราะห์สถานการณ์ จากการสังเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสามเส้า พบว่าปัญหาเกิดจากรอยต่อของการดูแล 5 จุด ได้แก่ การวางแผนจำหน่าย สมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิ ความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูล และความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งนำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบของแนวทาง 5 องค์ประกอบ และกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือน

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนาแนวทาง

2.1 กระบวนการพัฒนาและความเหมาะสมของแนวทาง ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 22 เรื่อง นำมาสังเคราะห์ร่วมกับประเด็นการพัฒนาจากระยะที่ 1 เพื่อยกร่างแนวทางฉบับแรก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินความเหมาะสมของแนวทางในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.65, SD=0.05) ด้านที่ได้คะแนนสูงที่สุดคือด้านภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 4.83, SD=0.29) ส่วนด้านความปลอดภัยและจริยธรรมมีคะแนนต่ำที่สุดแต่ยังอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.44, SD=0.19) ข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือความเหมาะสมกับจำนวนบุคลากรพยาบาลปฐมภูมิที่มีอยู่จริง (ค่าเฉลี่ย 4.00, SD=1.00) ผู้วิจัยจึงปรับปรุงโดยเพิ่มบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังระหว่างรอบเยี่ยมบ้าน

2.2 องค์ประกอบของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ และกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือนตามวงจร PDCA โดยผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนครบ 3 เดือนหลังจำหน่าย ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินความพร้อมในการจำหน่ายและการวางแผนจำหน่าย ประเมิน NIHSS, Barthel ADL Index, ภาวะกลืน, Braden Scale, การสื่อสาร และความพร้อมของผู้ดูแล จัดระดับการพึ่งพาเพื่อกำหนดความถี่การเยี่ยม และวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ตั้งแต่ 2 วันก่อนจำหน่าย โดยพยาบาลหอผู้ป่วยในร่วมกับพยาบาลปฐมภูมิ

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิ อบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ประกอบด้วยการบรรยาย ฐานฝึกทักษะ 7 ฐาน (Barthel ADL Index, Water Swallowing Test, Braden Scale และการจัดท่า, การบริหารข้อ (ROM), การให้อาหาร, 2Q/PHQ-9 และการประเมินบ้าน) และสถานการณ์จำลอง โดยมีเป้าหมายให้ความรู้และทักษะผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80.00

องค์ประกอบที่ 3 การเยี่ยมบ้านและติดตามอย่างต่อเนื่อง เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 5 ครั้ง ได้แก่ ภายใน 7 วัน วันที่ 14 เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ตามกรอบ INHOMESSS ร่วมกับการทบทวนยา การปรับสภาพบ้าน แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน 1 หน้า การติดตามทางโทรศัพท์ การเฝ้าระวังโดย อสม. ระหว่างรอบเยี่ยม และแผนสำรองเมื่อเยี่ยมตามนัดไม่ได้

องค์ประกอบที่ 4 การประสานส่งต่อ

ระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ ส่งต่อข้อมูลขั้นต่ำผ่านกลุ่มไลน์ทีม Stroke อำเภอภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอบรับและลงทะเบียน พร้อมเกณฑ์ส่งต่อแบบไฟจราจร (เขียว–เหลือง–แดง) และช่องทางโทร 1669 กรณีฉุกเฉิน

องค์ประกอบที่ 5 การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในครอบครัว สอนและสาธิตย้อนกลับ (Teach-back) ในทักษะการพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้าย การบริหารข้อ การให้อาหาร การใช้ยา และสัญญาณอันตราย (BE-FAST) พร้อมคู่มือภาพและคลิปวิดีโอภาษาอีสาน กลไกกำกับติดตามคุณภาพ (PDCA) ประชุมทบทวนตัวชี้วัดรายเดือนและ Case conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมาย และประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนการดูแลระยะยาว (LTC) เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลเดิม พบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นระบบมากขึ้นในทุกขั้นตอน และออกแบบให้ตอบสนองต่อจุดอ่อนของระบบเดิมโดยตรง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวทาง

3.1 ผลการทดลองใช้ พยาบาลปฐมภูมิ 10 คน ภายหลังการอบรมตามแนวทางมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.90 (SD=4.12) เป็น 17.30 (SD=2.58) คะแนน (p<.001) และคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 19.20 (SD=8.34) เป็น 26.80 (SD=5.92) คะแนน (p<.001) แต่คะแนนทักษะเฉลี่ยหลังอบรมยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 80.00 โดยเฉพาะการประเมินการกลืนด้วย Water Swallowing Test จึงเพิ่มฐานฝึกปฏิบัติในองค์ประกอบที่ 2 พยาบาลประเมินความเหมาะสมของแนวทางในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.19, SD=0.29) ผู้ป่วย 20 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 4.95 ครั้งใน 3 เดือน มีคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 10.90 (SD=5.55) เป็น 14.30 (SD=5.03) คะแนน คะแนน PHQ-9 ลดลงจาก 9.50 (SD=4.07) เป็น 6.55 (SD=4.30) คะแนน คะแนน EQ-VAS เพิ่มขึ้นจาก 60.70 (SD=12.02) เป็น 72.55 (SD=16.25) คะแนน (p<.001 ทุกตัวแปร) พบภาวะแทรกซ้อนทางกาย 2 ราย ร้อยละ 10.00 และไม่พบการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

3.2 ผลการถอดบทเรียนและการปรับปรุงแนวทาง การประชุมถอดบทเรียนทุก 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมเฉลี่ย 9.50 คนต่อครั้ง พบปัญหาสำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ ใบส่งต่อจากหอผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล่าช้ากว่า 48 ชั่วโมง พยาบาลไม่มั่นใจในการทำ Water Swallowing Test แบบบันทึกเยี่ยมบ้านยาวเกินไป (เฉลี่ย 50 นาทีต่อราย) ผู้ดูแลสูงอายุจำขั้นตอนการพลิกตัวและจัดท่าไม่ได้ ยานพาหนะไม่ว่าง และเกณฑ์การส่งกลับโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงปรับปรุงแนวทางครอบคลุม 4 จาก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ส่งต่อออนไลน์ภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มฐานฝึกปฏิบัติ ปรับแบบบันทึกเยี่ยมบ้านเป็น 1 หน้า จัดทำคู่มือภาพและคลิปวิดีโอภาษาอีสาน กำหนดแผนสำรองโดย อสม. และโทรศัพท์ และเพิ่มเกณฑ์ส่งต่อแบบไฟจราจร

ระยะที่ 4 การนำแนวทางไปใช้จริงและประเมินประสิทธิภาพ

4.1 ข้อมูลทั่วไป พยาบาลปฐมภูมิ 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 41.27 ปี (SD=9.24) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 7.47 ปี (SD=4.21) และเคยผ่านการอบรมเฉพาะด้านร้อยละ 26.67 ผู้ป่วย 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 67.03 ปี (SD=10.39) เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 90.00 เป็นการเกิดโรคครั้งแรก ร้อยละ 86.67 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.33 และเบาหวาน ร้อยละ 46.67 คะแนน NIHSS แรกรับเฉลี่ย 6.10 (SD=3.21) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.27 วัน (SD=2.46) อาศัยห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร ร้อยละ 53.33 ผู้ดูแลหลัก

ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 63.33 และไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ร้อยละ 80.00 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการติดตาม

4.2 สมรรถนะของพยาบาลปฐมภูมิภายหลังการใช้แนวทาง คะแนนความรู้รวมเพิ่มขึ้นจาก 11.67 (SD=2.99; ร้อยละ 58.33) เป็น 16.87 (SD=3.09; ร้อยละ 84.33) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน (p<.001) พยาบาลที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มจาก 3 คน (ร้อยละ 20.00) เป็น 12 คน (ร้อยละ 80.00) คะแนนทักษะการปฏิบัติรวมเพิ่มขึ้นจาก 18.53 (SD=5.49; ร้อยละ 51.48) เป็น 26.60 (SD=6.48; ร้อยละ 73.89) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน (p<.001) และพยาบาลที่มีทักษะระดับดีเพิ่มจาก 1 คน (ร้อยละ 6.67) เป็น 6 คน (ร้อยละ 40.00) อย่างไรก็ตามคะแนนทักษะเฉลี่ยหลังใช้แนวทางยังต่ำกว่าเกณฑ์ผ่านร้อยละ 80.00 โดยการประเมินภาวะกลืนลำบากและการวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกผลมีผู้ปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์เพียงร้อยละ 20.00

4.3 ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบ ณ วันจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าคะแนน Barthel ADL Index และ EQ-VAS เพิ่มขึ้น คะแนน PHQ-9 และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยการเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญตั้งแต่การติดตามที่ 1 เดือน ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ (p=.594) ดังตาราง 3 ที่ 3 เดือน ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเป็น 3 ราย (ร้อยละ 10.00) ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย 24 ราย (ร้อยละ 80.00) และผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางถึงมากลดลงจากร้อยละ 43.33 เหลือร้อยละ 10.00 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 26.67 เหลือร้อยละ 6.67 ด้านคุณภาพชีวิตตาม EQ-5D-5L ระดับปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 จาก 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (2.80 เป็น 1.93) การดูแลตนเอง (2.53 เป็น 1.73) อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว (2.30 เป็น 1.60) และกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (2.70 เป็น 2.17) ส่วนมิติความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=.151)

4.4 ผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และความต่อเนื่องของการดูแล ในช่วงติดตาม 3 เดือน พบภาวะแทรกซ้อนทางกาย 2 ราย (แผลกดทับ 1 ราย และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ราย ในช่วง 1 เดือน) ร้อยละ 6.67 พบการหกล้ม 2 ราย (ร้อยละ 6.67) และข้อติดแข็ง 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ไม่พบปอดอักเสบจากการสำลัก การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.67 เป็นร้อยละ 100.00 และผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (< 140/90 mmHg) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 46.67 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5.13 ครั้งใน 3 เดือน (SD=0.73) และได้รับการเยี่ยมสม่ำเสมอตามแผนร้อยละ 93.33 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนพัฒนาแนวทาง (เวชระเบียนย้อนหลัง n=120) พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายลดลงจากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 6.67 (p=.028) และสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.00 เป็นร้อยละ 100.00 (p<.001) ส่วนภาวะแทรกซ้อนรายชนิด การกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการกลับเป็นซ้ำลดลงในทิศทางที่ต้องการแต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.5 ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรายเดือนตลอด 4 เดือนของระยะนำไปใช้จริง อัตราการเยี่ยมบ้านตามแผนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.00 ในเดือนที่ 1 เป็นร้อยละ 95.83, 97.37 และ 97.83 ในเดือนที่ 2–4 ตามลำดับ (ภาพรวม 114 จาก 118 ครั้ง ร้อยละ 96.61) บรรลุเป้าหมายร้อยละ 90.00 ทุกเดือน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 12.50 ในเดือนที่ 1 เป็นร้อยละ 6.25 ใน

เดือนที่ 2 และไม่พบในเดือนที่ 3–4 ไม่พบการกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และการเสียชีวิตหลังจำหน่ายตลอดระยะเวลาดำเนินการ สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมายคือรถเยี่ยมบ้านไม่ว่าง 1 ครั้ง ซึ่งแก้ไขโดยให้ อสม. เยี่ยมแทนและพยาบาลโทรศัพท์ติดตาม

4.6 ความพึงพอใจต่อแนวทาง ผู้ป่วยและผู้ดูแล 30 ราย มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.24, SD=0.43) โดยด้านกระบวนการเยี่ยมบ้านสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.37, SD=0.47) รองลงมาคือด้านระบบการประสานงาน (ค่าเฉลี่ย 4.32, SD=0.59) ข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีข้อสงสัย (ค่าเฉลี่ย 3.87) พยาบาลปฐมภูมิ 15 คน มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.32, SD=0.44) โดยด้านความชัดเจนและใช้งานได้จริงและด้านความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่สูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.36) ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.51) ทั้งสองกลุ่ม ข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดสะท้อนว่าแนวทางชัดเจนขึ้น ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และคลิปวิดีโอช่วยทบทวนได้ ขณะที่ต้องการแบบบันทึกในรูปแบบคอมพิวเตอร์ ช่องทางติดต่อในเวลากลางคืน และการสนับสนุนที่นอนลม

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าปัญหาสำคัญของพื้นที่เกิดจากความไม่ต่อเนื่องของการดูแลที่รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพียงร้อยละ 60.83 ได้รับการเยี่ยมบ้านเพียงร้อยละ 45.00 และเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายร้อยละ 25.00 โดยสัดส่วนคงที่ตลอด 3 ปีงบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu และคณะ[20] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเผชิญปัญหาซับซ้อนหลังจำหน่ายและมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำ และชี้ว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิผลต้องประกอบด้วยการประเมินความพร้อมในการจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์ และการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ระบบการดูแลเดิมดำเนินการไม่ครบถ้วน การที่การวางแผนจำหน่ายและการเยี่ยมบ้านในรูปแบบเดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน สะท้อนว่าการมีบริการเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอหากขาดมาตรฐาน ความถี่ และเนื้อหาที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุรัตน์ ครำสุข[21] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อกำหนดกระบวนการดูแลที่ชัดเจน ในประเด็นความพร้อมของผู้ดูแล ญาติไม่กล้าพลิกตัวหรือป้อนอาหารเพราะกลัวสำลัก สอดคล้องกับสุกัญญา ตรุสานันท์[22] และวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] ที่พบว่าผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจและทักษะที่ถูกต้องในการดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสำคัญต่อพื้นที่ที่ผู้ป่วยร้อยละ 72.50 เป็นผู้สูงอายุ

การพัฒนาและทดลองใช้แนวทาง แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ร่วมกับกลไกกำกับติดตามคุณภาพรายเดือน ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิผลตามการทบทวนของ Xu และคณะ[20] และ Michael และคณะ[24] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่นำโดยพยาบาลครอบคลุมการประสานการดูแล การจำหน่ายพร้อมการสนับสนุน และการติดตามหลังจำหน่าย ซึ่งสนับสนุนการกำหนดให้พยาบาลปฐมภูมิเป็นผู้ดำเนินการหลักของแนวทางนี้ การเยี่ยมบ้าน 5 ครั้งตามกรอบ INHOMESSS สอดคล้องกับวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] และสุกัญญา ตรุสานันท์[22] ที่ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่วนการมีส่วนร่วมของ อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ Care manager สอดคล้องกับมาลีวรรณ เกษตรทัต[25] ที่

บูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน การปรับแนวทางให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ เช่น คลิปวิดีโอภาษาอีสาน การส่งต่อผ่านกลุ่มไลน์ และแผนสำรองโดย อสม. เมื่อยานพาหนะไม่ว่าง สอดคล้องกับ Xu และคณะ [20] ที่ระบุว่าโปรแกรมที่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะพื้นที่มีประสิทธิผลสูงกว่าโปรแกรมแบบมาตรฐานทั่วไป และ Demir Avci[11] ที่ดัดแปลง Transitional Care Model ให้เหมาะสมกับบริบทก่อนนำไปใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และพยาบาลปฐมภูมิภายหลังทดลองใช้ประเมินในระดับมาก ทั้งนี้พยาบาลให้คะแนนต่ำกว่าผู้ทรงคุณวุฒิ และข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดเกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ ความเหมาะสมกับจำนวนบุคลากรและความครอบคลุมของกระบวนการดูแลที่บ้าน สะท้อนว่าผู้ปฏิบัติจริงให้น้ำหนักกับภาระงานและความเสี่ยงหน้างาน การถอดบทเรียน 6 ครั้งจึงช่วยให้ปรับแนวทางได้ตรงจุดก่อนนำไปใช้จริง

ผลลัพธ์ด้านสมรรถนะของพยาบาลปฐมภูมิภายหลังการใช้แนวทาง พยาบาลมีคะแนนความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลสูง (d=1.46 และ 2.31) และผลในระยะนำไปใช้จริงใกล้เคียงกับระยะทดลองใช้ ซึ่งแสดงถึงความคงที่ของผลการพัฒนาสมรรถนะ ผลดังกล่าวอธิบายได้จากองค์ประกอบที่ 2 ที่ไม่ได้เป็นเพียงการบรรยาย แต่ประกอบด้วยฐานฝึกปฏิบัติ 7 ฐาน สถานการณ์จำลอง และการประเมินด้วย Checklist ในการเยี่ยมบ้านจริง ซึ่งตรงกับช่องว่างสมรรถนะที่พบในระยะที่ 1 สอดคล้องกับ Saragih และคณะ[26] ที่เน้นให้บุคลากรสุขภาพตระหนักถึงการวางแผนจำหน่ายและแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบ และ Michael และคณะ[24] ที่ระบุว่าความรู้เฉพาะทางของพยาบาลทำให้พยาบาลมีความพร้อมในการนำโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมาใช้ อย่างไรก็ตามคะแนนทักษะหลังใช้แนวทางยังอยู่ที่ร้อยละ 73.89 ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80.00 โดยการประเมินภาวะกลืนลำบากและการวัดความดันโลหิตมีผู้ปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์เพียงร้อยละ 20.00 สะท้อนว่าทักษะเชิงคลินิกเฉพาะทางต้องอาศัยการฝึกซ้ำและการมีพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับความต้องการพี่เลี้ยงในเคสยากที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนไว้ในการสนทนากลุ่ม

ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทาง 3 เดือน คะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 11.57 เป็น 15.50 คะแนน และคะแนน EQ-VAS เพิ่มขึ้นจาก 59.60 เป็น 72.90 คะแนน สอดคล้องกับ Saragih และคณะ[26] ที่พบจากการวิเคราะห์อภิมานว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ และ Qin และคณะ[27] ที่พบว่าการแทรกแซงที่บ้านเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะโปรแกรมที่ผสมผสานการฝึกทักษะ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และการปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมเดียวกับที่บรรจุในองค์ประกอบที่ 3 และ 5 ของแนวทางนี้ และสอดคล้องกับ Demir Avci[11] ที่พบว่าคะแนน ADL และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม TCM สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศ คะแนน ADL ที่เพิ่มขึ้นในการศึกษานี้มากกว่ามาลีวรรณ เกษตรทัต[25] ที่เพิ่มขึ้นจาก 8.86 เป็น 9.50 คะแนน แต่น้อยกว่าสุกัญญา ตรุสานันท์ [22] ที่เพิ่มจาก 4 เป็น 13 คะแนนภายใน 1 เดือน ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่มีคะแนนเริ่มต้นต่ำมากจึงมีโอกาสฟื้นตัวได้มากกว่า ทั้งนี้การฟื้นตัวของผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติในช่วงเดือนแรก ๆ หลังเกิดโรค และการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง ด้านภาวะซึมเศร้า คะแนน PHQ-9 ลดลงจาก 6.73 เป็น 4.50 คะแนน สอดคล้องกับวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] ที่พบว่าการเสริมสร้างกำลังใจร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและได้รับการดูแล

ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม มิติความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าของ EQ-5D-5L ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับทักษะการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตของพยาบาลยังปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์เพียงร้อยละ 40.00 จึงเป็นประเด็นที่ควรพัฒนาต่อ

ผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ และการกลับเข้ารักษาซ้ำ สัดส่วนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายลดลงจากร้อยละ 25.00 เหลือร้อยละ 6.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบปอดอักเสบจากการสำลัก สอดคล้องกับ Demir Avci[11] ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม TCM มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับสมรรถนะของผู้ดูแลที่สูงขึ้น และสอดคล้องกับสุกัญญา ตรุสานันท์[22] ที่พบว่าหลังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผลลัพธ์นี้อธิบายได้จากการที่แนวทางเน้นการเตรียมผู้ดูแลด้วยการสอนและสาธิตย้อนกลับในทักษะการพลิกตะแคงตัว การจัดท่า และการให้อาหาร ร่วมกับการประเมินการกลืนและ Braden Scale ก่อนจำหน่าย ซึ่งตรงกับสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะที่ 1 สำหรับการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่พบในกลุ่มหลังพัฒนาแนวทาง แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไปในทิศทางเดียวกับ Michael และคณะ[24] และ Xu และคณะ[20] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ผลที่ไม่มีนัยสำคัญอาจอธิบายได้จากขนาดกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนาที่มีเพียง 30 ราย จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดน้อย และระยะเวลาติดตามที่แตกต่างกัน (กลุ่มก่อนพัฒนาติดตามการกลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี กลุ่มหลังพัฒนาติดตาม 3 เดือน) ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคอาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาว[28] นอกจากนี้ยังพบการหกล้ม 2 ราย และข้อติดแข็ง 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับวิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[23] ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีแขนขาอ่อนแรงต้องระวังการเกิดอุบัติเหตุ จึงควรเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มไว้ในแนวทาง

ผลลัพธ์ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ความต่อเนื่องของการดูแล และความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.67 เป็นร้อยละ 100.00 ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 13.17 mmHg และผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 46.67 สอดคล้องกับสุกัญญา ตรุสานันท์[22] ที่ชี้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมากกว่าครึ่งยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเนื่องจากค่าเฉลี่ย FBS ตั้งแต่เริ่มต้นไม่สูงมาก การปรับยาเป็นบทบาทของแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และทักษะการวัดความดันโลหิตของพยาบาลยังไม่สมบูรณ์ ด้านความต่อเนื่องของการดูแล ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 5.13 ครั้งใน 3 เดือน และอัตราการเยี่ยมบ้านตามแผนบรรลุเป้าหมายทุกเดือน (ภาพรวมร้อยละ 96.61) สอดคล้องกับ Michael และคณะ[24] ที่ระบุว่าการประสานการดูแลและการติดตามหลังจำหน่ายเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมที่นำโดยพยาบาล ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากกลไกที่ออกแบบจากปัญหาจริงในพื้นที่ ได้แก่ การส่งต่อข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ภายใน 24 ชั่วโมงแทนใบส่งต่อกระดาษที่ล่าช้า แผนสำรองโดย อสม. และการทบทวนตัวชี้วัดรายเดือนตามวงจร PDCA ซึ่งสอดคล้องกับมาลีวรรณ เกษตรทัต[25] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดของผู้ป่วยคือการแก้ไขปัญหาเมื่อมีข้อสงสัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเรื่องช่องทางติดต่อในเวลากลางคืน และข้อที่ต่ำที่สุดของพยาบาลคือความเหมาะสมกับจำนวนบุคลากร ทำนองเดียวกับสุรัตน์ คร่ำสุข[21] ที่ระดับความคิดเห็นของพยาบาล

ต่อการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ว่าการยอมรับแนวทางขึ้นกับภาระงานและความพร้อมของทรัพยากร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติควรประกาศใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ และขยายผลไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออื่นในจังหวัดชัยภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. ควรจัดอบรมฟื้นฟูทักษะเชิงคลินิกแก่พยาบาลปฐมภูมิอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะการประเมินภาวะกลืนลำบาก การวัดความดันโลหิตและบันทึกผล การประเมินภาวะซึมเศร้า และสัญญาณอันตรายที่ต้องส่งต่อทันที พร้อมระบบพี่เลี้ยงในเคสยาก

3. ควรเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการป้องกันข้อติดแข็งในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และประสานแพทย์และเภสัชกรในการทบทวนและปรับยาผู้ป่วยที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย

4. ควรจัดช่องทางให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลนอกเวลาราชการ กำหนดผู้รับผิดชอบตอบคำถามในกลุ่มไลน์ให้ชัดเจน และพัฒนาแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาล

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนการดูแลระยะยาว (LTC) ควรสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ที่นอนลม และยานพาหนะเยี่ยมบ้าน และควรพิจารณาอัตรากำลังหรือ อสม. ที่ผ่านการอบรมเพื่อเสริมระบบเฝ้าระวังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6–12 เดือนหลังจำหน่าย เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ การกลับเข้ารักษาซ้ำ และความยั่งยืนของแนวทาง

2. ควรศึกษาโดยใช้กลุ่มควบคุม เช่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มในหลายพื้นที่ ที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการทดสอบผลลัพธ์ที่เกิดน้อย

3. ควรศึกษาผลของแนวทางต่อผู้ดูแลในครอบครัว เช่น สมรรถนะและภาระของผู้ดูแล และศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าของแนวทางเมื่อเทียบกับการดูแลเดิม

4. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม. ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลการวิจัยหรือ กิจกรรมใดๆในงานวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน พยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอภูเขียวที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้ง อสม. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Stroke [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026

Oct 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al.(2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. Int J Stroke. 2025;20(2). doi:10.1177/17474930241308142
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก: พบตัวเลขป่วยกว่า 3 แสน เสียชีวิตกว่า 3.7 หมื่นคน [Internet]. 2568 [cited 2026 Oct 25]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2025/10/35790
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2024). อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ปี 2566–2567 [Internet]. 2567 [cited 2026 Oct 25]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2024/07/31149
5. กองทุนหลักประกันสุขภาพ.(2567). โครงการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการรุนแรง [Internet]. 2567 [cited 2026 Oct 25]. Available from: https://www.donationhub.or.th/project/127/detail
6. ปภัชญา ประทุมวัน.(2569). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2569];1(1):78-92. เข้าถึงได้จาก: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/THSF/article/view/8497
7. โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ.(2567). รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤษภาคม 2567). ชัยภูมิ: โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ; 2567.
8. เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):74-88.
9. ธนาพรรณ มูลฐี, สมสมัย มั่นคง, ยุพา ศิรโพธิ์งาม, สมร ลีลาจรัส.(2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(1):95-110.
10. Srisuk N, et al.(2025). The role of home health care nurses in the transitional care of stroke patients from hospital to home. Thai Red Cross Nurs J. 2025;18(3). Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/274598
11. Demir Avci Y.(2023). Effects of Transitional Care Model-based interventions for stroke patients and caregivers on caregivers' competence and patient outcomes: randomized controlled trial. Comput Inform Nurs. 2023;41(10):805-14. doi:10.1097/CIN.0000000000000991
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.(2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/BF03193146
13. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
15. Bloom BS.(1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
16. Mahoney FI, Barthel DW.(1965). Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.(2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
18. Lincoln YS, Guba EG.(1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA): Sage; 1985.
19. World Medical Association.(2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4. doi:10.1001/jama.2013.281053
20. Xu X, Chen H, Xu D, Tan F, Li X.(2024). A scoping review of hospital to home transitional care

programmes for stroke survivors. J Clin Nurs. 2024;33(9):3414-28. doi:10.1111/jocn.17070
21. สุรัตน์ คร่ำสุข.(2568). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2568;43(1):e276913.
22. สุกัญญา ตรุสานันท์.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2567;34(1):38-52.
23. วิไลรัตน์ วงษ์แก้ว.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(16):251-61.
24. Michael NA, Mselle LT, Tarimo EM, Cao Y.(2025). The effectiveness of nurse-led transition care on post-discharge outcomes of adult stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. Nurs Open. 2025;12(3):e70140. doi:10.1002/nop2.70140
25. มาลีวรรณ เกษตรทัต.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):470-9.
26. Saragih ID, Everard G, Saragih IS, Lee BO.(2024). The beneficial effects of transitional care for patients with stroke: a meta-analysis. J Adv Nurs. 2024;80(2):789-806. doi:10.1111/jan.15850
27. Qin P, Cai C, Chen X, Wei X.(2022). Effect of home-based interventions on basic activities of daily living for patients who had a stroke: a systematic review with meta-analysis. BMJ Open. 2022;12(7):e056045. doi:10.1136/bmjopen-2021-056045
28. Taweephol T, Saksit P, Hiransuthikul A, Vorasayan P, Akarathanawat W, Chutinet A.(2024). Incidence of recurrent ischemic stroke and its associated factors in a tertiary care center in Thailand: a retrospective cohort study. BMC Neurol. 2024. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11069183/

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Development of emergency patient referral model at Chiang Yuen Hospital Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

วัฒนพงษ์ อุทรส[1]
Watthanaphong Uttharose[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 35 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 4 คน และพนักงานขับรถพยาบาล 7 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 ถึง เมษายน 2569 ณ โรงพยาบาลเชียงยืน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน แบบบันทึกการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: 1) รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และ (2) Application เรียกรถพยาบาล 2) ผลการนำรูปแบบไปใช้ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมีความถูกต้องสูง ได้แก่ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 98.17, การจัดลำดับการส่งต่อกรณีส่งต่อพร้อมกันตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปถูกต้องร้อยละ 100, การจัดเจ้าหน้าที่ดูแลขณะส่งต่อถูกต้องร้อยละ 100 และการเรียกใช้รถพยาบาลถูกต้องร้อยละ 97.44 โดยไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อ (ร้อยละ 0) ความพึงพอใจต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, SD = 0.56) แบ่งเป็นด้านแนวปฏิบัติระดับมาก (Mean = 4.30, SD = 0.54), ด้าน Application เรียกรถพยาบาลระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.65) และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ระดับมาก (Mean = 4.26, SD = 0.71)

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย, ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

ABSTRACT

This study aimed to develop and evaluate the outcomes of the emergency patient referral model at Chiang Yuen Hospital, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province. This study utilized a participatory action research design. Purposive sampling was used to recruit 35 professional nurses, 4 emergency medical technicians, and 7 ambulance drivers. The study was conducted from July 2025 to April 2026 at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province. Data collection instruments included an observation form for adherence to emergency patient referral guidelines, an adverse event record form, and a satisfaction evaluation form regarding the referral model. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: 1) The emergency patient referral model of Chiang Yuen Hospital comprised: (1) emergency patient referral guidelines, and (2) an ambulance request application. 2) Outcomes of the emergency patient referral model indicated high adherence to referral guidelines: accurate patient triage (98.17%), correct referral prioritization when handling two or more simultaneous cases (100%), appropriate staff assignment during transit (100%), and correct ambulance dispatching (97.44%). The incidence rate of adverse events during transport was 0%. Overall satisfaction with the referral model was at a high level (Mean = 4.32, SD = 0.56), with specific domains rated as follows: referral guidelines at a high level (Mean = 4.30, SD = 0.54),

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ambulance request application at a high level (Mean = 4.38, SD = 0.65), and model utilization/application at a high level (Mean = 4.26, SD = 0.71).

Keywords: Patient referral model, Critical emergency patient

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บรุนแรงเฉียบพลัน มีอาการวิกฤตหรือเร่งด่วนอันเกิดจากความเสื่อมถอยของสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย ช่วยชีวิต และบำบัดรักษาโดยเร็วที่สุด หากได้รับการรักษาล่าช้าอาจนำไปสู่การพิการถาวรหรือการเสียชีวิตได้[1] ในกรณีที่การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเกินขีดความสามารถและศักยภาพของสถานพยาบาลต้นทาง จำเป็นจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลแม่ข่ายที่มีขีดความสามารถสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการส่งต่อ (Referral System) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System) การพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยในการลำเลียงผู้ป่วยวิกฤต (Inter-hospital Transport Safety) และการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกระดับได้รับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน รวดเร็วและปลอดภัยสูง สุด[2] ทั้งนี้ การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินให้บรรลุตามเป้าหมายของนโยบายดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยกลไกการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ได้แก่ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างแม่นยำ การจัดลำดับความเร่งด่วนในการส่งต่อที่ถูกต้อง การจัดสรรเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังขณะเดินทางที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย[3] และระบบการประสานงานเรียกรถพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยต้องส่งต่อพร้อมกันหลายรายในเวลาเดียวกัน หากระบบส่งต่อขาดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน ย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยและโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ทั้งนี้ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย จำเป็นต้องครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญตั้งแต่การประเมินแรกรับ การคัดแยกความรุนแรงและจัดลำดับความเร่งด่วนที่ถูกต้อง การเตรียมผู้ป่วยให้มีสัญญาณชีพคงที่ก่อนเคลื่อนย้าย (Stabilization) การประสานงานกับสถานพยาบาลปลายทางเพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย การจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะและเครื่องมืออุปกรณ์กู้ชีวิตที่เหมาะสมตลอดการเดินทาง ตลอดจนระบบการสื่อสารและเรียกรถพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ หากระบบการส่งต่อขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยและโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย

โรงพยาบาลเชียงยืน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง รับหน้าที่ดูแลและส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลขอนแก่น จากข้อมูลสถิติการส่งต่อผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินสูงถึง 1,250 ราย จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบปัญหาสำคัญเชิงระบบ (Phenomenon) ในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย 3 ประการหลัก ได้แก่ 1) การจัดลำดับการส่งต่อคลาดเคลื่อนกรณีส่งต่อพร้อมกันหลายราย พบอุบัติการณ์การจัดลำดับการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่ากลับได้รับการส่งต่อออกไปก่อนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตหนักต้องเผชิญภาวะการส่งต่อที่ล่าช้า 2) การจัดบุคลากรดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งไม่เหมาะสม และไม่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงและภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นไม่มีพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะทางนำส่ง หรือการนำส่งผู้ป่วยวิกฤตหนักพร้อมกันหลายรายใน

รถพยาบาลคันเดียวแต่มีพยาบาลดูแลเพียงคนเดียว ทำให้เกิดอุบัติการณ์รุนแรง คือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) ขณะนำส่ง และมีเจ้าหน้าที่ดูแลช่วยชีวิตไม่เพียงพอจำนวนถึง 2 ราย 3) การระบบประสานงานเรียกรถพยาบาลนำส่งผู้ป่วยยังขาดระบบสารสนเทศที่คล่องตัว ทำให้เกิดความล่าช้าสะสมในขั้นตอนการเตรียมรถและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกสู่นอกโรงพยาบาล

จากสภาพปัญหาและปรากฏการณ์ข้างต้น ซึ่งยังไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของนโยบาย Service Plan สาขาการส่งต่อ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน โดยมุ่งเน้นการสร้างแนวปฏิบัติการคัดแยกและจัดลำดับความเร่งด่วนที่ชัดเจน การจัดสรรบุคลากรเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม ตลอดจนการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการประสานงานเรียกรถพยาบาล เพื่อให้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีความถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด

วัตถุประสงค์การศึกษา

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2.เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข ผลการศึกษาที่ค้นพบสามารถนำไปปรับปรุง แก้ไขหรือพัฒนาการปฏิบัติงานได้จริง การปฏิบัติตามวงจร PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน[4] ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกตและบันทึกผล (Observe) และ การสะท้อนผล (Reflect) โดยทำการดำเนินการ 2 วงรอบ เพื่อวิเคราะห์ พัฒนาปรับปรุง และประเมินผลรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะกรณีมีการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินหลายรายในเวลาเดียวกัน การปฏิบัติต้องมีความชัดเจนต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการส่งต่อและการรักษาตามลำดับความรุนแรง เกิดความปลอดภัยในขณะส่งต่อ และไม่เกิดความล่าช้าในกระบวนการส่งต่อ ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาปัญหาการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยการใช้การสนทนากลุ่ม รายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และข้อเสนอแนะการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโดยใช้วงจร PAOR ได้แก่ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติตามแผน (Act) ขั้นสังเกตผล (Observe) และ ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ดำเนินการพัฒนาตามวงจร 2 วงรอบ จนได้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน

ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยการประเมินรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน จากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน รายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 35 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 4 คน และพนักงานขับรถ จำนวน 7 คน ที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 – เดือน เมษายน 2569

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมเฉพาะเนื่องจากต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 35 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 4 คน และพนักงานขับรถ จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสำรวจปัญหาและอุปสรรคของระบบส่งต่อ เป็นแบบสำรวจปลายเปิดเพื่อค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ 2) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน 3) แบบบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความถูกต้องของภาษาเพื่อหาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่า แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน มีค่า IOC เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน มีค่า IOC เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมานใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการหลังจากผ่านการพิจารณา และรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาและรับรองการวิจัยโรงพยาบาลเชียงยืน เลขที่ CY 9/2568 และได้ชี้แจงการปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนนำเครื่องมือไปทำการวิจัย

ผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืนครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาปัญหา โดยการใช้การสนทนากลุ่ม รายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และข้อเสนอแนะการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่มได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 35 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 4 คน และพนักงานขับรถ จำนวน 7 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน สรุปปัญหาได้ดังนี้

1) การคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน พบว่า งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานผู้ป่วยนอก ใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (Emergency Severity Index) 5 ระดับ[5] ความรุนแรงสูงสูดคือระดับ 1 และไร่เรียงลงไปจนถึงความรุนแรงน้อยสุดคือระดับ 5 ส่วนงานผู้ป่วยในและงานผู้คลอด ใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยใน 4 ระดับ[6] ความรุนแรงสูงสุดคือระดับ 4 ไล่เรียงขึ้นมาจนถึงคงามรุนแรงน้อยสุดคือระดับ 1 ซึ่งระดับความรุนแรงจะสวนทางกันทำให้เกิดความ

สับสนในการจัดระดับความรุนแรงและการจัดลำดับการส่งต่อผู้ป่วย

2) การจัดลำดับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน กรณีการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินพร้อมกันหลายรายไม่ชัดเจน พบว่ามีผู้ป่วย STEMI fast track, Stroke fast track, NSTEMI และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต้องส่งต่อพร้อมกัน แต่มีรถพยาบาล 2 คัน ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อก่อน คือ ผู้ป่วย NSTEMI และ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วย STEMI fast track และ Stroke fast track ซึ่งต้องให้ยาภายในเวลาที่จำกัดเกิดความล่าล้าในการให้ยาและการดูแลรักษา

3) การจัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อไม่เหมาะสม พบว่า เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยมีภาวะ Post cardiac arrest มีพยาบาลนำส่ง 1 คนและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ผู้ป่วยวิกฤตกเฉินมีภาวะหัวใจหยุดเต้นในขณะส่งต่อมีเจ้าหน้าที่ดูแลไม่เพียงพอ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นมีพยาบาลนำส่ง 1 คน มีการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มีระดับความรุนแรงสูงไปในรถคันเดียวกันสองคนแต่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลนำส่งเพียง 1 คน

4) การประสานงานเรียกรถพยาบาลเกิดปัญหาล่าช้า พบว่า การประสานงานทางโทรศัพท์มีความล่าช้า พนักงานขับรถไปรับผู้ป่วยล่าช้า พนักงานขับรถไปรับผู้ป่วยผิดแผนก กรณีมีการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินพร้อมกันหลายรายพนักงานขับรถไม่ทราบว่าจะไปรับผู้ป่วยรายใดก่อน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเกิดความล่าช้า

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโดยใช้วงจร PAOR ดำเนินการพัฒนาตามวงจร 2 วงรอบ พบว่า

วงรอบที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญ 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) การคัดแยกประเภทและการจัดลำดับการส่งต่อผู้ป่วย 2) การจัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 3) การเรียกใช้รถพยาบาลนำส่งผู้ป่วย ผลสะท้อนพบว่า การประสานงานเรียกรถพยาบาลนำส่งผู้ป่วยเกิดความผิดพลาด ล่าช้า ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความล่าช้า

วงรอบที่ 2 การพัฒนา Application เรียกรถพยาบาล โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์ เพื่อจัดทำ Application เรียกรถพยาบาล โดยยึดแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเป็นเกณฑ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ 1) ส่วนการรายงานข้อมูล 2) ส่วนคำสั่งเรียกรถพยาบาล 3) การประเมินผลพนักงานขับรถ โดยเชื่อมต่อ Application กับโทรศัพท์มือถือของพนักงานขับรถทุกคน เมื่อมีการเรียกรถพยาบาลระบบจะแจ้งเตือนให้พนักงานขับรถทราบทันที เพื่อนำรถพยาบาลมารับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และตรงแผนก

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืน พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จำนวน 273 ราย มีการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินพร้อมกันตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป จำนวน 19 ครั้ง ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ประกอบด้วยการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 98.17 การจัดลำดับการส่งต่อผู้ป่วยกรณีส่งต่อผู้ป่วยพร้อมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 100 การจัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 100 การเรียกใช้รถพยาบาลนำส่งผู้ป่วย ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 97.44

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงยืนในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 4.32, SD.0.56) ด้านแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อยู่ในระดับมาก (Mean 4.30, SD.0.5) ด้าน Application เรียกรถพยาบาลนำส่งผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (Mean 4.38, SD.0.65) ด้านการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินไปใช้ประโยชน์ อยู่ในระดับมาก (Mean 4.26, SD.0.71)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา การมีแนวปฏิบัติการการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยลดความยุ่งยากและลดขั้นตอนในการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่หน้างาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างถูกต้องตามลำดับความเร่งด่วน สอดคล้องกับแนวคิดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[1] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี สุทธิอาจ และสุบรรณ อาจสมัย[7] ที่ระบุว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนย่อมส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การมีแนวปฏิบัติในการจัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อที่ชัดเจนและสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของโรค ทำให้สามารถประเมินและจัดสรรบุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสมในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง[8] ส่งผลให้การจัดการดูแลผู้ป่วยระหว่างเดินทางมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยจนถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในการส่งต่อลดลง การขับเคลื่อนระบบส่งต่อด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดย Application เรียกรถพยาบาล สะท้อนว่าเทคโนโลยีสามารถแก้ปัญหาในระบบเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากเดิมที่พนักงานขับรถไม่ทราบลำดับความเร่งด่วน หรือไปรับผู้ป่วยผิดแผนก เนื่องจากการสื่อสารผ่านโทรศัพท์คลาดเคลื่อน เมื่อเปลี่ยนมาใช้ระบบ Application ที่เชื่อมโยงคำสั่งเรียกรถเข้ากับโทรศัพท์มือถือของพนักงานขับรถโดยตรง พร้อมระบุพิกัดแผนกและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามเกณฑ์แนวปฏิบัติ ทำให้พนักงานขับรถรับทราบข้อมูลทันที ส่งผลให้การเรียกใช้รถพยาบาลมีความถูกต้องแม่นยำ ช่วยลดเวลาในการรอคอย (Waiting time) และเพิ่มความรวดเร็วในการนำส่งผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพดล คำใส และ วิภาวี ชัยโชติ[9] ที่ระบุว่าการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการรถพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ครั้งนี้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานจริง ได้ร่วมสะท้อนปัญหา (Reflect) ในระยะที่ 1 และร่วมทดลองปรับปรุงระบบในระยะที่ 2 มีส่วนร่วมในการออกแบบระบบประเมินและการรับงานผ่าน Application ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทของตนเอง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นด้วยความเต็มใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อำนาจ ลีรัก[10] และวิเชียน คุณโน, ปรมาภรณ์ คลังพระศรี, สุนิตย์ สุวรรณมิตร, ณัฐวุฒิ สุริยะ[11] ที่พบว่ากระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม จะช่วยเพิ่มทั้งความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการทำงาน ส่งผลให้ระบบที่พัฒนาขึ้นมีความยั่งยืนและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ควรประกาศให้ "รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน" และแนวปฏิบัตินี้เป็นมาตรฐานกลาง (Standard Operating Procedure: SOP) ของโรงพยาบาลเชียงยืน โดยมีการปฐมนิเทศและฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และพนักงานขับรถพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ทุกคน เพื่อรักษาความต่อเนื่องและมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนพัฒนา Application เรียกรถพยาบาล เปรียบเทียบกับมูลค่าความสูญเสียที่ลดลงจากการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและ จัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1hss/wp-content/uploads/2023/ 04/แนวทาง-PA.pdf

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2563). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/

3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). แนวทางปฏิบัติการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https:// www.don.go.th/Information_news/1347505.pdf

4. Tomakin E(2018).. Action research: Introduction of action models and action cycle. Turkish Studies [Internet]. 2018 [cited 2025 Aug 1]. Available from: https://turkishstudies.net/DergiTamDetay.aspx?ID=13367

5. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). MOPH ED. TRIAGE [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population_Health/Attach

6. สุภาภรณ์ คำแพงศิริรัตน์.(2566). วิธีการปฏิบัติ: การจำแนกประเภทผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. บึงกาฬ: โรงพยาบาลบึงกาฬ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://buenghos.moph.go.th/images/document/document_ha/งาน_IPD/WI-IPD-01_0001.pdf

7. สุภาวดี สุทธิอาจ, สุบรรณ อาจสมัย.(2568). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://backoffice.udpho.org> control>download

8. ศิริพร กิตติวัฒนากูล, และ พัชรี เลิศมงคล.(2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 39(1), 45-54.

9. นพดล คำใส, และ วิภาวี ชัยโชติ. (2565). การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการรถพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 31(3), 512-522.

10. อำนาจ ลีรัก.(2568). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขสุโขทัย [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ scintc/article/ view/5090/3736

11. วิเชียน คุณโน, ปรมาภรณ์ คลังพระศรี, สุนิตย์ สุวรรณมิตร, ณัฐวุฒิ สุริยะ. (2569). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันอาการทรุดลงระหว่างนำส่งภายในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 9(1),68.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก คลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

Effect of a Self-Care Promotion Program with Family Participation on Knowledge and Caring Behaviors among Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy and Their Primary Caregivers at the Gynecologic Oncology Clinic,Nong Khai Hospital.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สายใจ สุวรรณศรี[1]
Saijai Suwannasri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest–Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักที่มารับบริการ ที่คลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งนรีเวชและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2) การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วย 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล และ 4) การติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลหลัก และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test, Independent t-test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช, ยาเคมีบำบัด, ผู้ดูแลหลัก

Abstract

The Effects of a Family Participation-Based Self-Care Promotion Program on Knowledge and Care Behaviors Among Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy and Their Primary Caregivers. This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of a family participation-based self-care promotion program on knowledge and care behaviors among gynecologic cancer patients receiving chemotherapy and their primary caregivers. The study also aimed to compare the post-intervention knowledge and care behavior scores of patients and primary caregivers between the experimental and control groups. The sample consisted of 60 pairs of gynecologic cancer patients receiving chemotherapy and their primary caregivers who attended the Gynecologic Oncology Clinic at Nong Khai Hospital. The participants were selected according to the predetermined eligibility criteria and allocated into an experimental group of 30 pairs and a control group of 30 pairs. The experimental group received a family participation-based self-care promotion program comprising four activities: (1) enhancing knowledge of gynecologic cancer and chemotherapy; (2) developing self-care and patient

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

care skills; (3) promoting family participation in care; and (4) providing continuous follow-up and support. The control group received usual nursing care. The research instruments consisted of the family participation-based self-care promotion program, a general information questionnaire, a patient knowledge assessment, a patient self-care behavior assessment, a primary caregiver knowledge assessment, and a primary caregiver patient-care behavior assessment. Data were analyzed using the Chi-square test, independent-samples t-test, and paired-samples t-test. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results revealed that, following the intervention, patients in the experimental group had significantly higher knowledge scores regarding their disease and significantly higher self-care behavior scores than those in the control group ($p < 0.001$). Similarly, primary caregivers in the experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores regarding patient care and significantly higher patient-care behavior scores than those in the control group ($p < 0.001$).

Keywords: self-care promotion program, family participation, gynecologic cancer patients, chemotherapy, primary caregivers

บทนำ

มะเร็งนรีเวช (Gynecologic cancers) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีไทย พบอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง[1] การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นแนวทางหลักในการควบคุมโรค[2] แต่มักเกิดผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย[3] การดูแลตนเองที่เหมาะสมมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิต[4] ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การจัดการอาการข้างเคียง และการป้องกันการติดเชื้อ[5] ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์และการตัดสินใจรักษา[6] การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ[7] ทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Self-efficacy theory) อธิบายว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] การส่งเสริม self-efficacy ของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ[9] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดดีขึ้นและยังช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย[10] รวมถึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น[11] โปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model: HPM) เชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติได้จริง[12]

สถิติผู้ป่วยมะเร็งของคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรมโรงพยาบาลหนองคาย ปี 2566-2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 346, 384 และ 401 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 63.46, 65.99 และ 68.08 ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ตามลำดับ[13] ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เหนื่อยล้าเบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ ผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ ผลกระทบของการได้รับเคมีบำบัด ความไม่สุขสบายของอาการข้างเคียงทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์และผลการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบการสอนที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎี 3 ประการคือทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแบนดูรา แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และแนวคิดการ

ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และให้ครอบครัวการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม 3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม 4) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) สองกลุ่มมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest- posttest design) **กลุ่มตัวอย่าง** กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7[14] แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคายเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria)

ผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษา ในคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวเป็นครั้งแรก 2) อายุระหว่าง 20-69 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิต 4) ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ดูแลหลัก 1) เป็นคนในครอบครัวหรือญาติความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 3) มีการมองเห็นการได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้และเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ในระหว่างการเข้าโปรแกรมผู้ป่วยต้องยุติการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2) ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของ แนวคิดการมีส่วนร่วมของและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ นำโปรแกรมฯมาใช้ในกลุ่มทดลองซึ่งประกอบด้วยการทำกิจกรรม 4 ครั้ง คือ **ครั้งที่ 1** Knowledge Enhancement (60 นาที) **ครั้งที่ 2** Self-Care and Caregiving Skills Training (60 นาที) **ครั้งที่ 3** Family Participation (60 นาที) **ครั้งที่ 4** Follow-up and Reinforcement (20–30) ทางโทรศัพท์ ออนไลน์หรือในวันนัด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (8 ข้อ) **ส่วนที่ 2** ข้อมูลเกี่ยวกับ

การรักษาของผู้ป่วย (5 ข้อ) **ส่วนที่ 3** แบบประเมินความรู้โรคมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วย (15) โดยข้อคำถามที่ตอบ “ถูก” และข้อคำถามที่ตอบ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนนแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ อิงเกณฑ์ของ Bloom[15] ดังนี้ คะแนน 0-5 ระดับต่ำ, คะแนน 6-10ระดับปานกลาง และคะแนน 11-15 ระดับสูง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก แบ่งออกเป็น 3 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก (9 ข้อ) โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง **ส่วนที่ 2** แบบประเมินความรู้โรคมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ดูแลหลัก (15 ข้อ) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยข้อคำถามที่ตอบ “ถูก” และข้อคำถามที่ตอบ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูกได้ 1 คะแนน และ ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom[15] ดังนี้ คะแนน 0-5 ระดับต่ำ, คะแนน 6-10 ระดับปานกลาง และคะแนน 11-15 ระดับสูง **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลหลักผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน[16]ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ดูแลในชีวิตและบทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของทีมแพทย์ จำนวน 20 คำถามแบบสอบถามมีคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยคะแนน 1 คือ ไม่เคยมีพฤติกรรมนี้เลย, คะแนน 2 คือ มีพฤติกรรมนี้สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง คะแนน 3 คือ มีพฤติกรรมนี้สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง และคะแนน 4 คือ มีพฤติกรรมนี้สม่ำเสมอ แปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็น 3 ระดับจากการคำนวณอันตรภาคชั้น[17] และทำการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ดังนี้ คะแนน 20.00 - 40.00 หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลระดับต่ำ, คะแนน 40.01 - 60.00 หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลระดับปานกลาง, คะแนน 60.01 - 80.00 หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลระดับสูง

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และแก้ไขตามคำแนะนำแล้วทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค[19] โดยได้ความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้โรคมะเร็งนรีเวชหลังได้รับเคมีบำบัด =1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลหลัก = 0.98

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนาใช้ Frequency, Percentage, Meanและ Standard Deviation สถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-square test, Independent t-test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย เลขที่ใบรับรอง COA No. 003/2569

ผลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=60) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันและสามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในการศึกษาต่อไปได้

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์วิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	8.63	1.52	0.43	0.668
กลุ่มควบคุม	30	8.47	1.44		

สรุป ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.668)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	8.63	1.52	15.82	<0.001
หลังทดลอง	30	13.53	1.14		

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	13.53	1.14	8.48	<0.001
กลุ่มควบคุม	30	10.63	1.48		

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	56.27	5.21	0.34	0.734
กลุ่มควบคุม	30	55.80	5.46		

สรุป ก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.734)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	56.27	5.21	16.71	<0.001
หลังทดลอง	30	70.43	4.62		

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	70.43	4.62		
กลุ่มควบคุม	30	62.27	5.18	6.44	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักก่อนการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	8.87	1.47		
กลุ่มควบคุม	30	8.73	1.39	0.37	0.711

สรุป ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.711)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	8.87	1.47	18.34	<0.001
หลังทดลอง	30	14.07	0.94		

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	14.07	0.94		
กลุ่มควบคุม	30	11.23	1.36	9.48	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักก่อนการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	57.10	5.42		
กลุ่มควบคุม	30	56.83	5.31	0.19	0.845

สรุป ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.845)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	57.10	5.42		
หลังทดลอง	30	73.17	4.38	18.96	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	73.17	4.38		
กลุ่มควบคุม	30	64.03	5.26	7.31	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

สรุปผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

1. ก่อนทดลองผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานและคะแนนความรู้/พฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p>0.05)

2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

3. หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

4. ภายหลังการได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

5. หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

สรุปภาพรวมผลการวิจัย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของทั้งผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตาม และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลหลักก็มีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 4 ข้อ และสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดในคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

สรุปและอภิปรายผล

ด้านความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้อย่างเป็นระบบและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักมีส่วนช่วยส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับนพรัตน์ ศรีสมบูรณ์ และคณะ[10] ซึ่งระบุประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับ Kim, Lee[5] ซึ่งมุ่งศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองต่อการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาจึงสนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาความรู้ให้แก่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจและการดูแลในชีวิต ประจำวันได้อย่างเหมาะสม ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลัก การที่คะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากการนำความรู้ไปฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวโดยผู้ดูแลหลักมีบทบาทในการช่วยเหลือติดตามอาการและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปรารถนา กันทอน[4] ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลและสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[8] ที่ให้ความสำคัญกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับ Lee Kim, และ Park[7] ซึ่งศึกษาผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปรับตัวทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และสมบูรณ์ ใจดี และคณะ[11] ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง งานเหล่านี้สะท้อนความสำคัญของแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วย แม้ผลลัพธ์ที่ศึกษาในแต่ละงานจะแตกต่างกันก็ตาม

โดยสรุปผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลของทั้งผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักโดยมีองค์ ประกอบสำคัญคือการให้ความรู้การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง จึงควรพิจารณานำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ดูแลหลักควบคู่กัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะที่ยาวขึ้น
2. ควรเพิ่มตัวแปรผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
3. ควรศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสุ่ม
4. ควรศึกษาประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565* (Hospital-Based Cancer Registry 2022). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

2. National Cancer Institute. (2023). *Cancer treatment overview*. https://www.cancer.gov

3.. Smith, T. G., Castro, K. M., Troeschel, A. N., Arora, N. K., & Stein, K. (2018). Self-management of cancer: A systematic review. *Cancer, 124*(5), 1015–1026.

4. ปรารถนา กันทอน. (2564). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล*. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

5. Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. S. (2018). Effects of self-care education on symptom management in cancer patients receiving chemotherapy.*Oncology Nursing Forum,45*(3),350–360.

6. กรมสุขภาพจิต. (2564). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านจิตใจ*. กระทรวงสาธารณสุข.

7. Lee, Y. J., Kim, J. H., & Park, S. Y. (2019). The effects of family support on psychological adaptation in cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 27*(4), 1455–1462.

8. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.

9. Brown, R. F., Butow, P. N., & Boyer, M. J. (2020). Promoting patient participation in cancer care: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 103*(5), 1010–1017.

10. นพรัตน์ ศรีสมบูรณ์, และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสาธารณสุข, 50*(3), 210–220.

11. สมบูรณ์ ใจดี, และคณะ. (2564). *ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารการพยาบาล, 39*(1), 78–89.

12. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.

13. โรงพยาบาลหนองคาย. (2568). *สถิติประจำปีผู้ป่วยคลินิกนอก.* กระทรวงสาธารณสุข.

14. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

15. Bloom, Benjamin S., et al. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning. New York: McGraw-Hill Book Company. 1971.

16. American Cancer Society. (2019) Cancer screening in the United States: *A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening*.: 69(3); 184-210.

17. พรนภา ไชยอาสา. *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน.* มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เชียงใหม่. 2550.

18. Cronbach, LJ. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Haper and Row. Republisher. 1974.

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Development of an Integrated Care Model for Children with Asthma at Chiang Yuen Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: October 29,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

ธัญลักษณ์ สว่างบุญ[1]
Tanyaluk Sawangboon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรคหืดและการใช้บริการสุขภาพก่อนและ หลังการใช้รูปแบบ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลเด็กโรคหืด ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยสังเคราะห์ ข้อมูลร่วมกับแนวทางมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 2–15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดและมารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงยืน จำนวน 126 ราย คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทุกรายตามช่วงเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม–มิถุนายน 2569 ประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยระดับการควบคุมโรคหืด จำนวนครั้งการมารับบริการที่ ห้องฉุกเฉิน และจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด–สูงสุด และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังด้วย Stuart–Maxwell test และ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการศึกษา : รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คลินิกเด็กโรคหืด แบบเฉพาะ 2) การให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง/ผู้ดูแล 3) การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นและ Spacer 4) การจัดทำหรือปรับปรุง Asthma Action Plan รายบุคคล และ 5) ระบบติดตามต่อเนื่องผ่าน โทรศัพท์หรือ Line กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย เป็นเพศชาย 74 ราย (ร้อยละ 58.73) อายุ 4–11 ปี 88 ราย (ร้อยละ 69.84) ก่อนพัฒนารูปแบบควบคุมโรคได้ 56 ราย (ร้อยละ 44.44) ควบคุมได้บางส่วน 55 ราย (ร้อยละ 43.65) และควบคุมไม่ได้ 15 ราย (ร้อยละ 11.91) หลังพัฒนารูปแบบควบคุมโรคได้เพิ่มเป็น 70 ราย (ร้อยละ 55.56) และควบคุมไม่ได้ลดเหลือ 1 ราย (ร้อยละ 0.79) การกระจายระดับการควบคุมโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2(2)=18.15$, $p<0.001$) จำนวนครั้งการมา ห้องฉุกเฉิน ลดจากมัธยฐาน 2 ครั้ง (1–5) เป็น 1 ครั้ง (0–2) และการนอนโรงพยาบาลลดจาก 2 ครั้ง (1–3) เป็น 0 ครั้ง (0–2) โดยทั้งสองตัวชี้วัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: โรคหืดในเด็ก, รูปแบบการดูแลแบบครบวงจร, การควบคุมโรคหืด, ยาสูดพ่น, Asthma Action Plan

ABSTRACT

This study aimed to develop an integrated care model for children with asthma at Chiang Yuen Hospital, Mahasarakham Province, and to compare asthma control and healthcare utilization before and after implementation of the model. This quasi experimental research consisted of three phases: situation and problem assessment; development of an integrated care model based on standard asthma-care guidance and empirical evidence; and implementation and evaluation. Participants were 126 children aged 2–15 years diagnosed with asthma and receiving care at Chiang Yuen Hospital. Eligible patients during the study period were included. Outcomes assessed before and after implementation were asthma control level, emergency department visits, and hospital admissions. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum–maximum, Stuart–Maxwell test, and Wilcoxon signed-rank test, with statistical significance set at .05.

Results: The integrated care model comprised five components: a dedicated pediatric asthma clinic; education for children and caregivers; inhaler and spacer skill training; individualized Asthma Action Plans; and continuous follow-up via telephone or Line. Of 126 participants, 74 (58.73%) were male and 88 (69.84%) were aged

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 44000

4–11 years. Before implementation, 56 (44.44%) had controlled asthma, 55 (43.65%) partially controlled asthma, and 15 (11.91%) uncontrolled asthma. After implementation, 70 (55.56%) were controlled and only 1 (0.79%) was uncontrolled. The distribution of asthma-control levels changed significantly ($\chi^2(2)=18.15$, $p<0.001$). Median emergency visits decreased from 2 (1–5) to 1 (0–2), and median hospital admissions decreased from 2 (1–3) to 0 (0–2); both differences were statistically significant ($p<0.001$).

Keywords: children with asthma, integrated care model, asthma control, inhaler technique, Asthma Action Plan

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่มีการอักเสบของหลอดลมและภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้เกิดอาการไอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และมีเสียงหายใจหวีด อาการและ ความรุนแรงเปลี่ยนแปลงได้ ตามปัจจัยกระตุ้นและระดับการควบคุมโรค หากควบคุมโรคได้ไม่ดี เด็กอาจ มีผลกระทบต่อการเรียน การนอนหลับ การทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิต รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการ มารับบริการฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาล แนวทาง Global Initiative for Asthma (GINA) เน้นการประเมินอาการและความเสี่ยง การใช้ยาที่เหมาะสม การตรวจสอบ เทคนิคการใช้ inhaler การจัดการปัจจัยเสี่ยง การให้ความรู้และการติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุการควบคุมโรค และลด ความเสี่ยงในอนาคต[1]

การดูแลเด็กโรคหืดจึงไม่ควรมุ่งเฉพาะการรักษาเมื่อเกิดอาการกำเริบ แต่ควรเชื่อมโยงการ ดูแลระหว่าง โรงพยาบาล บ้าน และครอบครัว การให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง มีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถ ช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อผู้ปกครองหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม[2,3,4,5] ขณะเดียวกัน การจัดการสิ่งกระตุ้นและการติดตามต่อเนื่องมีความ สำคัญต่อการป้องกันการกำเริบและลดการใช้บริการสุขภาพ[1,6,7,8] งานพัฒนาระบบบริการเด็กโรคหืดใน ประเทศไทยยังสนับสนุนแนวทางการดูแลแบบต่อเนื่อง การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกับเครือข่าย และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก[7,8,9,10,11]

โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ให้บริการเด็กโรคหืดทั้งระยะมีอาการและระยะติดตาม จากการ ทบทวนระบบบริการพบช่องว่างด้านการจัดการปัจจัยกระตุ้น การใช้ยาสูดพ่น และความต่อเนื่อง ของการติดตาม โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาพบการสัมผัสไรฝุ่นในบ้านร้อยละ 58.73 มีสัตว์เลี้ยงร้อยละ 57.14 และมีสมาชิก ในครอบครัวสูบบุหรี่ในบ้านร้อยละ 47.62 ขณะที่เทคนิคการใช้ยาสูดพ่นโดยรวม อยู่ในระดับสูง แต่ขั้นตอนการ เขย่ายาก่อนใช้ถูกต้องเพียงร้อยละ 88.89 นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วย เด็กโรคหืดที่มาห้องฉุกเฉินในปี 2566–2568 เท่ากับ 87, 88 และ 90 ราย และจำนวนการนอน โรงพยาบาลเท่ากับ 91, 101 และ 125 ราย ตามลำดับ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบ การดูแลที่ครอบคลุมหลายมิติและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร โดยบูรณาการการประเมินระดับการควบคุมโรค การจัดการยาและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การจัดการสิ่งแวดล้อม การให้ ความรู้และเสริมพลังผู้ดูแล การจัดทำ Asthma Action Plan และระบบติดตามต่อเนื่อง เพื่อประเมิน ว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้จริงและมีการเปลี่ยนแปลง ของผลลัพธ์ ด้านการควบคุมโรค และการใช้บริการสุขภาพหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรคหืดและการใช้บริการสุขภาพของเด็กโรคหืด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงกรกฎาคม 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระหว่างเดือนสิงหาคม–กันยายน 2568 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ระหว่างเดือนตุลาคม–ธันวาคม 2568 และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล ระหว่างเดือนมกราคม–มิถุนายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเด็กอายุ 2–15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดและมารับบริการที่ โรงพยาบาลเชียงยืน

กลุ่มตัวอย่าง เด็กอายุ 2-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด และมารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระยะเวลา ตุลาคม 2568 - มิถุนายน 2569 จำนวน 126 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม การคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทุกรายตามช่วงเวลาที่ศึกษา โดยคัดเลือกเด็กโรคหืดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นเด็กโรคหืดที่มีอายุ 2–15 ปี ตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จริง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด
3. มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
4. สามารถเข้าร่วมกระบวนการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้
5. ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย และสามารถให้ข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมการติดตามหรือการประเมินผลตามระยะเวลาที่กำหนด
3. ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลขอถอนเด็กออกจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแล ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และช่องว่างของระบบการดูแลเด็กโรคหืด ครอบคลุมการควบคุมโรค การใช้ยา เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น ปัจจัยกระตุ้นภายในบ้าน การเข้ารับบริการฉุกเฉิน และการนอนโรงพยาบาล แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ระยะที่ 2 นำผลการศึกษามาร่วมกับแนวคิด แนวทางมาตรฐาน และหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) คลินิกเด็กโรคหืดแบบเฉพาะ 2) การให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง ผู้ดูแล/3) การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นและ Spacer 4) การจัดทำหรือปรับปรุงแผนปฏิบัติการโรคหืดรายบุคคล (Asthma Action Plan) และ 5) ระบบติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์หรือ Line รวมทั้งมีการประสานงานและส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ จากนั้นนำรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจร 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินการควบคุมโรคหืด 4) แบบบันทึกการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ จำนวนครั้งการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาล และ 5) แบบบันทึกการได้รับบริการตามรูปแบบ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นและ Spacer การได้รับ Asthma Action Plan และการติดตามต่อเนื่อง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยกุมารแพทย์ด้านโรคหืดในเด็ก พยาบาลเด็ก และเภสัชกร

โดยมีค่า IOC รายข้อ 0.67–1.00 และค่า IOC โดยรวม 0.89

การทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบ ได้แก่ ระดับการควบคุมโรคหืด จำนวนครั้งการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน และจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล จากนั้นให้บริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินระดับการควบคุมโรค ปัจจัยเสี่ยงและสิ่งแวดล้อม ทบทวนการใช้ยา ฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นและ Spacer ให้ความรู้ จัดทำหรือปรับปรุง Asthma Action Plan ติดตามต่อเนื่องและประสานงาน/ส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ แล้วประเมินผลหลังการใช้รูปแบบและเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุดตามลักษณะข้อมูล เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับการควบคุมโรคหืดก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย Stuart–Maxwell test for marginal homogeneity และเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาลด้วย Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ CY 30/2568 ลงวันที่ 29 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย เป็นเพศชาย 74 ราย (ร้อยละ 58.73) และเพศหญิง 52 ราย (ร้อยละ 41.27) ส่วนใหญ่อายุ 4–11 ปี 88 ราย (ร้อยละ 69.84) อายุเฉลี่ย 6.83 ปี (SD=3.34) ระยะเวลาที่ได้รับ การรักษาเฉลี่ย 2.60 ปี (SD=2.57) โดยส่วนใหญ่ได้รับการรักษา 1–น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 66.67) และพบโรคร่วม 11 ราย (ร้อยละ 8.73)

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันสิ่งกระตุ้นและการใช้ยา ปัจจัยกระตุ้นโรคหืดที่พบมาก ได้แก่ ไรฝุ่นในบ้าน 74 ราย (ร้อยละ 58.73) มีสัตว์เลี้ยง 72 ราย (ร้อยละ 57.14) และมีสมาชิกสูบบุหรี่ในบ้าน 60 ราย (ร้อยละ 47.62) ตามลำดับ และมีการรับมือ PM 2.5 (เชิงรุก) พบว่า ปิดประตูหน้าต่างช่วงเช้า หรือช่วงที่มีการเผาทางการเกษตร จำนวน 125 ราย (ร้อยละ 99.21) ทำความสะอาดบ้านแบบเปียก จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 97.62) สวมหน้ากากป้องกันเมื่อออกนอกบ้าน จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 33.33)

การประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของเด็กโรคหืดและผู้ดูแล จำนวน 126 ราย ครอบคลุม 10 ขั้นตอน พบว่า โดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในระดับสูง โดยมี 3 ขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ถูกต้องครบทุกคน ได้แก่ การถอดฝาครอบและตรวจสอบสิ่งแปลกปลอมก่อนใช้ยา การต่อ MDI เข้ากับ spacer ให้สนิท และการเว้นระยะ 30–60 วินาที ก่อนพ่นยาครั้งต่อไป ร้อยละ 100.00 ขั้นตอนที่มีการปฏิบัติถูกต้อง รองลงมา ได้แก่ การหายใจออกจนสุดก่อนครอบอุปกรณ์ ร้อยละ 99.21 การครอบ mask หรือ อม mouthpiece ให้สนิท ร้อยละ 98.41 การกดยา 1 ครั้งต่อการหายใจ 1 รอบ และการหายใจเข้า–ออกลึก ๆ 5–10 ครั้ง ร้อยละ 96.03 การกลั้นหายใจ 5–10 วินาที ร้อยละ 95.24 และการบ้วนปากหรือเช็ดหน้าหลังพ่นยาในกรณีที่ใช้ยากลุ่ม ICS ร้อยละ 94.44 ส่วนขั้นตอนที่มีการปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ การเขย่ายาในแนวตั้ง 5–10 ครั้งก่อนใช้ยา พบว่าปฏิบัติถูกต้อง 112 ราย ร้อยละ 88.89 ขณะที่ยังมี 14 ราย ร้อยละ 11.11 ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาภาพรวมของทั้ง 10 ขั้นตอน พบว่าสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องในแต่ละขั้นตอน ร้อยละ 96.8

ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดก่อนการพัฒนารูปแบบ เด็กควบคุมโรคได้ 56 ราย (ร้อยละ 44.44) ควบคุมได้บางส่วน 55 ราย (ร้อยละ 43.65) และควบคุมไม่ได้ 15 ราย (ร้อยละ 11.91) หลังการพัฒนารูปแบบ เด็กควบคุมโรคได้เพิ่มเป็น 70 ราย (ร้อยละ 55.56) ควบคุมได้บางส่วน 55 ราย (ร้อยละ 43.65) และควบคุมไม่ได้ลดเหลือ 1 ราย (ร้อยละ 0.79) การกระจายระดับการควบคุมโรคก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Stuart–Maxwell test, $\chi^2(2)=18.15$, $p<0.001$)

ผลลัพธ์ด้านการใช้บริการสุขภาพ การมาห้องฉุกเฉินและการมาAdmit ในรอบ 3-6 เดือน จำนวนครั้งการมาห้องฉุกเฉินและจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งการมาห้องฉุกเฉินค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง)1–5 ครั้งและ (ภายหลังการพัฒนารูปแบบลดลงเหลือ1 ครั้ง)0–2 ครั้งอนและหลังการเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่ (พัฒนาด้วยWilcoxon signed-rank test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p<0.001) โดยค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการมาห้องฉุกเฉินลดลงจาก 1.73 ครั้ง เป็น 0.56 ครั้ง

ในส่วนของการนอนโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนารูปแบบมีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง)1–3 ครั้งและ (หลังการพัฒนารูปแบบลดลงเป็น0 ครั้ง)0–2 ครั้ง (ผลการทดสอบWilcoxon signed-rank test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)p<0.001) โดยค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 1.70 ครั้ง เป็น 0.50 ครั้ง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนครั้งการมาห้องฉุกเฉินและการAdmit โรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคหืด

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา Median (min, max)	หลังพัฒนา Median (min, max)	P-value
จำนวนครั้งการมาห้องฉุกเฉิน ในรอบ 3-6 เดือน	2 (1, 5)	1 (0, 2)	**<0.001***
จำนวนครั้งที่Admit ในรอบ 3-6 เดือน	2 (1, 3)	0 (0, 2)	**<0.001***

*Wilcoxon signed-rank test, *p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลโรคหืดที่เน้นการประเมินระดับการควบคุมและความเสี่ยง ควบคู่กับการตรวจสอบเทคนิคการใช้ inhaler การให้ความรู้ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[1] การออกแบบรูปแบบ ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมยังสอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ ช่วยสนับสนุนการจัดการโรคหืดของเด็ก[2,3,4,5]

ด้านเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น แม้ความถูกต้องโดยรวมสูงแต่ขั้นตอนการเขย่ายาก่อนใช้ยังมีข้อผิดพลาดร้อยละ 11.11 ผลนี้สะท้อนว่าการสอนทักษะควรเป็นกระบวนการที่มีการสาธิต ให้ปฏิบัติย้อน กลับ แก้ไขข้อผิดพลาด และประเมินซ้ำมากกว่าการให้คำแนะนำเพียงครั้งเดียว สอดคล้องกับ แนวคิดการดูแลโรคหืดที่ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบเทคนิคการใช้ inhaler เป็นระยะ[1,4,5]

ด้านสิ่งแวดล้อม พบการสัมผัสไรฝุ่น สัตว์เลี้ยง และควันบุหรี่ในบ้านในสัดส่วนค่อนข้างสูง จึงสนับ สนุนความจำเป็นของการประเมินปัจจัยกระตุ้นเป็นรายบุคคลและให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบทครอบ ครัว รวมถึงการจัดการ PM2.5 ซึ่งเป็นประเด็น

สำคัญในพื้นที่ที่มีการเผาทางการเกษตร ทั้งนี้ แนวทางการดูแลควรมุ่งจัดการปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการและสามารถปรับเปลี่ยนได้[1]

หลังใช้รูปแบบ สัดส่วนเด็กที่ควบคุมโรคได้เพิ่มจากร้อยละ 44.44 เป็น 55.56 และกลุ่มควบคุมไม่ได้ลดจากร้อยละ 11.91 เป็น 0.79 โดยการกระจายระดับการควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการที่ว่าการดูแลโรคหืดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องควร ครอบคลุมการจัดการตนเอง การใช้ยา และการทำงานร่วมกับครอบครัว[1,2,3,4,5,6,7,8]

จำนวนครั้งการมาห้องฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้มี ความสำคัญทั้งในมิติทางคลินิกและระบบบริการ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบก่อน และหลังในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันและไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรตีความว่าเป็นการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ และยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้โดยตรง

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลเด็กโรคหืดแบบครบวงจรที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยคลินิกเด็กโรคหืด การให้ความรู้ การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นและ Spacer, Asthma Action Plan และระบบ ติดตามต่อเนื่องผลหลังการนำรูปแบบไปใช้พบการเปลี่ยนแปลงของระดับการควบคุมโรคในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งจำนวนครั้งการมาห้องฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาล ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบดังกล่าวจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางจัดบริการ เด็กโรคหืดในบริบทโรงพยาบาลเชียงยืน โดยควรเน้นการติดตามทักษะการใช้ยาและการจัดการ ปัจจัยกระตุ้นรายครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบบริการเด็กโรคหืดให้มีการประเมินระดับการควบคุมโรค ทบทวนการใช้ยา และติดตามปัญหาอย่างเป็นระบบทุกครั้งที่มาติดตาม

2. ควรประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นซ้ำเป็นระยะ โดยใช้การสาธิตและให้เด็กหรือผู้ดูแล ปฏิบัติย้อนกลับ โดยเฉพาะขั้นตอนการเขย่ายาก่อนใช้

3. ควรจัดการปัจจัยกระตุ้นในบ้านเป็นรายครอบครัว โดยเฉพาะไรฝุ่น สัตว์เลี้ยง ควันบุหรี่ ควันจากการหุงต้ม และการป้องกัน PM2.5 ให้เหมาะกับบริบทพื้นที่

4. ควรมีระบบติดตามเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการกำเริบ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติมาห้องฉุกเฉิน หรือนอนโรงพยาบาลบ่อย และควรส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในการจัดการโรคที่บ้าน

5. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามระยะยาวหรือออกแบบการศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบและพิจารณาผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต ความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแล ความร่วมมือ ในการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Asthma.(2026). Global strategy for asthma management and prevention: 2026 update. 2026. Available from: https://ginasthma.org/2026-gina-strategy-report/

2. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM.(2003). Effects of educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2003;326(7402):1308–1309. doi:10.1136/bmj.326.7402.1308.

3. Bravata DM, Gienger AL, Holty JEC, Sundaram V, Khazeni N, Wise PH, et al.(2009). Quality improvement strategies for children with asthma: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(6):572–581. doi:10.1001/archpediatrics.2009.63.

4. Ramdzan SN, Suhaimi J, Harris KM, Khoo EM, Liew SM, Cunningham S, et al.(2021). School-based self-management interventions for asthma among primary school children: a systematic review. NPJ Prim Care Respir Med. 2021;31:18. doi:10.1038/s41533-021-00230-2.

5. Saxby N, Beggs S, Battersby M, Lawn S.(2019). What are the components of effective chronic condition self-management education interventions for children with asthma, cystic fibrosis, and diabetes? A systematic review. Patient Educ Couns. 2019;102(4):607–622. doi:10.1016/j.pec.2018.11.001.
6. Nyaga EM, Guntamukkala S, Noell M, Fan SS, Jelal J, Warren A, et al.(2025). Influence of caregiver knowledge of home asthma management on health outcomes of children in low- and middle-income countries: a systematic review. J Pediatr Nurs. 2025;84:217–225. doi:10.1016/j.pedn.2025.06.019.
7. นิตยา บริสุทธิ์สุขศรี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้เข้าถึงบริการคุณภาพ ตามมาตรฐานเฉพาะโรคแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2567;9(4):150–159.
8. พนารัตน์ มังชะโคม.(2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(5):896–904.
9. วงษ์เดือน จุแดง.(2563). พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0–5 ปี ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4–5. 2563;39(3):488–499.
10. วันเพ็ญ ทิพม่อม.(2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2564;24(1):1–10.
11. สุชาดา เสตพันธ์, วีระนุช มยุเรศ, นันทวดี ใจหาญ, สิรินาถ ชาบุญเรือง, พัชรี พรหมสุวงศ์.(2558). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;33(3):185–194.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น

Effects of a Behavioral Modification Program on Knowledge and Self-Care Practices among Patients with Hypertension at Ban Nong Kung Urban Community Health Center, Khon Kaen Hospital.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

จุลจิรา ทองเจียว[1]
Juljira Tongchiaw[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย โปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ร่วมกับหลัก 3อ. 2ส. ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการประเมินก่อนทดลองและการสอนให้ความรู้เพียง 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 การติดตามการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2–7 และการประเมินหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้จำนวน 18 ข้อ ทัศนคติจำนวน 13 ข้อ การปฏิบัติตัวจำนวน 18 ข้อ และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired-samples t-test โดยตรวจสอบผลด้านความรู้เพิ่มเติมด้วย Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา: พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 10.50 คะแนน (S.D. = 2.23) เป็น 12.86 คะแนน (S.D. = 2.14) คะแนนทัศนคติเฉลี่ยต่อข้อเพิ่มขึ้นจาก 3.46 คะแนน (S.D. = 0.42) เป็น 4.10 คะแนน (S.D. = 0.30) และคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ยต่อข้อเพิ่มขึ้นจาก 1.47 คะแนน (S.D. = 0.39) เป็น 2.08 คะแนน (S.D. = 0.28) ขณะที่ระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงจาก 147.16 เป็น 136.34 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงจาก 88.12 เป็น 83.02 มิลลิเมตรปรอท โดยตัวชี้วัดทั้ง 5 ด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; โรคความดันโลหิตสูง; ความรู้; การปฏิบัติตัว; การรับรู้ความสามารถของตนเอง

Abstract

This study aimed to compare knowledge, attitudes, self-care practices, and blood pressure levels before and after participation in a behavioral modification program among patients with hypertension at Ban Nong Kung Urban Community Health Center, Khon Kaen Hospital. A quasi-experimental, one-group pretest–posttest design was employed with 50 participants. The eight-week program was based on Bandura's self-efficacy theory and the Thai 3A2S health behavior framework. It consisted of one educational session in week 1, weekly telephone follow-up and behavioral support during weeks 2–7, and post-intervention assessment in week 8. Data were obtained using an 18-item knowledge questionnaire, a 13-item attitude questionnaire, an 18-item self-care practice questionnaire, and blood pressure measurements. Descriptive statistics and paired-samples t-tests were used, with supplementary Wilcoxon signed-rank testing for knowledge scores.

Results: The mean knowledge score increased from 10.50 (SD = 2.23) to 12.86 (SD = 2.14). The mean attitude score per item increased from 3.46 (SD = 0.42) to 4.10 (SD = 0.30), and the mean self-care practice score per item increased from 1.47 (SD = 0.39) to 2.08 (SD = 0.28). Mean systolic blood pressure

[1] ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น

decreased from 147.16 to 136.34 mmHg, while mean diastolic blood pressure decreased from 88.12 to 83.02 mmHg. All five outcomes showed statistically significant pre–post differences ($p < 0.001$).
Keywords: Behavioral modification program; Hypertension; Knowledge; Self-care practices; Self-efficacy

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานในปี ค.ศ. 2025 ว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1.4 พันล้านคน แต่มีผู้ป่วยเพียงประมาณ 1 ใน 5 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการรักษาและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ [1] สำหรับประเทศไทย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 โดยเน้นการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การลดบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน[2]

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดย Huang และคณะ[3] ได้วิเคราะห์อภิมานการทดลองแบบสุ่มจำนวน 133 การศึกษา พบว่าการลดการบริโภคโซเดียมสามารถลดระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 4.26 มิลลิเมตรปรอท และตัวล่างเฉลี่ย 2.07 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่ Cornelissen และ Smart[4] พบว่าการออกกำลังกายทั้งแบบแอโรบิกและแบบแรงต้านสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ Conn และคณะ[5] พบว่ากิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ผสมผสานการให้คำปรึกษา การสร้างกิจวัตร และการติดตามสุขภาพมีศักยภาพในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับชุดมาตรการ HEARTS ขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระบบบริการปฐมภูมิ[6] อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางรายแม้ได้รับคำแนะนำแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย หรือรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมสุขภาพจึงควรเชื่อมโยงการให้ความรู้กับการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติจริง โดยเสถียร โนนน้อย[7] พบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ช่วยให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนถึงความสำคัญของการนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura[8]

การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นอีกแนวทางสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการนำความรู้ไปปฏิบัติ โดยเฉพาะการติดตามทางโทรศัพท์ซึ่งสามารถใช้ทบทวนเป้าหมาย ประเมินปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งให้คำปรึกษาและกำลังใจแก่ผู้ป่วย Chiu และ Wong[9,10] พบว่าการติดตามทางโทรศัพท์ต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์หลังการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลช่วยให้กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม Clark และคณะ[11] และ Conn และคณะ[12] พบว่าผลลัพธ์ของการติดตามและการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษามีความแตกต่างกันตามรูปแบบและองค์ประกอบของกิจกรรม ดังนั้น การติดตามจึงควรมีแนวทาง

ชัดเจนและเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทาง HEARTS ที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพและการจัดระบบติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ[13]

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีความแตกต่างด้านอายุ อาชีพ การศึกษา และภาวะสุขภาพ การพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและทรัพยากรของหน่วยบริการจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับหลัก 3อ. 2ส. ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการสอนให้ความรู้เพียง 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 การติดตามสนับสนุนการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2–7 และการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อันจะเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในฐานะตัวชี้วัดเพิ่มเติมของการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Essential Hypertension) ที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น ในรอบปีงบประมาณ 2567-2568 จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) d = 0.95 ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของ สุพิมพ์ มหนิธิวงศ์ และสุรีรัตน์ ณ วิเชียร (2568) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผลค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ก่อนทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 26.88 (sd.=4.67 หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 31.80 (sd.=3.32) ได้กลุ่มอย่างรวมจำนวน 45 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 คน

เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (inclusion criteria)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น ไม่เกิน 10 ปี

2) มีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic) ระหว่าง 130–180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือตัวล่าง (diastolic) ระหว่าง 80–110 มิลลิเมตรปรอท ตามการวัดล่าสุดก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยใช้เครื่องมือวัดมาตรฐานของหน่วยบริการ

3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคร่วมสำคัญ เช่น หัวใจล้มเหลวระยะรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรคไตวายระยะท้าย หรือโรคเรื้อรังอื่นที่อาจส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิต

4) สามารถอ่านออกเขียนได้ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีเพียงพอที่จะทำแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ

5) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในแบบแสดงความยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนโครงการตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาสำคัญระหว่างการศึกษา เช่น การผ่าตัดใหญ่ การนอนโรงพยาบาลจากภาวะฉุกเฉินทางหัวใจและหลอดเลือด ที่อาจมีผลรบกวนต่อการประเมินผลรูปแบบบริการ

2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามนัดได้ต่อเนื่อง

3) ผู้ป่วยที่ถอนตัวจากการวิจัย หรือไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการต่อในระหว่างการศึกษา

4) ผู้ป่วยที่ทีมวิจัยหรือแพทย์ผู้ดูแลพิจารณาแล้วว่าไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมโครงการด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัยหรือสภาพจิตสังคม

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[3] ร่วมกับหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินก่อนการทดลองและการสอนให้ความรู้เพียง 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การนำความรู้ไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2–7 รวมจำนวน 6 ครั้ง และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมการสอนในสัปดาห์ที่ 1 ครอบคลุมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง อาการและภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การหลีกเลี่ยงบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาและความสามารถของตนเอง

การติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2–7 เป็นการทบทวนการปฏิบัติตัวและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยสัปดาห์ที่ 2 ติดตามด้านอาหาร สัปดาห์ที่ 3 ติดตามด้านการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4 ติดตามการจัดการอารมณ์และความเครียด สัปดาห์ที่ 5 ติดตามการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากบุหรี่และแอลกอฮอล์ สัปดาห์ที่ 6 ติดตามการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และสัปดาห์ที่ 7 ทบทวนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมแรงทางบวก ทั้งนี้ การติดตามเป็นกิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติตัว มิใช่การจัดการสอนซ้ำทุกสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินโปรแกรมและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือดำเนินโปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการดูแลตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. และแนวทางการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ ส่วนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามทัศนคติจำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวจำนวน 18 ข้อ และแบบบันทึกระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง

แบบสอบถามความรู้กำหนดคะแนนตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 18 คะแนน แบบสอบถามทัศนคติใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบตามเกณฑ์การลงรหัส และคำนวณคะแนนเฉลี่ยต่อข้อในช่วง 1–5 คะแนน ส่วนแบบสอบถามการปฏิบัติตัวกำหนดคะแนนตามความถี่ของการปฏิบัติเป็น 3, 1 และ 0 คะแนน และกลับทิศทางคะแนนของข้อคำถามเชิงลบตามเกณฑ์เดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 4 โดยคำนวณคะแนนเฉลี่ยต่อข้อในช่วง 0–3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการรายงานผลการทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยเอกสารตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือรายงานค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามทัศนคติเท่ากับ 0.892 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเท่ากับ 0.922 ทั้งนี้ วิธีคำนวณค่าความเที่ยงและผลความตรงเชิงเนื้อหาต้องตรวจสอบกับหลักฐานการวิเคราะห์ฉบับจริงก่อนนำไปตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินกิจกรรมการสอน หลังจากนั้นดำเนินการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2–7 และประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับก่อนการทดลอง โดยใช้รหัสประจำตัวผู้เข้าร่วมเพื่อจับคู่ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired-samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และรายงานช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างค่าเฉลี่ย โดยกำหนดผลต่างเป็นค่าหลังทดลองลบค่าก่อนทดลอง สำหรับคะแนนความรู้ที่มีการแจกแจงของค่าผลต่างไม่เป็นปกติ มีการตรวจสอบเพิ่มเติมด้วย Wilcoxon signed-rank test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยกำหนดให้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรม สิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา และการรักษาความลับของข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมในการวิเคราะห์และรายงานข้อมูล ทั้งนี้ รายละเอียดการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้แก่ ชื่อคณะกรรมการ เลขที่รับรอง และวันที่อนุมัติ ต้องระบุจากเอกสารรับรองจริงก่อนส่งบทความตีพิมพ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.00 มีอายุเฉลี่ย 57.86 ปี (S.D. = 10.20) โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60–69 ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 50–59 ปี จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.00 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.00

ด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.30 ปี (S.D. = 2.76) โดยผู้ที่ป่วยมาแล้ว 6–10 ปีมีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน

27 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.00 พบโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.00 และโรคเบาหวานร่วมด้วยจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.00 กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 3.59) และมีรอบเอวเฉลี่ย 87.68 เซนติเมตร (S.D. = 10.90)

2. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้วยแบบสอบถามจำนวน 18 ข้อ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.50 คะแนน (S.D. = 2.23) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.86 คะแนน (S.D. = 2.14) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.36 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าจำนวนผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น 17 ข้อจากทั้งหมด 18 ข้อ โดยประเด็นที่มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ซึ่งเพิ่มขึ้นเท่ากัน 22.00 จุดร้อยละ

3. ผลการประเมินทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ผลการประเมินทัศนคติด้วยแบบสอบถามจำนวน 13 ข้อ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 3.46 คะแนน (S.D. = 0.42) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 4.10 คะแนน (S.D. = 0.30) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.64 คะแนนต่อข้อ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าประเด็นการยอมรับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด 0.94 คะแนน รองลงมาคือการตระหนักถึงผลของการไม่ควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น 0.90 คะแนน และผลของการขาดยาเพิ่มขึ้น 0.78 คะแนน

4. ผลการประเมินการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส.

ผลการประเมินการปฏิบัติตัวด้วยแบบสอบถามจำนวน 18 ข้อ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 1.47 คะแนน (S.D. = 0.39) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 2.08 คะแนน (S.D. = 0.28) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.61 คะแนนต่อข้อ โดยพบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด 1.06 คะแนน รองลงมาคือการไม่หยุดยาเองก่อนปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น 0.90 คะแนน เมื่อพิจารณารายบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.00 มีคะแนนการปฏิบัติตัวหลังทดลองเพิ่มขึ้น ส่วนอีก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.00 มีคะแนนลดลง

5. ผลการประเมินระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 147.16 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 9.22) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 136.34 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 12.17) โดยลดลงเฉลี่ย 10.82 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตตัวล่างก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 88.12 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 5.19) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 83.02 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 6.42) โดยลดลงเฉลี่ย 5.10 มิลลิเมตรปรอท

6. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ตัวแปร	การทดลอง	Mean	S.D.	Mean diff.	95% CI		t	df	p-value
					Lower	Upper			
1. **ความรู้**	หลังทดลอง	12.86	2.14	+2.36	1.79	2.93	8.354	49	<0.001

ตัวแปร	การทดลอง	Mean	S.D.	Mean diff.	95% CI		t	df	p-value
					Lower	Upper			
	ก่อนทดลอง	10.50	2.23						
2. **ทัศนคติ**	หลังทดลอง	4.10	0.30	+0.64	0.55	0.72	14.712	49	<0.001
	ก่อนทดลอง	3.46	0.42						
3. **การปฏิบัติตัว**	หลังทดลอง	2.08	0.28	+0.61	0.48	0.74	9.326	49	<0.001
	ก่อนทดลอง	1.47	0.39						
4. SBP (mmHg)	หลังทดลอง	136.34	12.17	−10.82	−12.63	−9.01	−11.989	49	<0.001
	ก่อนทดลอง	147.16	9.22						
5. DBP (mmHg)	หลังทดลอง	83.02	6.42	−5.10	−6.20	−4.00	−9.353	49	<0.001
	ก่อนทดลอง	88.12	5.19						

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่า ตัวชี้วัดทั้ง 5 ด้านมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.86 คะแนน (S.D. = 2.14) สูงกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 10.50 คะแนน (S.D. = 2.23) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.36 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.354$, $df = 49$, $p < .001$, 95% CI = 1.79–2.93) โดยผลการตรวจสอบเพิ่มเติมด้วย Wilcoxon signed-rank test ให้ผลสอดคล้องกัน ($p < .001$)

ด้านทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 4.10 คะแนน (S.D. = 0.30) สูงกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 3.46 คะแนน (S.D. = 0.42) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.64 คะแนนต่อข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.712$, $df = 49$, $p < .001$, 95% CI = 0.55–0.72)

ด้านการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 2.08 คะแนน (S.D. = 0.28) สูงกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 1.47 คะแนน (S.D. = 0.39) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.61 คะแนนต่อข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.326$, $df = 49$, $p < .001$, 95% CI = 0.48–0.74)

ด้านระดับความดันโลหิตตัวบน พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 136.34 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 12.17) ต่ำกว่าก่อนการทดลองที่มีค่าเฉลี่ย 147.16 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 9.22) โดยลดลงเฉลี่ย 10.82 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = −11.989$, $df = 49$, $p < .001$, 95% CI = −12.63 ถึง −9.01)

ด้านระดับความดันโลหิตตัวล่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 83.02 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 6.42) ต่ำกว่าก่อนการทดลองที่มีค่าเฉลี่ย 88.12 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 5.19) โดยลดลงเฉลี่ย 5.10 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = −9.353$, $df = 49$, $p < .001$, 95% CI = −6.20 ถึง −4.00)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.50 คะแนน (S.D. = 2.23) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.86 คะแนน (S.D. = 2.14) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.36 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.354$, $p < .001$, 95% CI = 1.79–2.93) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าจำนวนผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น 17 ข้อจากทั้งหมด 18 ข้อ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ ความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด เกณฑ์ระดับความดันโลหิต และการมีระดับความดันโลหิตสูงโดยไม่แสดงอาการ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจอธิบายได้จากกระบวนการจัดกิจกรรมการสอนให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งเป็นกิจกรรมการสอนเพียงครั้งเดียว โดยมีเนื้อหาครอบคลุมความหมายของโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการ ภาวะแทรกซ้อน การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การให้ความรู้ดังกล่าวมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงสาระสำคัญกับปัญหาสุขภาพของตนเองและเลือกแนวทางดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2–7 อาจเป็นช่องทางสนับสนุนการทบทวนเป้าหมายและการแก้ไขข้อสงสัยที่เกิดขึ้นระหว่างการนำความรู้ไปปฏิบัติ แม้ว่าจะไม่ได้มีการจัดกิจกรรมการสอนเพิ่มเติมเป็นรายสัปดาห์ก็ตาม

ผลการศึกษามีทิศทางสอดคล้องกับการศึกษาของเสถียร โนนน้อย[7] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง และคณะ[14] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงจังหวัดนครปฐม จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องสนับสนุนความสำคัญของการจัดกิจกรรมส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ การศึกษาของพงศกร กระแสร์ และคณะ[15] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 ราย ดำเนินกิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับบริบทของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นเช่นเดียวกัน และให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง และเมื่อพิจารณาหลักฐานจากต่างประเทศ พบว่าการศึกษาของ Irwan และคณะ [16] ในประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งใช้การทดลองแบบสุ่มในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือภาวะก่อนความดันโลหิตสูง จำนวน 51 ราย โดยเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมลดการบริโภคเกลือ และกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมร่วมกับกิจกรรมสนับสนุนการคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ การดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสนับสนุนต่อเนื่องสามารถรักษาการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมเพียงอย่างเดียวในบางประเด็น ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่าการให้ความรู้ควรเชื่อมโยงกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปปฏิบัติและรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง และคณะ[14] เป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่การศึกษาของเสถียร โนนน้อย[7] และพงศกร กระแสร์ และคณะ[15] มุ่งประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบมากกว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียว ส่วนการศึกษาครั้งนี้ประเมินความรู้ด้วยแบบสอบถามจำนวน 18 ข้อ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดคะแนนระหว่างการศึกษาได้โดยตรง แต่สามารถใช้สนับสนุนความสอดคล้องของผลการเปลี่ยนแปลงในเชิงแนวคิดได้ ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของความรู้ยังไม่อาจยืนยันว่าการสอนครั้งแรกเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทั้งหมด เนื่องจากอาจมีอิทธิพลร่วมจากการติดตามทางโทรศัพท์ ประสบการณ์การดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นระหว่างดำเนินโปรแกรม

2. ด้านทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ผลการเปรียบเทียบทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ยต่อข้อ 3.46 คะแนน (S.D. = 0.42) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.10 คะแนน (S.D. = 0.30) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.64 คะแนนต่อข้อ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.712$, $p < .001$, 95% CI = 0.55–0.72) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าประเด็นการยอมรับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด 0.94 คะแนน รองลงมาคือการตระหนักถึงผลของการไม่ควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น 0.90 คะแนน และความเข้าใจเกี่ยวกับผลของการขาดยาเพิ่มขึ้น 0.78 คะแนน แสดงให้เห็นว่าคะแนนทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำและการตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่สูงขึ้น

ผลการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาของสายฝน สุภาศรี และคณะ[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองและมีกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการจัดกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาปัจจัยด้านความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แม้จะไม่ได้ใช้ตัวชี้วัดทัศนคติเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ก็ตาม

นอกจากนี้ การศึกษาของ Irwan และคณะ[16] พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมการลดบริโภค

เกลือร่วมกับการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Hu และคณะ[17] ในประเทศจีน ซึ่งใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่มเป็นกลุ่มในสถานประกอบการและมีผู้เข้าร่วมจำนวน 3,331 ราย พบว่าการดำเนินโปรแกรมหลายองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการเพิ่มขึ้นของคะแนนในองค์ประกอบดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลงภายหลังการดำเนินโครงการ ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญขององค์ประกอบด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สามารถนำขนาดความสัมพันธ์ของคะแนนจากการศึกษาดังกล่าวมาเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ได้โดยตรง เนื่องจากเครื่องมือและกลุ่มประชากรมีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายข้อของการศึกษาครั้งนี้ พบว่าข้อเกี่ยวกับการรับประทานยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดเพียง 0.34 คะแนน แม้ว่าคะแนนทัศนคติภาพรวมจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติไม่ได้เกิดขึ้นในขนาดเท่ากันทุกประเด็น โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพยังเป็นประเด็นที่ควรได้รับการทบทวนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การประเมินทัศนคติเป็นข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จึงควรพิจารณาความเป็นไปได้ของอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคมร่วมด้วย

3. ด้านการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส.

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ยต่อข้อ 1.47 คะแนน (S.D. = 0.39) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.08 คะแนน (S.D. = 0.28) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.61 คะแนนต่อข้อ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.326$, $p < .001$, 95% CI = 0.48–0.74) เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.00 มีคะแนนการปฏิบัติตัวภายหลังการทดลองสูงขึ้น ขณะที่จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.00 มีคะแนนลดลง โดยข้อที่มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การไม่หยุดยาเองก่อนปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงบางประเภท

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับจากการสอนครั้งแรกไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองตามปัญหาและความสามารถของแต่ละบุคคล จากนั้นใช้การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2–7 เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย ค้นหาปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนให้คำแนะนำและเสริมแรงทางบวก การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความต่อเนื่องของการดูแลตนเองและมีโอกาสปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของตนเอง

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[8] การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้จริงและการได้รับประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติเป็นองค์ประกอบที่อาจช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นและความพยายามในการรักษาพฤติกรรมสุขภาพไว้ ขณะที่การให้กำลังใจและการติดตามสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพอาจทำหน้าที่เป็นแรงเสริมทางวาจาที่ช่วยลดความลังเลใจหรือความท้อแท้เมื่อผู้ป่วยประสบอุปสรรคในการปฏิบัติตัว

ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของเสถียร โนนน้อย[7] ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม

หลัก 3อ. 2ส. กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพงศกร กระแสร์ และคณะ[15] ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่นได้ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่าการให้ข้อมูลสุขภาพร่วมกับกระบวนการสนับสนุนผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาหลักฐานจากต่างประเทศ พบว่าการศึกษาของ Irwan และคณะ[16] สนับสนุนความสำคัญของกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมลดการบริโภคเกลือร่วมกับกิจกรรมเสริมสร้างการคงอยู่ของพฤติกรรมสามารถรักษาผลการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ดี ขณะที่การศึกษาของ Hu และคณะ[17] พบว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความดันโลหิต โดยการวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิก ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นผลจากข้อมูลการศึกษาที่มีรูปแบบและระยะเวลาดำเนินงานแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ จึงควรนำมาใช้ประกอบการอภิปรายเชิงแนวคิด มากกว่าการสรุปว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้เป็นสาเหตุของระดับความดันโลหิตที่ลดลงโดยตรง

นอกจากนี้ การศึกษาของ Tesamut และคณะ[18] ซึ่งดำเนินการในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โปรแกรมดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.72 คะแนน (95% CI = 6.61–10.82, p < .001) และมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมสนับสนุนการดูแลตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

4. ด้านระดับความดันโลหิต

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) ลดลงจากค่าเฉลี่ย 147.16 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 9.22) ก่อนการทดลอง เป็น 136.34 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 12.17) หลังการทดลอง โดยลดลงเฉลี่ย 10.82 มิลลิเมตรปรอท (p < .001, 95% CI ของขนาดการลดลง = 9.01–12.63) ขณะที่ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) ลดลงจากค่าเฉลี่ย 88.12 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 5.19) ก่อนการทดลอง เป็น 83.02 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 6.42) หลังการทดลอง โดยลดลงเฉลี่ย 5.10 มิลลิเมตรปรอท (p < .001, 95% CI ของขนาดการลดลง = 4.00–6.20) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าระดับความดันโลหิตทั้งสองตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางลดลงภายหลังการทดลอง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหลายองค์ประกอบร่วมกัน โดยเฉพาะการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การควบคุมน้ำหนัก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวทางการดูแลโรคความดันโลหิตสูงของสมาคม

ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย[2] นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์อภิมานของ Huang และคณะ[3] พบว่าการลดการบริโภคโซเดียมมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต และการวิเคราะห์อภิมานของ Cornelissen และ Smart[4] พบว่าการออกกำลังกายหลายรูปแบบสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ ทั้งนี้ หลักฐานดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต แต่ไม่ได้ยืนยันว่าผลการลดลงของความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้เกิดจากพฤติกรรมด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ

ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของพงศกร กระแสร์ และคณะ[15] ที่ดำเนินการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงจากก่อนการทดลอง 13.25 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างลดลง 8.13 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของกลุ่มทดลองต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทบริการสุขภาพของจังหวัดขอนแก่น

การศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง และคณะ[14] พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าความดันโลหิตตัวบนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ความดันโลหิตตัวล่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มอาจไม่สอดคล้องกับความแตกต่างระหว่างกลุ่มในทุกตัวชี้วัด จึงเป็นข้อพิจารณาสำคัญในการตีความผลของการศึกษาครั้งนี้ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษายังสอดคล้องในเชิงแนวทางกับการศึกษาของ Tesamut และคณะ[18] ซึ่งพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงเฉลี่ย 14.00 มิลลิเมตรปรอท ($p < .001$) และมีการลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .033$) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างภายในกลุ่มทดลองจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปรียบเทียบผลต่างระหว่างกลุ่มกลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .387$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการประเมินการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุของโปรแกรม โดยเฉพาะเมื่อต้องพิจารณาปัจจัยการรักษาและความแตกต่างพื้นฐานของผู้ป่วยร่วมด้วย

สำหรับหลักฐานจากต่างประเทศ การศึกษาของ Chiu และ Wong[10] ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์สามารถเพิ่มผลด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาโดยไม่มีการติดตามเพิ่มเติม โดยกลุ่มที่ได้รับการติดตามมีการลดลงของความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งยังพบผลด้านความร่วมมือในการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองและการออกกำลังกาย ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของการติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Margolis และคณะ[19] ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มระดับคลินิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 450 ราย พบว่าการ

ใช้ระบบติดตามความดันโลหิตที่บ้านร่วมกับการบริหารจัดการโดยเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ โดยกลุ่มที่ได้รับการติดตามมีสัดส่วนผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายทั้งในการประเมินที่ 6 และ 12 เดือนเท่ากับร้อยละ 57.2 เมื่อเทียบกับร้อยละ 30.0 ในกลุ่มดูแลตามปกติ (p = .001) และมีการลดลงของระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมของ Margolis และคณะมีทั้งการติดตามค่าความดันโลหิตจากที่บ้านและการปรับแผนการใช้ยาโดยเภสัชกร จึงไม่สามารถนำขนาดผลของการศึกษานั้นมาเปรียบเทียบกับผลจากการติดตามพฤติกรรมทางโทรศัพท์ของการศึกษาครั้งนี้ได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรพิจารณานำแนวทางการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยปรับเนื้อหาและรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้ป่วยและทรัพยากรของหน่วยบริการ

2. บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการมาตรวจตามนัด โดยประเมินอุปสรรคและกำหนดแนวทางสนับสนุนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. ควรจัดทำคู่มือการสอนและแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ที่มีมาตรฐาน เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและตรวจสอบความครบถ้วนของการติดตาม รวมทั้งปัญหาที่พบระหว่างดำเนินโปรแกรมได้

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมได้อย่างรัดกุมยิ่งขึ้น และเพิ่มการติดตามผลระยะยาวเพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต

5. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม โรคร่วม และปัจจัยด้านการรักษา เพื่ออธิบายเงื่อนไขและกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลการวิจัยหรือ กิจกรรมใดๆในงานวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพทุกท่าน เข้าร่วมโครงการวิจัย จากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหนองกุง โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension 2025: high stakes: turning evidence into action. Geneva: World Health Organization; 2025.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2567.
3. Huang L, Trieu K, Yoshimura S, Neal B, Woodward M, Campbell NRC, et al. Effect of dose and duration of reduction in dietary sodium on blood pressure levels: systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2020;368. doi:10.1136/bmj.m315.

4. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. J Am Heart Assoc. 2013;2(1). doi:10.1161/JAHA.112.004473.
5. Conn VS, Ruppar TM, Chase JAD, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. Curr Hypertens Rep. 2015;17(12):94. doi:10.1007/s11906-015-0606-5.
6. World Health Organization. HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. เสถียร โนนน้อย. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(1):46–60.
8. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191.
9. สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2564;51(1):33–42.
10. Chiu CW, Wong FK. Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: a randomised trial. Int J Nurs Stud. 2010;47(11):1374–1382. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.018.
11. Clark CE, Smith LFP, Taylor RS, Campbell JL. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;341. doi:10.1136/bmj.c3995.
12. Conn VS, Ruppar TM, Chase JAD. Blood pressure outcomes of medication adherence interventions: systematic review and meta-analysis. J Behav Med. 2016;39(6):1065–1075. doi:10.1007/s10865-016-9730-1.
13. World Health Organization. HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: team-based care. Geneva: World Health Organization; 2018.
14. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, ศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์นาวี. 2561;45(3):509–526.
15. พงศกร กระแสร์, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขศึกษา. 2566;46(2):101–115.
16. Irwan AM, Kato M, Kitaoka K, Ueno E, Tsujiguchi H, Shogenji M. Development of the salt-reduction and efficacy-maintenance program in Indonesia. Nurs Health Sci. 2016;18(4):519–532. doi:10.1111/nhs.12305.
17. Hu Z, Wang X, Zheng C, Zhang L, Cao X, Tian Y, et al. Association between the improvement of knowledge, attitude and practice of hypertension prevention and blood pressure control—a cluster randomized controlled study. Am J Health Promot. 2024;38(7):980–991. doi:10.1177/08901171241237016.
18. Tesamut L, Sungwan P, Somrit J. The effects of a health literacy promotion program on health behaviors and blood pressure levels among uncontrolled hypertensive patients: a quasi-experimental study. J Prim Care Community Health. 2026;17:21501319251412653. doi:10.1177/21501319251412653.
19. Margolis KL, Asche SE, Bergdall AR, Dehmer SP, Groen SE, Kadrmas HM, et al. Effect of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure control: a cluster randomized clinical trial. JAMA. 2013;310(1):46–56. doi:10.1001/jama.2013.6549.