



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
Boromarajonani College of Nursing
Buddhachinaraj

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565

ISSN 2774-082X (Online)

Nursing, Health, and Public Health Journal

NH PHJ





วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข
Nursing, Health, and Public Health Journal
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร นักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราชธานี ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ส่งบทความตีพิมพ์เผยแพร่
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราชธานี สถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาอื่นๆ
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราชธานี

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราชธานี
90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทร. 0-5525-2546 - 8 ต่อ 1207 โทรสาร 0-5525-9410
E-mail: nhphj@bcnb.ac.th

ที่ปรึกษา		กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	1.Professor Jane M. Amer	University of Missouri	
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	2.ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
ศาสตราจารย์เรืออากาศเอกหญิง	3.รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
วนิษา ชื่นกองแก้ว	4.Dr. Elizabeth A. Anderson	University of Missouri	
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย	5.รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิจวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์	6.รศ.ดร.ศิวพร อังวัฒนะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี	7.รศ.ดร.ชัชคณิต แพร่ขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
พุทธรักษา	8.รศ.ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	9.ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	10.ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	11.ผศ. ดร .อินทิรา ปากันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	12.ดร.สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	13..ผศ.ดร.ภก.ศราวุฒิ อู่พัฒน์นันท	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	14.ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล ลำเนียง	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	15.นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชยเจริญพร	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
	16.อาจารย์จตุพร เสือมี	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
	17.ดร.นงลักษณ์ บุญเยี่ย	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
	18.ดร.นิตยา คำสวาง	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
	19.ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก	
	20.ดร.อัญชลี แก้วสระศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
	21.ดร.เกศกาญจน์ ทันทะประภัสสร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
	22.ดร.รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
	23.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิจวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
	24.ดร.เบญญาภา พรหมพุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
	25.ดร.ปานจันทร์ คนสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
	26.ดร.กรวิภา พรหมจวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
บรรณาธิการ		กำหนดออก	
ดร. อัจฉิณี วันชัย		ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา		ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน	
		ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม	
		ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		เจ้าของ	
อาจารย์ดวงใจ พรหมพัยค์		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
ดร. สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง			
นางสาวสุพัตรา ระถาพล			
นางสาวจิรนนท์ คล้ายทรัพย์			
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา			

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) ฉบับนี้เป็นฉบับปฐมฤกษ์ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราชได้ดำเนินการจัดทำขึ้นเป็นปีแรก สำหรับบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ในฉบับปฐมฤกษ์นี้ มีจำนวน ๕ เรื่อง โดยเป็นผลงานวิชาการที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของการดำเนินการวิจัยในคลินิกและชุมชน บทความทั้งหมดได้รับการประเมินคุณภาพของผลงานวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องจำนวนอย่างน้อย ๒ ท่าน ก่อนที่จะได้รับการตีพิมพ์ ในนามของ กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข ขอขอบคุณเจ้าของบทความวิจัย บทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะทำให้บทความทุกเรื่องมีความสมบูรณ์มากขึ้น กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระของบทความทั้งหมดจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทุกท่าน ในการนำไปเป็นแนวทางพัฒนางานของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ วารสารมีกำหนดการตีพิมพ์ปีละ ๓ ฉบับ โดยฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม - เมษายน ฉบับที่ ๒ เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ ๓ เดือน กันยายน - ธันวาคม ในโอกาสนี้กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข ขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารต่อไป

ดร.อัศนี วันชัย

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก <i>The Effects of Empowerment Program on Blood Sugar Level and Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Saklo Sub-district Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province</i> สุธิชาติ มงคล <i>Suthichart Mongkhon</i>	1-13
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก <i>Development of a One-day Nursing Guideline for Inguinal Hernia Surgery Patients at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok</i> สุทิพา ใจสมศรี <i>Sutipa Jaisamuk</i>	14-27
ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก <i>Health Literacy of Older People in a Semi-Urban Community, Phitsanulok Province</i> นัฐิรา ดวงจันทร์, เกษมณี อภิวัฒน์สมบัติ, ญาณิน แซ่ว่าน, อธิภัทร์ กลมกลิ้ง, ปภัสสร มั่นบัว, ปรีชาติ บันดาลปิติ, ปิยณัฐ ศรีวิไล, พิมพ์ลดา เขียวจันทยา, ภัทรดี เปลียนปาน, ศิริประภา โพธิ์ศรี, สุเมธพงศ์ ศุภชีวะกุล, อศนี วันชัย <i>Nattira Duangchan, Kedmanee Apiwatsombut, Yanin Saewan, Terapat klomkling, Papatson Manbua, Parichat Bandanpiti, Piyanat Sriwilai, Pimlada Khieochanya, Phattharavadi Plianpan, Siraprapa Phosri, Sumetphong Supachiwakun, Ausanee Wanchai</i>	28-39



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจ ศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก <i>The Development of a Surveillance Guideline for Deteriorating Patients during Waiting at the Surgical Outpatient Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital</i> วัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา Watcharee Kaisingdeacha	40-52
บทความวิชาการ	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิด ถาวรและมีภาวะปอดอักเสบเนื่องจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) <i>Nursing Care for Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Pneumonia due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Case Studies</i> บุญพริ้ง เจริญภัทราวุฒิ Bunpring Jaroenpattrawut	53-66

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
The Effects of Empowerment Program on Blood Sugar Level and Quality of Life
among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Saklo Sub-district Health Promoting
Hospital, Muang District, Phitsanulok Province

สุธิชาติ มงคล, ส.ม.

Suthichart Mongkhon, M.P.H.

รพ.สต.บ้านสระโคก อำเภอเมือง พิษณุโลก

Saklo Sub-district Health Promoting Hospital

E-mail: d.stc@hotmail.co.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยยารับประทาน จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบจับคู่ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆเพื่อเป็นการขยายผลการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ, ระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the empowerment program on fasting blood sugar, glycosylated hemoglobin levels, and quality of life among 31 patients diagnosed with type 2 diabetes treated with oral medicines at the Sa Klo sub-district Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province. The research instruments were the empowerment program, demographic data records, fasting blood sugar and glycosylated hemoglobin levels records, and the World Health Organization Quality of Life-Brief, Thai version. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. The results of the study showed that after participating in the empowerment program, mean scores of the fasting blood sugar and glycosylated hemoglobin levels of samples were significantly lower than those before participating in the empowerment program ($p=.001$), and the mean scores of the quality of life of samples were significantly higher than those before participating in the empowerment program ($p=.001$). Therefore, health care providers should expand the empowerment program to other patients with chronic diseases.

Keywords: Type 2 diabetes, Empowerment program, Fasting-blood sugar, Glycosylated-hemoglobin, Quality of life

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทย สถานการณ์เบาหวานปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถิติของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2562) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย จำนวน 941,226 ราย คิดเป็นอัตรา 1,439.04 ต่อประชากรแสนคน โดยเป็นอัตราที่เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ที่พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 876,970 ราย คิดเป็นอัตรา 1,344.95 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2563 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานไว้ว่า อุตบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มลดลง เป็นผลจากมาตรการการควบคุม ป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินการตามมาตรการต่างๆ ก็ยังคงต้องดำเนินต่อไปเพื่อปรับแนวโน้มให้เปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยเฉพาะมาตรการด้านการควบคุมการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็ม ทั้งนี้นโยบายเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในนโยบายระดับประเทศ ซึ่งเป็นเข็มมุ่งเป้าในการพัฒนาเพื่อลดปัญหาและอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และถูกนำมากำหนดนโยบายในระดับต่างๆ ที่มีนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ โดยการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะขับเคลื่อนผ่านหน่วยงานต่างๆ ที่เน้นการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป้าหมาย คือเพื่อลดอัตราการเพิ่มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สำหรับจังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก (2561) รายงานว่าในปี 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 5,877 ราย คิดเป็น 553.27 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 43.32 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก (2561) รายงานว่าในปี 2561 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 2,814 ราย คิดเป็น 973.3 ต่อแสนประชากร ส่วนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก พบว่ามีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปี 25560-2561 เท่ากับ 152 และ 139 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ถึงร้อยละ 62.70 และ 42.00 ตามลำดับ แม้ว่าทางผู้รับผิดชอบจะมีการดำเนินการกำกับติดตามและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็ตาม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก, 2561)

เบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ตลอดชีวิต โดยเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติเพื่อช่วยลดหรือเลื่อนโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท และทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี เป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมให้ระดับ HbA1C ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด แต่ต้องไม่เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต (Lifestyle modification) ซึ่งหมายถึง การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการและมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ (American Diabetes Association, 2020)

อย่างไรก็ตามการมารับบริการการตรวจรักษา การรับฟังคำแนะนำ การติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจได้ในหลาย ๆ ทาง เช่น การนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็นระยะเวลานานหน้าห้องตรวจ (Jalil et al., 2017) ดังนั้นจึงเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องหาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตระหนักหรือเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Chen et al., 2016)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) หมายถึงกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเอง ในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง แม้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของแต่ละบุคคลจะมีรายละเอียดแตกต่างกันไป ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) คือ 1) การค้นพบและรับทราบสถานการณ์จริง (Discovering reality) ซึ่งจะก่อให้เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา (Cognitive response) โดยการพิจารณา ไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งบริบทของตน เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิด ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา 3) การตัดสินใจที่จะรับผิดชอบและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ได้แก่ การมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป นอกจากนั้นสิ่งที่สนับสนุนหรือกระตุ้นให้บุคคลเสริมสร้างพลังอำนาจของตน ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะสนองความต้องการของตนเอง และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม

ประสบการณ์ เป้าหมาย และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความคับข้องใจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลได้พัฒนาตามขั้นตอนต่าง ๆ ผลลัพธ์ที่สำคัญของการเสริมพลังอำนาจ คือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพในการมีส่วนร่วม การรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเองการพัฒนาตนเอง ฟังพอใจตนเอง และมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งระยะเวลาที่ใช้ วิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วยังขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนและเอื้ออำนวยจากผู้ที่เกี่ยวข้อง (Gibson, 1995) ในการดูแลผู้ป่วยนั้น การช่วยให้สามารถจัดการและควบคุมเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่จะสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น เยาวภา พรเวียง และคณะ (2555) ที่ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลทำให้มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไธสง จังหวัดลำพูน จำนวน 20 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าและคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้วัดผลลัพธ์ในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และนอกจากนี้จากการวิจัยของจิรินทร์ โพธิ์พฤษ, วศิน โพธิ์พฤษ, และนฤ โพธิ์พฤษ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 13 คน ผลพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น และ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการวิจัยดังกล่าวคือเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพียง 13 คน จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคกสามารถเกิดพลัง ในตนเอง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

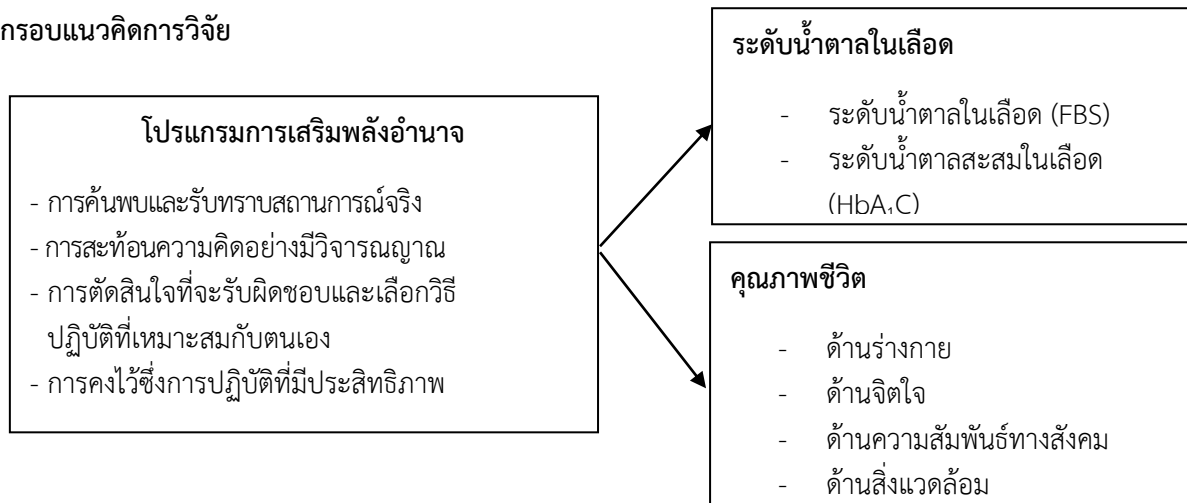
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ
2. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ
3. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research with one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน 2) มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting blood sugar: FBS) สูงกว่า 126 mg% 3) ไม่เคยเข้าร่วมโครงการหรือโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองมาก่อน 4) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจ และ 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) เคยเข้าร่วมโครงการหรือโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมาก่อน และ 2) มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือด โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคไตวาย ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบและรับทราบสถานการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจที่จะรับผิดชอบและเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ อาชีพ

2.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Glycosylate hemoglobin: HbA_{1c})

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI) จำนวน

26 ข้อ ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และอีก 2 ข้อเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ลักษณะคำถามมีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การแปลผลคะแนน

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ต่อไป ส่วนแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2545)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยค้นหารายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายตัวอย่างเพื่อทำแบบวัดคุณภาพชีวิต และเจาะระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสำหรับตัวอย่างแต่ละราย
4. ดำเนินการจัดไปเสริมพลังอำนาจ 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เดือนที่ 1 การรับรู้สถานะสุขภาพ ตามสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเอง เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ และเกิดความคุ้นเคยกันในกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับตนเอง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อค้นหาทุนเดิมและดึงความสามารถว่าใครเก่งด้านใด โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสริมกิจกรรมเรียนรู้เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้นและให้กลุ่มทำข้อตกลงร่วมกันในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และตั้งเป้าหมายการลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกัน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 วัน

เดือนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) และการตัดสินใจที่จะรับผิดชอบและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) ผู้วิจัยให้บุคคลต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาเล่าประสบการณ์ชีวิตที่พบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มในบรรยากาศที่เป็นกันเอง จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มสะท้อนความคิดเห็น และวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางแก้ปัญหาของตนเองร่วมกัน และให้บุคคลต้นแบบนำสมาชิกกลุ่มในการฝึกทักษะต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน และสรุปด้วยการให้กลุ่มสมาชิกวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และให้คำมั่นสัญญาในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ใช้ระยะเวลา 1 วัน

เดือนที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นการพบปะพูดคุยเพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิดเห็น โดยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและสมาชิกในกลุ่ม มีการแสดงความชื่นชม ประเมินให้กำลังใจกับผู้มีระดับน้ำตาลลดลงจากครั้งที่ผ่านมา พูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกันกับสมาชิกที่มีระดับน้ำตาลสูง ให้ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเป็นผู้แนะนำวิธีการดูแลตนเองให้กับสมาชิกในกลุ่มและสมาชิกนำวิธีปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง ใช้ระยะเวลา 1 วัน จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับตัวอย่างแต่ละคนเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและรวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิต

เดือนที่ 4 การสรุปและถอดบทเรียน เป็นการพบปะพูดคุยเพื่อสรุปบทเรียน โดยสร้างการเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อนำบทเรียนดังกล่าวไปปรับใช้ในวิถีชีวิตให้กับสมาชิกในกลุ่มและนำไปปฏิบัติให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) และข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=31)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	25.80
หญิง	23	74.20
อายุ		
30-39 ปี	2	6.50
40-49 ปี	7	22.60
50-59 ปี	14	45.20
60-69 ปี	7	22.60
70 ปีขึ้นไป	1	3.20

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยม	2	6.50
ระดับมัธยม/อาชีวศึกษา	7	22.60
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	8	25.70
ปริญญาตรี	12	38.70
ปริญญาโท	2	6.50
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้าน	6	19.40
รับจ้าง	11	35.50
ค้าขาย	8	25.80
รับราชการ	6	19.40

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.2 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.2 การศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.7 และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.5

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่าง (n=31)

ข้อมูล	ค่าคะแนน		Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)				
- ก่อนการทดลอง	188.68	50.84	43.63***	<.001
- หลังการทดลอง	125.58	19.32		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA _{1c})				
- ก่อนการทดลอง	8.96	2.07	31.18***	<.001
- หลังการทดลอง	6.97	1.17		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งโดยรวมและรายด้าน (n=31)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านร่างกาย	19.35	3.98	ปานกลาง	28.03	3.91	ดี	10.43***	<.001
ด้านจิตใจ	19.90	3.28	ปานกลาง	24.45	3.87	ดี	5.67***	<.001
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.06	1.39	ปานกลาง	12.58	1.82	ดี	3.17***	<.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.22	3.29	ปานกลาง	31.94	3.65	ดี	7.40***	<.001
โดยรวม	75.54	10.52	ปานกลาง	97.00	11.96	ดี	25.93***	<.001

*** $p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการวิจัยของจิรพันธ์ โพธิ์พฤษ และคณะ (2555) ที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุทัยธานีมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของจุฑารัตน์ รังษาลักษณ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยมีพลังอำนาจก็จะมีศักยภาพในการรับรู้ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีการแสวงหาข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ต่อไป ทั้งนี้จากการศึกษาของชนิษฐา สุระเดชาวุธ, และคณะ (2554) ที่ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานที่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจะเหมือนกับกระบวนการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยน แต่จะข้ามไปสู่ขั้นต่อไปได้เร็วกว่า โดยทุกขั้นตอนพบว่าเกิดขึ้นตามกระบวนการตามแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจครบ ดังนี้ คือ 1) ขั้นการค้นพบสถานการณ์จริง ทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการการรับรู้ปัญหา การแสวงหา ข้อมูล และการตระหนักและยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้น 2) ขั้นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยพบกระบวนการค้นหาทางเลือกที่จะปฏิบัติ การเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา และการประเมินผลการปฏิบัติที่เคยกระทำมา 3) ขั้นตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีกระบวนการกำหนดเป้าหมายของตนเอง และการระบุแนวทางที่จะปฏิบัติได้ชัดเจน และ 4) ขั้นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการการสร้างแรงจูงใจของตนให้คงอยู่

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เมื่อพิจารณากระบวนการขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจที่จัดขึ้นจะพบว่าทุกขั้นตอนเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ในขั้นตอนแรก การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะสุขภาพตามสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเอง เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ และเกิดความความคุ้นเคยกันสำหรับสมาชิกในกลุ่ม ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับตนเอง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองนั้น ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี มีการยอมรับในความเป็นบุคคล และมีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เป็นกันเองตลอดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง และรวมทั้งเปิดใจยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่นในกลุ่ม และนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้กับการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั่นเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับความคิดหลักของการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้รับบริการคือการสร้างสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศของความอบอุ่น เอื้ออาทรซึ่งทำได้โดยการสร้างความเป็นกันเอง ความไว้วางใจ เชื่อมั่น เปิดเผย ซื่อสัตย์ เป็นจุดกำเนิดของความรู้สึกให้เกียรติไว้วางใจ เกิดทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล เกิดการยอมรับผู้อื่น เคราพซึ่งกันและกัน (Patient Empowerment Network, 2018)

นอกจากนี้ในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) และการตัดสินใจที่จะรับผิดชอบและเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการอภิปรายปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกรณีตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และมีการแนะนำแหล่งข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยยึดตามความต้องการของแต่ละบุคคล และรวมทั้งการนำบุคคลต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเอง รวมถึงอุปสรรคที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางแก้ไขปัญหามาต่าง ๆ พบว่าขั้นตอนนี้ช่วยเสริมการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากการให้ทางเลือก ให้เห็นโอกาสและได้คิดหาหนทางในการแก้ไขปัญหาได้กว้างขวางขึ้น เพราะผู้ป่วยได้เริ่มต้นการมองปัญหาของตนเองก่อนเป็นอันดับแรก และดูบุคคลต้นแบบเป็นตัวอย่าง และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพในสิ่งที่ตรงกับความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจนประสบผลสำเร็จในที่สุด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกหรือกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญและพัฒนาตัวบุคคลซึ่งขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นสิ่งที่ช่วยให้กรณีตัวอย่างได้มีการทบทวน ถามตัวเอง และเขียนบันทึกคำตอบที่ได้จากการถามตนเองลงไปแบบบันทึกดังกล่าวทุกครั้ง

ส่วนในขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนความคิดเห็นเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและสมาชิกในกลุ่ม มีการสนับสนุนชมเชยให้กำลังใจซึ่งกันและกันซึ่ง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อันได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการจัดการกับความเครียดอย่างถูกวิธี ทำให้กลไกการทำงานที่อวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีการเผาผลาญระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (จิรินทร์ โพธิ์พฤษ และคณะ, 2555) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของกายและลิลลี่แมน (Ghaye & Lillyman, 2012) ที่กล่าวว่า การสะท้อนผลที่น่าพอใจให้กับผู้ป่วยตลอดการศึกษาจะเป็นตัวสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติตนเพื่อผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิตในภาวะปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเยวภา พรเวียง และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลที่เท่าที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูนที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสวิเคราะห์ตนเอง รับรู้ปัญหาและพฤติกรรมที่เสี่ยงของตนเอง แล้วมีการวางแผนปรับพฤติกรรมตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ได้ลงมือกระทำตามแผนที่ตนเองวางไว้ โดยมีสมาชิกในกลุ่มและบุคลากรสาธารณสุขช่วยเสริมพลัง ให้ความสำคัญจนเกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าตนเอง และต่อสู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ได้ จนประสบผลสำเร็จ คือระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจและรับรู้สถานะของตนว่ามีผลลัพธ์ที่ตนเองกระทำดีขึ้น การประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองในภาพรวมจึงดีขึ้นตามมา (ยงยุทธ สุขพิทักษ์, 2557)

อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มาเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งโดยรวมและรายด้านนั้น อาจเป็นเพราะการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีการเสริมแรงบวกจากเจ้าหน้าที่และสมาชิกในทีม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับนับถือ และตระหนักถึงความห่วงใยที่ได้รับจากสมาชิกในทีมและบุคลากรทางสุขภาพที่มีการกระตุ้นเตือนและชี้แนะแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางบวกเหล่านี้นอกจากจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพแล้วยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เนื่องจากในระหว่างการเข้ากลุ่มผู้ป่วยสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่เข้มงวดจนเกินไป มีเวลาในการไตร่ตรองและเข้าใจปัญหาของตนเอง และปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ (ยุวณุ สัตยสมบูรณ์, 2555) ทั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของจุฑามาศ เกษศิลป์ และคณะ (2556) ที่กล่าวว่าถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ดังหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การจัดการตนเองที่ดีจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เพิ่มการจัดการอาการแสดงของโรคที่ดีขึ้น เพิ่มความรู้ ลดระดับน้ำตาลในเลือด เสริมสร้างการควบคุมโรคที่ดีขึ้น และช่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายอื่น และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายผลการดำเนินงานต่อไป และเพื่อให้การเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลการดำเนินงานของกลุ่มอาจต้องผ่านการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการเสริมพลังอำนาจร่วมด้วย

2. ในการศึกษาครั้งนี้มีการจัดโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจโดยใช้สถานที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคกเป็นหลัก ซึ่งอาจทำให้การกำกับติดตามเพื่อเสริมพลังอำนาจในบางประเด็นไม่สอดคล้องกับบริบทของตัวอย่างบางราย ดังนั้นในการดำเนินการครั้งต่อไปอาจมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน สระโคกลำเอื้อง จังหวัดพิษณุโลก เพียง 31 ราย และเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เป็น 2 หรือ 3 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลของการเสริมพลังอำนาจกับวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีการอื่นต่อไป
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดประเมินผลลัพธ์เพียง 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นจึงไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืนของประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย ทุก 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะยาว
3. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างพลังได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD). สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
- จิรพันธ์ โพธิ์พุทธรักษ์, วศิน โพธิ์พุทธรักษ์, และนฤ โพธิ์พุทธรักษ์. (2555). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 6(2), 47-55.
- จุฑามาศ เกษศิริป, พาณิ วิรัชชกุล, และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 84-103.
- จุฑารัตน์ รัชชา, ยุติ รอดจากภัย, และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(6), 377-383.
- ชนิษฐา สุระเดชารุช, เยาวลักษณ์ อ่ำจำไพ, และเจริญ ตรีศักดิ์. (2554). กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานแบบรายบุคคล. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 7(2), 60-69.
- เยาวภา พรเวียง, วิภาพรรณ หมั่นมา, พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล, และวันทนา แก้วยองผาง. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 85-97.
- ยุวณู สัตยสมบูรณ์. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์สุขภาพบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์. (2557). เทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(4), 649-657.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทรกุล และคณะ. (2545). *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก. (2561). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก. ในปี 2561*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระโคก.
- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. สืบค้นจาก <http://www.plkhealth.go.th/uploads/documents/pdf>
- American Diabetes Association. (2020). *Standards of medical care in diabetes 2020 abridged for primary care providers*. Retrieved from: <https://clinical.diabetesjournals.org/content/diaclin/early/2019/12/18/cd20-as01.full.pdf>
- Chen, J., Mullins, C. D., Novak, P., & Thomas, S. B. (2016). Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health Education & Behavior*, 43(1), 25–34. doi:10.1177/1090198115579415
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advance Nursing*, 16(3), 354-361. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x
- Ghaye, T., & Lillyman, S. (2012). *Empowerment Through Reflection: A Guide for Practitioners and Healthcare Teams*. London: Quay Books Division.
- Jalil, A., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2017). Patient satisfaction with doctor-patient interactions: A mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC Health Services Research*, 17(1), 155. doi:10.1186/s12913-017-2094-6
- Patient Empowerment Network. (2018). *What does it mean to be an empowered patient?* Retrieved from: <https://powerfulpatients.org/2018/05/22/what-does-it-mean-to-be-an-empowered-patient/>

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Development of a One-day Nursing Guideline for Inguinal Hernia Surgery Patients at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

สุทิพา ใจสมัค, พยบ.

Sutipa Jaisamuk, BSN.

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

E-mail: j.sutipa@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีการดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาปัญหาปัจจุบันของแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียว 2) ระยะการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ 3) ระยะการใช้และประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำนวน 6 คน และผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ 29 คน ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับคือ พยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติงานไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน การให้ความรู้ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญทั้งหมด โดยได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมพยาบาล คือ 1) การนัดผู้ป่วยผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด 2) การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน 3) การดูแลผู้ป่วยในวันเข้ารับการผ่าตัด 4) การโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น พยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัดจากความไม่พร้อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้พยาบาลนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไปพัฒนาเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดการอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ, แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

Abstract

This research and development aimed to develop and examine the effects of a one-day nursing guideline for inguinal hernia surgery patients at Buddhachinnaraj Hospital, Phitsanulok. There were three phases of this study: 1) surveying the current situations of one-day nursing guidelines for inguinal hernia surgery patients, 2) developing a one-day nursing guideline for inguinal hernia surgery patients, 3) performing and evaluating a one-day nursing guideline for inguinal hernia surgery patients. Samples comprised 6 waiting room nurses and 29 one-day inguinal hernia surgery patients. The findings showed that nurses in the waiting room for one-day inguinal hernia surgery patients took care of patients differently and provided different information, which did not cover all necessary information. The one-day nursing guideline for inguinal hernia surgery patients comprised four nursing activities: 1) making an appointment with the surgical patients at the waiting room, 2) calling to check with the patients one day prior to surgery, 3) taking care of the patients on the day of surgery, and 4) calling to follow up with the patients after the surgery. After using the developed guidelines, the results were that nurses and patients performed better practices for pre-and post-operation in inguinal hernia. Both nurses and patients were satisfied with the new guidelines. In addition, there was no incidence of postponed surgery of patients from surgery due to lack of preparation. Therefore, using the one-day nursing guideline in other patients undergoing other procedures was recommended.

Keywords: Hernia surgery, Inguinal hernia surgery guideline, One-day surgery

บทนำ

ภาวะไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) เป็นภาวะที่มีลำไส้บางส่วนไหลเลื่อนออกมาตั้งอยู่ที่ผนังหน้าท้อง ซึ่งจะบวมๆยุบๆ มักจะไม่มีอาการเจ็บปวดแต่ถ้าปล่อยไว้อาการจะรุนแรงขึ้น อาจทำให้ลำไส้ติดคาเน่าตายจนทำให้เกิดการติดเชื้อและเสียชีวิตได้ ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่มักจะต้องอาศัยการผ่าตัดให้เร็วที่สุด ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) เป็นไส้เลื่อนชนิดที่พบได้บ่อยในเด็กโตและผู้ใหญ่ อาจพบได้ 1.7 % ของประชากรทั่วไป พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 24% (Jenkins & O' Dwyer, 2008) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จากข้อมูลการให้บริการที่ผ่านมามีแนวโน้มผู้มารับการรักษาโดยการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 24,312 ราย 25,139 รายและ 26,412 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยภาวะไส้เลื่อนขาหนีบที่มารับบริการและต้องเข้ารับการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 225 ราย 324 ราย และ 412 ราย ตามลำดับ (ฐานข้อมูลห้องผ่าตัด, 2561) จะเห็นว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการมีปริมาณเพิ่มขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาระยะเวลาการรับบริการ ความแออัดในโรงพยาบาล จำนวนเตียง ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลที่มีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับเป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องเตรียมตัวมาที่บ้านและกลับบ้านหลังผ่าตัดเสร็จ ซึ่งวิธีการนี้เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่ามีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและประเทศชาติ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS)

เป็นการผ่าตัดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในทั่วโลกและในประเทศไทย โดยพบว่าในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบวันเดียวกลับ และในประเทศอังกฤษพบว่า ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบวันเดียวกลับ (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สำหรับประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนะให้มีการพัฒนาระบบการให้บริการการรักษาก่อนหรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้เป็นหนึ่งในการให้บริการทางการแพทย์โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางด้านการแพทย์อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมีความปลอดภัย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยเริ่มจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมแล้วขยายไปอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในทุกเขตสุขภาพ โดยเกณฑ์เป้าหมายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบวันเดียวกลับในปี 2561 อยู่ที่ร้อยละ 15 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2564 (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นทางเลือกในการรักษาที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวนมาก เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยลดเวลาดนอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ทำให้รักษาผู้ป่วยได้มากขึ้นเนื่องจากไม่ต้องรอเตียงว่าง (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ทั้งนี้หลักการของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ 1) ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้าน 2) การดูแลผู้ป่วยวันที่มีการผ่าตัดและหลังพักฟื้นที่โรงพยาบาล 3) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายในวันเดียว และ 4) การกลับมาตรวจตามนัดตามแผนการรักษาของศัลยแพทย์ (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โรงพยาบาลในหัตถ์ผ่าตัดจะใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด ได้แก่ ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลและแผนการผ่าตัด ตรวจสอบความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดตามแผนการรักษา ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ และประเมินความพร้อมด้านจิตใจและดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่อการผ่าตัดและบันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูล (The Association of Perioperative Registered Nurses: AORN, 2018) เป้าหมายของการดูแลในระยะก่อนผ่าตัด คือ การที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานะของร่างกายจิตใจที่ดีที่สุดและพร้อมเท่าที่เป็นไปได้ก่อนการผ่าตัด การดูแลจะเริ่มตั้งแต่ได้รับการตัดสินใจว่าจะต้องผ่าตัดหรือทำหัตถ์การไปจนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเคลื่อนขึ้นบนเตียงผ่าตัด

จากรายงานผลการปฏิบัติงานของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีการงดการผ่าตัดผู้ป่วยที่มีใส่เลื่อนขาหนีบจำนวน 1 ราย และเลื่อนผ่าตัดจำนวน 2 ราย การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้านก่อนผ่าตัดมีหลากหลายและให้คำแนะนำไม่ครบถ้วน แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับยังไม่ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลการศึกษาแนวทางการดูแลด้วยผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ผ่านมามีจำกัด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัดและเป็นเลขานุการของทีมคณะทำงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลกจึงสนใจพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับซึ่งประกอบด้วย การรับนัดผู้ป่วยใส่เลื่อนขาหนีบ การให้คำแนะนำในการเตรียมตัวที่บ้านก่อนผ่าตัด การให้การดูแลผู้ป่วยในวันที่มีการผ่าตัด และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลและทีมงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาล พุทธชินราช มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ
 - ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ที่พัฒนาขึ้น และความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น
 - ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ที่พัฒนาขึ้น ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น และจำนวนอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยถูกเลื่อน หรือตบผ่าตัดจากความไม่พร้อม และจำนวนอุบัติการณ์ ที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ การ Re – admit, การมีเลือดออกที่แผลผ่าตัด, การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ

- 1) กิจกรรมการรับนัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ
- 2) กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน
- 3) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในวันเข้ารับการผ่าตัด
- 4) กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ

1. การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของพยาบาลและผู้ป่วย
2. ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดและผู้ป่วยต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2562 ภายหลังจากได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการ เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันของแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลห้องผ่าตัด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดมากกว่า 5 ปี มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าทีมผ่าตัดแผนกศัลยกรรม และเป็นทีมนำในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ทีมผู้วิจัยได้จัดทำและได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แยกเป็นหมวดหมู่ แล้วนำเสนอในรูปแบบของการบรรยาย

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยคณะพัฒนาแนวทางการดูแล ประกอบด้วยทีมผู้วิจัย 3 คน และพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

ใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับมาสร้างเป็น (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และแผ่นพับคำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทั้งสองชนิดโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และแผ่นพับคำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวผ่าตัดเท่ากับ 0.98 และ 0.99 ตามลำดับ

ระยะที่ 3 การใช้และประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ มาสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดและปรับปรุง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 6 คน และผู้ป่วย จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และแผ่นพับคำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการปฏิบัติตาม (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยกิจกรรมพยาบาล 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับที่ห้องผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ กิจกรรมที่ 2 การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน จำนวน 5 ข้อ กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยในวันเข้ารับการผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ กิจกรรมที่ 4 การโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และแผ่นพับคำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวผ่าตัด ใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.99 2) แบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตาม (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการ มีรายละเอียดดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับ (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 2) นำ (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และแผ่นพับคำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับจำนวน 15 คน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม – 30 พฤษภาคม 2562 3) ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตาม (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4) สังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตาม (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 5) นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปจำนวนการเกิดรายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดใส่เลือนขาหนีบบนวันเดียวกลับ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนหรือ งดผ่าตัดจากความไม่พร้อม วิเคราะห์โดยการแจกแจง จำนวนและร้อยละ นำเสนอในรูปแบบบรรยาย และเสนอผลการดำเนินงานต่อพยาบาลห้องผ่าตัด

ช่วงที่ 2 การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวมาใช้ ดังนี้ ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ปรับปรุงจากช่วงที่ 1 ไปให้พยาบาลห้องผ่าตัดใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับแก่พยาบาลห้องผ่าตัด 2) อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับนำเอกสารที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำการกรอกข้อมูลการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) แนะนำการลงข้อมูลต่างๆ การตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (ODS-Pre op- form 01-04) 4) แนะนำการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และเอกสารก่อนมารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ 5) แนะนำการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจากตารางการนัดผ่าตัด ในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 6) แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (การดูแลแผล, การรับประทานยา, การสังเกตความผิดปกติ) 7) แนะนำการทบทวนกับผู้ป่วยถึงการมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

ช่วงที่ 3 การใช้และประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ผู้วิจัยพัฒนาแล้วไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ จำนวน 29 คน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้เลื่อนขาหนีบ 3) ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และโดยพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยใช้วิธีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเหมือนช่วงที่ 1 สังเกตการณ์ปฏิบัติที่ห้องผ่าตัดคนละ 4-5 ครั้งนำข้อมูลที่ได้นำมาจำแนกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปจำนวนการเกิดรายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกเลื่อน หรือฉีกขาดจากความไม่พร้อม วิเคราะห์โดยการแจกแจง จำนวน และร้อยละ นำเสนอในรูปแบบบรรยาย และเสนอผลการดำเนินงานต่อพยาบาลห้องผ่าตัด และประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นต่อการพยาบาลที่ได้รับต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพุทธชินราช รหัสเลขที่ 104/61 เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2561

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันของแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่าประเด็นปัญหาที่พบ ได้แก่

1. พยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติงานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงประเด็นของการผ่าตัดแบบนี้เป็นผ่าตัดแบบใหม่ที่ผู้ป่วยไม่ได้นอนโรงพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดต้องแนะนำผู้ป่วยเพื่อไปเตรียมตัวผ่าตัดเองจากที่บ้าน แต่ละคนให้คำแนะนำไม่เหมือนกัน ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ ต้องการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับโดยเชื่อว่าจะทำให้ประโยชน์ 2 ประเด็นคือ 1) ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและ 2) ผู้ให้บริการมีความสะดวกรวดเร็วในการให้คำแนะนำผู้ป่วย

3. การให้ความรู้ผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วนครอบคลุมทุกประเด็น

แนวทางการแก้ไขและแนวทางการพัฒนา คือความร่วมมือของทุกคนโดยมีผู้วิจัยเป็นแกนนำในการเนินการ โดยประเด็นที่ต้องการพัฒนา คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับที่มีกิจกรรมชัดเจนและมีสื่อ หรือแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

2. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ห้องรอผ่าตัด ประกอบด้วยการแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและญาติ สอบถามความถูกต้อง ชื่อ – สกุลผู้ป่วย ให้ตรงกับใบคำสั่งแพทย์ใน OPD Card ทบทวนผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับตรวจสอบการให้การยินยอมในการรับการรักษาดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการลงนามให้คำยินยอมการเข้าร่วมโครงการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับ ตรวจสอบยาที่ให้ผู้ป่วยรับประทานก่อนการผ่าตัด, ยาที่ต้องงดก่อนการผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค แจ้งวัน และเวลาที่จะมารับการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ให้แผ่นพับคำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ ส่งผู้ป่วยพบกับวิสัญญีพยาบาลเพื่อประเมินความพร้อม สำหรับการรับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด ตรวจสอบการลงข้อมูลของศัลยแพทย์ และพยาบาลห้องตรวจศัลยกรรมในแบบฟอร์มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และลงข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative checklist) ในส่วนของพยาบาลห้องผ่าตัดให้ครบถ้วน (ODS-preop-form-04)

2.2 การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน ประกอบด้วยการตรวจสอบชื่อ – สกุลของผู้ป่วย, การผ่าตัด, ข้างที่จะทำผ่าตัดของไส้เลื่อนขาหนีบให้ตรงกับตารางการนัดผ่าตัด ก่อนโทรเยี่ยมผู้ป่วย แนะนำตนเองกับผู้ป่วยหรือญาติ ทบทวน วันที่ และเวลาที่ต้องมารับการผ่าตัดกับผู้ป่วยหรือญาติ ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดตามแบบฟอร์มเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ แล้วลงข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยใน Google form เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหากมีข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อให้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ประจำห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหรือศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด

2.3 การดูแลผู้ป่วยในวันเข้ารับการผ่าตัด โดยเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยหรือญาติยื่นบัตรนัดกับพยาบาลห้องรอผ่าตัด แล้วตรวจสอบชื่อผู้ป่วยให้ตรงกับเอกสารการนัดผ่าตัด และ ตารางการผ่าตัด จากนั้นนำผู้ป่วยและญาติเข้ามาที่ห้องรอผ่าตัด แนะนำสถานที่ และการปฏิบัติตัวขณะรอผ่าตัด สอบถามข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการมารับผ่าตัด เตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติ ทราบถึงขั้นตอนการผ่าตัด การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วลงข้อมูลตามแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (MR12: ODS)

2.4 การโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วยการสอบถามอาการทั่วไป และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบศัลยแพทย์ ก่อนวันนัดตรวจหลังผ่าตัด ได้แก่ การบวมแดงและมีเลือดออกที่บริเวณของแผลผ่าตัด และการมีไข้สูงตลอดเวลาหลังการผ่าตัด สอบถามการดูแลแผลผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทบทวนอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ทบทวนวันที่ และสถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องมาให้แพทย์ดูแผลผ่าตัดและทบทวนวันที่ และสถานที่ ที่ผู้ป่วยมาตรวจหลังผ่าตัดตามนัด

3. ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

3.1 ด้านผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลห้องรผ่าตัดทั้ง 6 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี, 36-40 ปี และอายุ 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ทุกช่วงอายุ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาทำงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 5-10 ปี, 11-15 ปี และ >15 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ทุกช่วงปี และประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 5-10 ปี, 11-15 ปี และ > 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ทุกช่วงปี

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของพยาบาลวิชาชีพห้องรผ่าตัด (n=6)

รายการ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่ 1 การนัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ห้องรผ่าตัด				
1. แนะนำตนเอง และสอบถามว่ารับทราบโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ	26	89.66	3	10.34
2. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร (ODS form 01-04)	22	75.86	7	24.14
3. แนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบ (อาการและการรักษา)	24	82.76	5	17.24
4. แนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (ด้านร่างกายและเอกสาร)	25	86.21	4	13.79
5. แจ้ง วัน/เวลานัดผ่าตัดแก่ผู้ป่วย	28	96.55	1	3.45
เฉลี่ยรวมในกิจกรรมที่ 1		86.21		13.79
กิจกรรมที่ 2 การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน				
1. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจากตารางการนัดผ่าตัด	28	96.55	1	3.45
2. แนะนำตนเอง สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตำแหน่งของไส้เลื่อน	26	89.66	3	10.34
3. ทบทวน วัน/เวลา นัดทำผ่าตัดของผู้ป่วย	26	89.66	3	10.34
4. ทบทวนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้านร่างกาย	24	82.76	5	17.24
5. ทบทวนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้านเอกสาร	24	82.76	5	17.24
เฉลี่ยรวมในกิจกรรมที่ 2		88.28		11.72

รายการ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยในวันเข้ารับการผ่าตัด	28	96.55	1	3.45
1. แนะนำตนเอง ถามชื่อ – สกุล ผู้ป่วย, ตำแหน่งแผลผ่าตัด				
2. ตรวจสอบความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดด้านร่างกาย	26	89.66	3	10.34
3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติขณะรอผ่าตัด	26	89.66	3	10.34
4. อธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะผ่าตัด	28	82.76	1	3.45
5. อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (การดูแลแผล, การรับประทานยา, การสังเกตความผิดปกติ)	24	82.76	5	17.24
เฉลี่ยรวมในกิจกรรมที่ 3		91.03		8.97
กิจกรรมที่ 4 การโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด				
1. โทรเยี่ยมภายหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง	24	82.76	5	17.24
2. แนะนำตนเอง สอบถาม ชื่อ-สกุล	28	96.55	1	3.45
3. สอบถามอาการผู้ป่วย (ความปวด, บวม แดงของแผลผ่าตัด)	26	89.66	3	10.34
4. ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (การสังเกตความผิดปกติ, การดูแลแผลผ่าตัด)	28	96.55	1	3.45
5. ทบทวนการมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	26	89.66	3	10.34
เฉลี่ยรวมในกิจกรรมที่ 4		91.03		8.97
เฉลี่ยทั้ง 4 กิจกรรม		89.14		11.09

จากตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลห้องรอผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โดยรวมปฏิบัติได้ร้อยละ 89.14 ไม่สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 11.03

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลห้องรอผ่าตัดต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (n=6)

รายการ	ความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. มีความง่ายต่อการนำไปใช้ปฏิบัติ	4.17	0.37	มาก
2. มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	4.17	0.37	มาก
3. มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.67	0.47	มากที่สุด
4. มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย	4.67	0.47	มากที่สุด
5. ช่วยให้การพยาบาล ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ	4.17	0.37	มาก
ภาพรวม	4.31	0.57	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าพยาบาลห้องรผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ($\bar{X} = 4.31$, $SD = 0.57$) ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด 2 ข้อ คือ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และหน่วยงาน

3.2 ด้านผู้รับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ 29 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 96.55 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.38

ผลการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของผู้ป่วย (n=29)

รายการ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทราบเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ	26	89.66	3	10.34
2. นำเอกสารมาครบถ้วน (บัตรประชาชน, บัตรนัด, เอกสารหมายเลข 03, ใบส่งตัวตามสิทธิการรักษา)	22	75.86	7	31.03
3. ไม่นำเครื่องประดับของมีค่ามาโรงพยาบาล	21	72.41	8	27.59
4. นำญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน	28	96.55	1	3.45
5. รับประทานยาหรือฉีดยาโรคประจำตัวถูกต้องตามแพทย์สั่ง	23	79.31	6	20.69
6. ทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าห้องผ่าตัด	25	86.21	5	13.79
7. ทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	24	82.76	5	17.24
8. ทราบเกี่ยวกับการโทรเยี่ยมสอบถามอาการหลังผ่าตัด	26	89.66	3	10.34
9. ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติฉุกเฉินหรืออาการผิดปกติที่ต้องมา รพ. ก่อนวันนัด และทราบเบอร์ติดต่อฉุกเฉิน	28	96.55	1	3.45
10. ทราบวันที่แพทย์นัดตรวจหลังการผ่าตัด	26	89.66	3	10.34
ภาพรวม		92.86		7.14

จากตารางที่ 3 พบว่า โดยรวมผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับได้คิดเป็นร้อยละ 92.86 ข้อที่ปฏิบัติได้มากที่สุด 2 ข้อ คือ การนำญาติมาด้วยอย่างน้อย 1 คน และการรับทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติฉุกเฉินหรืออาการผิดปกติที่ต้องมา รพ. ก่อนวันนัด และทราบเบอร์ติดต่อฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 96.55

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ (n = 29)

รายการ	ความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ทักทายและให้การต้อนรับด้วยการยิ้ม แนะนำตนเองพูดคุยด้วยวาจาสุภาพ	4.65	0.48	มากที่สุด
2. ให้ข้อมูลสอดคล้องกันไม่สับสน	4.08	0.47	มาก
3. ประเมินความเข้าใจหลังจากได้รับคำแนะนำ	3.95	0.39	มาก
4. ให้คำอธิบายเหตุผลความจำเป็นของการรักษา	4.28	0.55	มาก
5. ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดในวันนัดผ่าตัด	4.25	0.54	มาก
6. พยาบาลห้องผ่าตัดโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับการเตรียมตัวในวันก่อนผ่าตัด	4.70	0.46	มากที่สุด
7. ในวันผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดได้บอกให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด	4.10	0.50	มาก
8. ได้รับทราบข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้	4.15	0.36	มาก
9. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการมาตรวจตามนัด	4.85	0.36	มากที่สุด
10. มีความพึงพอใจต่อการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในครั้งนี้	4.28	0.46	มาก
ภาพรวม	4.33	0.46	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับโดยภาพรวมในระดับมาก ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการมาตรวจตามนัด

อุบัติการณ์เกี่ยวกับการถูกเลื่อน หรืองดการผ่าตัดจากความไม่พร้อม

1. ไม่พบจำนวนอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยถูกเลื่อน หรืองดผ่าตัดจากความไม่พร้อม
2. ไม่พบจำนวนอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ, การมีเลือดออกที่แผลผ่าตัด, การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (ระยะเวลาการติดตามหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์เมื่อผู้ป่วยมาตรวจหลังผ่าตัดตามนัด)

การอภิปรายผล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ศึกษาแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (สำนักการพยาบาล, 2554 และ AORN, 2018) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากนั้นพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ผ่านการพิจารณาจากทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1) การนัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ห้องรอผ่าตัด ประกอบด้วย กิจกรรมการทบทวนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร การแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด รวมถึงการนัดหมายวันเวลา

ในการมาโรงพยาบาล กิจกรรมที่ 2) การโทรเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน ประกอบด้วยการทบทวนวัน เวลา ที่ทำผ่าตัดกับผู้ป่วย ทบทวนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและการเตรียมเอกสาร กิจกรรมที่ 3) การดูแลผู้ป่วยในวันเข้ารับการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ให้คำแนะนำในการ ปฏิบัติตัวขณะรอผ่าตัดขั้นตอนการผ่าตัดและปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด กิจกรรมที่ 4) การโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นการติดตามผลหลังการรักษา สอบถามอาการหลังการผ่าตัด ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด และการมาตรวจ ตามนัด ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น อาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและการติดต่อกรณีที่เกิดปฏิกิริยา หรือกรณีฉุกเฉิน ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมสามารถนำมาปฏิบัติใช้ได้จริงกับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียว กลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา ยุคันตวรนนท์ (2559) ศึกษาการพัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว กลับในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ของการให้บริการแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด คู่มือ การ แนะนำผู้ป่วยและการดูแลติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และมีแนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และ การศึกษาของ ไพรวัด คงเนียม และ กันยัสินี วิเศษสิงห์ (2562) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอกที่มารับ การผ่าตัดห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอกมีการพัฒนาตั้งแต่การนัด หมายการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับใบนัดผ่าตัด ได้รับแผ่นพับซึ่งมีข้อมูลขั้นตอนการรับบริการผ่าตัดผู้ป่วยนอก ได้รับการดูแล และการจัดการข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก

ด้านผู้ให้บริการ

จากผลการวิจัยทั้ง 4 กิจกรรมการที่พยาบาลห้องรอผ่าตัดสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับครบถ้วนเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ ความเข้าใจกับพยาบาลห้องรอผ่าตัด ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา ตลอดจนมีระบบการนิเทศติดตาม อย่างสม่ำเสมอสอดคล้องกับทฤษฎีของบลูม (Bloom, 1959) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการ เปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ก็จะทำให้ผู้เรียน เกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดลอมต่างๆ ได้มากขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง และสอดคล้องกับงานวิจัย ของประภา ราชา และคณะ (2562) พบว่า ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถหลังการฝึก ทักษะการให้ข้อมูลเสริมพลัง และเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกทักษะและเทคนิค การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากขั้นตอนของการฝึกทักษะใช้การสาธิตให้ดู ทดลองปฏิบัติพร้อมมีคู่มือในการให้ข้อมูล และมีการประเมินซ้ำขณะพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลห้องรอผ่าตัดต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ แบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก เกี่ยวกับกิจกรรมการนัดผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบ วันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก พบว่า โดยภาพรวมมีคะแนนในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา ของประภา ราชา และคณะ (2562) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS ที่ระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบ ODS และ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ ODS สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา กฤษบุญชู และคณะ (2552) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายในโรงพยาบาลพบว่าพยาบาล ประจำการในหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยให้คะแนนความไม่พอใจเท่ากับ ศูนย์ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรต้องการมีแนวทางในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อน

ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตั้งแต่วันนัดผ่าตัด การโทรเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยในวันผ่าตัด และมีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด

ด้านผู้รับบริการ

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ พบว่า โดยรวมผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับได้ครบถ้วนคิดร้อยละ 94.32 ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถรับทราบข้อมูลและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา ออประเสริฐ (2548) การได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ได้ถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง ถือเป็นการเตรียมพร้อมก่อนเผชิญในสถานการณ์จริง ผลการเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีการนัดผ่าตัดล่วงหน้าเพื่อเป็นการลดรอยต่อการเข้าถึงบริการและลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจปฏิบัติตนได้ถูกต้องและยังสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยโดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องการศึกษาของ ประภา ราช และคณะ (2562) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS มากที่สุดเนื่องจากพยาบาลให้คำแนะนำ/สอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับการผ่าตัด ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย สอดคล้องการศึกษาของ ชิดา ยุคันตวรนนท์ (2559) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ มีความพึงพอใจในระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้ใช้บริการจะพักรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ใช้บริการประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่กังวลที่จะมาอยู่ดูแลที่โรงพยาบาล

ไม่พบจำนวนอุบัติเหตุการฉีกหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่มีการให้ข้อมูล เกี่ยวกับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ การเตรียมความพร้อม และการปฏิบัติตัวผู้ป่วยครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จากการศึกษาวิจัยผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวระยะก่อนผ่าตัดถูกต้องร้อยละ 94.32 แสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ป่วยเตรียมตัวไม่พร้อม เช่น ไม่งดน้ำและอาหาร หรือดื่มน้ำไม่ครบตามกำหนดเวลา ทำให้ต้องมีการงด หรือ เลื่อนการผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรวล คงเนียม และกันยสินี วิเศษสิงห์ (2562) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอกที่มารับการผ่าตัดห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า จำนวนการงดและเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการงดและเลื่อนผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ จากเหตุผลดังกล่าวการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องของการเตรียมความพร้อมเพื่อผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับให้ได้รับการพยาบาลอย่างครบถ้วน และครอบคลุมในทุกระยะของการผ่าตัด และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนดไม่มีการถูกงด หรือเลื่อนผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ในการนำแนวทางฯ ไปใช้ในการปฏิบัติจริง ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการติดตามประเมินผล และทบทวนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางฯ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลการผ่าตัดแบบวันเดียวในผู้ป่วยผ่าตัดอื่น ๆ ต่อไป เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องบริเวณลำไส้ใหญ่ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะต้องได้รับการเตรียมลำไส้ โดยการรับประทานอาหารและยาอย่างถูกต้อง เพื่อให้การส่องกล้องตรวจมีประสิทธิภาพ หรือกลุ่มหัตถการในผู้ป่วยเด็กซึ่งต้องมีการดูแลเป็นพิเศษรวมถึงการดูแลให้ความรู้ของผู้ปกครองของเด็กในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

เอกสารอ้างอิง

- กันยา ออประเสริฐ. (2548). กลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. *วารสารพยาบาลท้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*, 3(2), 1-4.
- ฐานข้อมูลท้องผ่าตัด. (2561). *โปรแกรมบันทึกข้อมูลผ่าตัดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- ธิดา ยุคันทรานันท์. (2559). การพัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในเขตสุขภาพที่ 10. *วิสัยทัศน์*, 42(1), 116-125.
- ประภา ราช, นพรัตน์ เรืองศรี, และ จารุภา คงรส. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(3), 130-143.
- ไพรวัด คงเนียม, และ กันยสินี วิเศษสิงห์. (2562). ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดท้องผ่าตัดโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 4(1), 1-14.
- มณฑิชา กฤษบุญชู, นววรรณ ญาณสุคนธ์, และกนิษฐา เกียรติสิริกมล. (2552). *ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติภายในโรงพยาบาล*. รายงานการประชุม โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2552 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช วันที่ 29-30 มิถุนายน 2552 ณ โรงพยาบาลศิริราช หน้า 410-419 สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/index.php/research/48-research-2551-07>
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Recommendations for the development of the service system ODS (One Day Surgery)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักวิชาการแพทย์ กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Safety in One Day (ODS)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.
- Bloom, B. A. (1959). *Taxonomy of education objective handbook I: Cognitive domain*. New York: David Mc Kay Company.
- Jenkins, J. T., & O'Dwyer, P. J. (2008). Inguinal hernias. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7638), 269–272. doi:10.1136/bmj.39450.428275.AD
- The Association of Perioperative Registered Nurses. (2006). AORN guidance statement: Creating a patient safety culture. *AORN Journal*, 83(4), 936–942. doi:10.1016/S0001-2092(06)60012-4

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก Health Literacy of Older People in a Semi-Urban Community, Phitsanulok Province

นัฐธิดา ดวงจันทร์, พยบ.¹; เกษมณี อภิวัฒน์สมบัติ, พยบ.²; ญาณิน แซ่ว่วน, พยบ.³;
ธีรภัทร์ กลมกลิ้ง, พยบ.⁴; ปภัสสร มั่นบัว, พยบ.⁵; ปริชาติ บันดาลปิติ, พยบ.¹;
ปิยณัฐ ศรีวิไล, พยบ.⁵; พิมพ์ลดา เขียวจันทยา, พยบ.⁵; ภัทรดี เปลี้นปาน, พยบ.⁶;
ศิริประภา โพธิ์ศรี, พยบ.⁷; สุเมธพงศ์ ศุภชีวะกุล, พยบ.⁶; อัครนิ วันชัย, พร.ด.⁸

Nattira Duangchan, BSN.¹; Kedmanee Apiwatsombut, BSN.²; Yanin Saewan, BSN.³;
Terapat klomkling, BSN.⁴; Papatson Manbua, BSN.⁵; Parichat Bandanpiti, BSN.¹;
Piyanat Sriwilai, BSN.⁵; Pimlada Khieochanya, BSN.⁵; Phattharavadi Plianpan, BSN.⁶;
Siraprapa Phosri, BSN.⁷; Sumetphong Supachiwakun, BSN.; Ausanee Wanchai, BSN.⁸

¹โรงพยาบาลแม่ระมาด; ²โรงพยาบาลท่าสองยาง; ³โรงพยาบาลพบพระ; ⁴โรงพยาบาลหนองไผ่; ⁵
โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก; ⁶โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช; ⁷โรงพยาบาลหล่มสัก; ⁸วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

¹Maeramard Hospital; ²Thasongyang Hospital; ³Phop phra Hospital; ⁴Nong phai Hospital; ⁵
Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok; ⁶Somdejphajaoaksinmaharaj Hospital; ⁷Lomsak Hospital;
⁸Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj

E-mail: wausanee@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 345 ราย เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านอื่นๆ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ชุมชนกึ่งเมือง

Abstract

This survey aimed to examine the health literacy of older people in a semi-urban community, Phitsanulok Province, in 2018. The samples were 345 older people. The instrument used in this study was the health literacy questionnaire for older people. Data were analyzed using frequency, percentage, average, and standard deviation. The study results showed that the total health literacy of older people samples was low. When considering each dimension, the decision-making skills were moderate, whereas other dimensions were at low levels: self-management skills, communication skills, media literacy skills, health information accessibility skills, and cognitive skills, respectively. Therefore, the researchers suggested that health care personnel should develop a program to promote health literacy among the older people in the semi-urban community, Muang District, Phitsanulok Province, to enhance the quality of life of these older people in the future.

Keywords: Health literacy, Older people, Semi-urban community

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” หรือ “Aged Society” ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราร้อยละ 4.5 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นอัตราร้อยละ 0.5 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2560) จากการคาดการณ์จำนวนประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561) พบว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในปี 2564 ด้วยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 และในปี 2574 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 สำหรับจังหวัดพิษณุโลกจำนวนผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากสถิติของระบบสถิติทางการทะเบียนของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (2560) พบว่าในปี 2559-2560 จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกเพิ่มขึ้นจากจำนวน 140,148 คน เป็น 146,401 คน ซึ่งการมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ทำให้ประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2560) ได้กำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนชาวไทยโดยได้มีการส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตามหลัก 3 อ.2ส. ได้แก่ อ.ที่ 1 อาหาร: ส่งเสริมพฤติกรรมด้านอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย: ส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อ.ที่ 3 อารมณ์: การจัดการอารมณ์ ส.ที่ 1 สูบบุหรี่: หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ ส.ที่ 2 สุรา: หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ทั้งนี้โดยมีความคาดหวังที่จะให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงในการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนในการเกิดโรคเรื้อรังเหล่านี้จึงต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2556) ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

(เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) ซึ่งในประเทศไทยเริ่มมีการใช้คำว่าความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อ 30 กว่าปีก่อน ในงานสุขศึกษา ได้ขยายความสำคัญไปสู่การเสริมสร้างสุขภาพ โดยเน้นการสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน (ประสิทธิ์ สัจพงษ์, 2554) ทั้งนี้คำว่า “Health Literacy” ในภาษาไทยมีหลากหลายคำที่ใช้เรียก เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้คำว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” ที่เคยเผยแพร่ใช้กันในวงวิชาการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจุบันใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่จะนำไปปฏิบัติ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management skill) หมายถึง สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง สามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ ทั้งนี้ Nutbeam (2009) ได้แบ่งระดับของความรู้ทางสุขภาพไว้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) คือ ทักษะการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งจำเป็นต้องมี เพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2) ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) คือ ทักษะทางสังคมในการสื่อสาร สามารถเลือกใช้ แยกแยะ และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง และ 3) ระดับวิจรญาณ (Critical health literacy) คือ การใช้ทักษะความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (อภิญญา อินทรรัตน์, 2557)

ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรู้ทางสุขภาพโดยธรรมชาติ เช่น ความเสื่อมถอยของร่างกายอาจทำให้เกิดความเฉื่อยทางปัญญาและประสาทสัมผัสต่างๆ ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการฟัง การมองเห็น ส่งผลต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงความซับซ้อนของการบริการสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่มีผลกระทบในด้านการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ ดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) จากการศึกษาของบังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ (2557) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุและการศึกษามีผลกับระดับคะแนนความรู้ทางสุขภาพ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33 มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถอ่านได้ เนื่องจากมีปัญหาทางสายตา และผู้สูงอายุที่มีระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าทุกระดับการศึกษา

ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการรับบริการทางสุขภาพโดยตรง เพราะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ โดยหากบุคคลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำย่อมส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพน้อยตามไปด้วยไม่จะเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และรวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ที่ตนเผชิญอยู่ โดยผลลัพธ์ที่ตามมาคืออาจทำให้

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตามมา (มนตรี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ฌนอมพันธ์, 2562)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีการผสมผสานกันระหว่างความเป็นเมืองและชนบท มีลักษณะของชุมชนแยกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ชุมชนดั้งเดิมที่ยังคงมีวิถีชีวิตชนบทไว้กับชุมชนใหม่ที่ดำเนินชีวิตแบบสังคมเมือง ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมกิ่งเมืองกิ่งชนบทมีทั้งปัญหาพื้นฐานของสังคมและปัญหาด้านจิตใจของคนในสังคมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ทัศนาศ พงศ์การกิจ, 2558) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับส่งต่อให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่สำหรับการศึกษาและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัดพิษณุโลกให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกิ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกิ่งเมืองแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 2,477 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกิ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรของ ทาโร ยามานะ (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และยอมให้เกิดความผิดพลาดได้ 5% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 345 คน และทำการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ในแต่ละหมู่บ้านจำนวน 14 หมู่บ้าน โดยกำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านในจำนวนสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ คือ 345 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกิ่งเมืองที่เป็นสถานที่เป้าหมายอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ระหว่างเก็บข้อมูลมีการเจ็บป่วยกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ย้ายที่อยู่ไปยังชุมชนหรือจังหวัดอื่น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่ผู้วิจัยนำมาปรับเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ หมู่บ้านที่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

เป็นแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ โดยวิธีเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียง 1 คำตอบ จาก 4 ตัวเลือก แบบทดสอบนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1

คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 0 - 5 คะแนน หมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ
 - 6 - 7 คะแนน หมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้
 - 8 - 10 คะแนน หมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนนข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 0 - 12 คะแนน หมายถึงมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ
- 13 - 15 คะแนน หมายถึงมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้
- 16 - 20 คะแนน หมายถึงมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก

- 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนนข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 0 - 12 คะแนน หมายถึงระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ
 - 13 - 15 คะแนน หมายถึงระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้
 - 16 - 20 คะแนน หมายถึงระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก
- 4) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนนข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ จาก 0- 4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 0 - 12 คะแนน หมายถึงมีระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ
 - 13 - 15 คะแนน หมายถึงมีระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้
 - 16 - 20 คะแนน หมายถึงมีระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนนข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ จาก 0-4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 0-12 คะแนน หมายถึงมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ
 - 13-15 คะแนน หมายถึงมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้
 - 16-20 คะแนน หมายถึงมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบทดสอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. โดยวิธีเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียง 1 คำตอบ จาก 4 ตัวเลือกแบบทดสอบนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 4 คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 12 คะแนน หมายถึงมีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ

13 - 15 คะแนน หมายถึงมีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้

16 - 20 คะแนน หมายถึงมีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก

ส่วนการประเมินคะแนนรวมขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีจำนวน 35 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 110 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 66 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีหรือไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

67 - 87 คะแนน หรือ $\geq 60 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้หรือเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.ได้ถูกต้องบ้าง

คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 88 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากหรือมากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้นำเครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 1 คน ด้านเครื่องมือและการวัด 1 คน ด้านงานวิจัยทางสังคม 1 คน ด้านที่มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพและที่ไม่ได้ดูแลสุขภาพรวม 2 คน และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

คณะผู้วิจัยนำแบบแบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพที่ปรับจากกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขสร้างขึ้น ไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกันกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่จะศึกษา คือ ผู้สูงอายุในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อราย หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องของแบบสัมภาษณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ และความรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยภาพรวม และรายด้านวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เอกสารรับรองเลขที่ SN 6/2561

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 345)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	123	35.70
- หญิง	222	64.30
อายุ		
- 60-64 ปี	90	26.10
- 65-69 ปี	80	23.20
- 70-74 ปี	77	22.30
- 75-79 ปี	56	16.20
- 80 ปีขึ้นไป	42	12.20
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	8.10
- ประถมศึกษาหรือ ป.1-6	283	82.00
- มัธยมศึกษาตอนต้นหรือ ม.1 -3	11	3.20
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ม.4-6/ ปวช.	9	2.60
- ปวส. /อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	6	1.70
- ปริญญาตรี	8	2.30
- ปริญญาโทหรือสูงกว่า		
สถานภาพสมรส		
- โสด	15	4.30
- สมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน	211	61.20
- หม้าย	102	29.60
- หย่า/แยก	12	3.50
- สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	5	1.40
อาชีพ		
- ไร่/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	109	31.60
- รับจ้างทั่วไป	24	7.00
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	6.10
- รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ	6	1.70
- ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน	172	49.90
- อื่น ๆ	13	3.80
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	87	25.20
- มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง	219	63.50
- มีโรคติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคติดต่อทางเดินหายใจ	6	1.70
- โรคปอด วัณโรค ไข้เรื้อรัง โรคเลือด		
- อื่น ๆ	33	9.60

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.30 เป็นเพศชาย ร้อยละ 35.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 64 ปีมากที่สุด ร้อยละ 26.10 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 65 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.20 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือ ป.1-6 คิดเป็นร้อยละ 82.00 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 8.10 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 61.20 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 29.60 การประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้าน เป็นแม่บ้านพ่อบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.90 รองลงมาประกอบอาชีพใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน ร้อยละ 31.60 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง ไต โรคข้อ คิดเป็นร้อยละ 63.50 รองลงมาคือไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 25.20

ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยรวม และรายด้าน (n = 345)

ความรู้ทางสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.	5.19	1.72	ต่ำ
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	7.05	4.91	ต่ำ
3. ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	9.19	4.40	ต่ำ
4. ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	10.28	4.93	ต่ำ
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	9.11	6.55	ต่ำ
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.	13.61	2.59	พอใช้
โดยรวม	54.44	17.46	ต่ำ

จากตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 54.44$, $SD = 17.46$) ด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ($\bar{X} = 13.61$, $SD = 2.59$) ระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมาคือ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($\bar{X} = 10.28$, $SD = 4.93$) ระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ($\bar{X} = 5.19$, $SD = 1.72$) ระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้านอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกิจพณ ศรีธานี (2560) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับคะแนนระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าระดับความรู้ทางสุขภาพของบุคคลอาจขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการมีอายุมากขึ้น อาทิเช่น จากการศึกษาของฐิตินันท์ นาคผู้ และ สุภาณี สนธิรัตน์ (2558) พบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้น

ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจประเมินข้อมูลและการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถวิเคราะห์พิจารณาข้อมูลทางสุขภาพจนเกิดการปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในกระบวนการเรียนรู้ ในการทำความเข้าใจเรื่องต่างๆ มากกว่าในช่วงวัยอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจึงอาจมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าช่วงวัยอื่นอันเนื่องมาจากปัญหาความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.70) เป็นผู้สูงอายุในช่วงตอนกลางและตอนปลายคือเป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

ส่วนอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำคือร้อยละ 82.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้สูงอายุร้อยละ 8.10 ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับ ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุศรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาจะมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในขั้นประถมศึกษา

ทั้งนี้ในส่วนของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้นั้น หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้ว่าสถานภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.2 ซึ่งอรณพ เรืองกัลปวงศ์ และ สรวรรณ เรืองกัลปวงศ์ (2558) กล่าวว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง จากการเกิดพฤติกรรมเลียนแบบหรือคล้อยตามได้จากครอบครัว

ส่วนในประเด็นของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นลินี ศรีวิลาศ และ ปริญญา หรุ่นโง้ (2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเข้าถึงและการใช้งานอินเทอร์เน็ต ของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางพลี จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงและนิยมนิใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านต่างๆ เพื่อการติดต่อสื่อสารและการค้นคว้าหาข้อมูลข่าวสาร แสดงว่าในปัจจุบันผู้สูงอายุใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น

และในประเด็นของความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารหวาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้มีประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสาธารณสุขมาพอสมควร จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นเรื่องการรับประทานอาหารหวานสูงสุด ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีความขัดแย้งกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุศรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพก็ตาม ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทต่างกัน กล่าว คือ งานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุศรา ประเสริฐศรี (2558) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น

โรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งมีความแตกต่างกับงานวิจัยครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยไม่จำกัดเรื่องโรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.อยู่ในระดับพอใช้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน เช่น

1.1 การสอนวิธีการจำแนก และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลข่าวสารก่อนการนำไปปฏิบัติหรือถ่ายทอดให้ผู้อื่น

1.2 จัดให้มีเวทีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารของผู้สูงอายุ

1.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพโดยจัดให้มีเสียงตามสายให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และความสำคัญของการมีความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

2. ผู้บริหารระดับท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมในการส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อคำถามบางข้ออาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นคำถามโดยภาพรวม เช่น นิดหน่อยชอบรับประทานขนมหวาน นิดหน่อยจะเสี่ยงเป็นโรคใดมากที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุบางรายไม่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จึงไม่สามารถตอบคำถามได้ ดังนั้น จึงควรพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค เช่น โรคเบาหวานและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

2. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น จึงควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

3. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในชุมชนกึ่งเมือง ดังนั้น ในการศึกษาค้างต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเดียว ไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษากับกลุ่มประชากรทั้งจังหวัดได้ ดังนั้น ในการศึกษาค้างต่อไปจึงควรศึกษาความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งจังหวัดพิษณุโลก

5. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว ในการศึกษาค้างต่อไปจึงควรศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยหลัก 3 อ. 2ส. สืบค้นจาก <http://www.dop.go.th/th/know/1/51>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน, กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมการพิมพ์.
- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1), 26-36.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2), 1-8.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2558. สืบค้นจาก <https://www.youtube.com/watch?v=oPW9l7kqEFA>
- จิตินันท์ นาคผู้ และสุปาณี สนธิรัตน์. (2558). การพึ่งพาตนเองการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. สืบค้นจาก <https://www.tcithaijo.org/index.php/socku/article/view/131393/98594>
- ทัศนาศ พุดธิการณกิจ. (2558). บริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น, 9(1), 7-15.
- นลินี ศรีวิลาศ และปริญญา หุ่นโพลี. (2560). พฤติกรรมการเข้าถึงและใช้งานอินเทอร์เน็ตของกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอบางพลี จังหวัดราชบุรี. สืบค้นจาก http://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/808/rmutrconth_161.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์, 3(1), 35-50.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-51.
- บังอรศรี จินดาวงค์, เสาวนันท บำเรอราช, วริศรา ลูวิระ, และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2557). ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น. สืบค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/mmp88.pdf>
- เบญจมาศ สุมิตรไมตรี. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/file/download/powerpoint.pdf>
- ประสิทธิ์ สัจจพงษ์. (2554). ความแตกต่างด้านสุขภาพ Health Literacy. สืบค้นจาก http://kcenter.anamai.moph.go.th/info.php?info_id=1320.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). จำนวนและอัตราผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2551 – 2560. สืบค้นจาก <http://social.nesdb.go.th/>
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2560). สถิติประชากรและบ้าน – จำนวนประชากรแยกอายุ. สืบค้นจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/FilterPageAge>

- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178.
- อรรณพ เรืองกัลปวงศ์, และสรารวรรณ์ เรืองกัลปวงศ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. วารสารวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 11(2), 77-94.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2556). การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสูราและสูบบุหรี่. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *Journal of Public Health*, 54(5), 303-305. doi: 10.1007/s00038-009-0050-x

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
The Development of a Surveillance Guideline for Deteriorating Patients during
Waiting at the Surgical Outpatient Department,
Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

วัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา, พย.ม.

Watcharee Kaisingdecha, M.N.S.

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

E-mail: peawl.nurse@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 15 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2563 จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ของพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม ประกอบด้วย 1) การค้นหาโดยเร็ว 2) การติดตามต่อเนื่อง และ 3) การเฝ้าระวังดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย และผลการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาคอยการตรวจน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เจ้าหน้าที่สามารถใช้แนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ร้อยละ 97.78 และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ในระดับมาก

คำสำคัญ: แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย, ผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ, ห้องตรวจศัลยกรรมผู้ป่วยนอก

Abstract

This action research aimed to develop and examine the effect of a surveillance guideline for deteriorating patients while waiting at the Surgical Outpatient Department, Buddhachinaraj, Phitsanulok Hospital. Samples were 15 professional nurses, technical nurses, nurse aides, and 400 patients who attended the Surgical Outpatient Department, Buddhachinaraj, Phitsanulok Hospital, from March to June 2020. Research instruments were the surveillance guideline for deteriorating patients while waiting for examination at the Surgical Outpatient Department, the patient data record form, the evaluation form for performing of nurses, followed the surveillance guidelines, and a questionnaire on the satisfaction of nurses with the surveillance guideline. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test. Qualitative data were analyzed by using the content analysis method. The study results showed that the surveillance guideline for deteriorating patients during waiting at the Surgical Outpatient Department comprised 1) early detection, 2) continuous monitoring, 3) score responses. The effectiveness of the guideline showed that waiting times for examination were significantly less than those before using this guideline ($p < 0.001$). In addition, nurses could perform following the guideline for about 97.78%. They are also satisfied with the guideline at a high level.

Keywords: Surveillance guidelines, Patient deterioration, Surgical Outpatient Department

บทนำ

การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินสภาพผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ของประเทศไทยได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ เป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ทุกหน่วยงานพึงปฏิบัติ กล่าวคือ กำหนดให้ทุกองค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบหรือแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย (นันทิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู, 2560) งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นการบริการด้านหน้าเป็นลักษณะงานเฉพาะที่ผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ถือเป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงอาจมีอาการทรุดลงในระหว่างรอรับการตรวจรักษาที่ต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดเร่งด่วน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด อวัยวะสำคัญต่าง ๆ หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง บุคคลดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการทรุดลงในขณะรอตรวจได้ตลอดเวลา ดังนั้นระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมุ่งผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการทรุดลง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยทำการประเมินผู้ป่วยในเชิงรุกทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจเพื่อป้องกันเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (The Royal College of Surgeons of England, 2017) ซึ่งสำนักการพยาบาล (2561) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกไว้ ดังนี้ คือ 1) การ

ทำหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค และ 2) การอำนวยความสะดวกแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจรักษา

ปัญหาอาการที่ทรุดลงหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางแย่งจากเดิมของผู้ป่วยระหว่างรอตรวจมีโอกาสดังเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย (Patient safety) ได้ การให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนผู้มารับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนไม่น้อยที่เกิดทรุดลง เช่น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รายงานว่าตั้งแต่ ปี 2551-2553 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาล จำนวน 5, 8 และ 11 คนจากลมชัก หอบมากขึ้น ช็อก และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน (วิสารกร มดทอง และคณะ, 2557) ทั้งนี้การค้นหาค่าความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินและระวังผู้ป่วยเชิงรุกพบว่า ระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงสามารถช่วยพยากรณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเพิ่มความตระหนักของบุคลากรในการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ (ปนิษฐา นาคช่วย และคณะ, 2560)

งานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกถือเป็นส่วนงานบริการด้านหน้าที่ต้องดำเนินการตามข้อกำหนดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพที่ดี โดยงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกจำแนกเป็น 10 ห้องตรวจ ประกอบด้วยห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องตรวจกระดูกและข้อ ห้องตรวจกุมารเวช ห้องตรวจหูคอจมูก ห้องตรวจจักษุเวช ห้องตรวจสูติกรรม ห้องตรวจตา ห้องตรวจปรึกษาสุขภาพ และห้องตรวจศูนย์โรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีงานด้านสนับสนุนได้แก่ งานห้องสมุดยาตำแย งานห้องผ่าตัดเล็ก และงานคัดกรองประชาสัมพันธ์ มีขอบเขตหน้าที่หลักในการเป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ และรับผิดชอบดูแลรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ทั้งหมด 5 จังหวัดเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งส่งผลต่อยอดผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกที่สูงมากขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2560-ปี 2562 มีผู้มารับบริการ 485,437 ราย 472,503 ราย และ 538,093 รายตามลำดับ เฉลี่ยวันละ 2,206 ราย (เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2560; 2561; 2562)

ห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกให้บริการตรวจรักษาโรคทางศัลยกรรมทั่วไปและคลินิกพิเศษเฉพาะทางสาขาศัลยกรรมวันละ 10-13 ห้องตรวจ มีผู้มารับบริการจำนวนมากเฉลี่ยประมาณวันละ 326 คน (เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2560; 2561; 2562) พบอุบัติการณ์ผู้รับบริการมีอาการทรุดลงในปี 2561 และ 2562 จำนวน 15 และ 8 รายตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ พบว่า ปี 2562 มีผู้ป่วยที่มารับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่ห้องตรวจศัลยกรรม 6 รายและมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิต จำนวน 2 ราย (ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2561; 2561; 2562) ซึ่งเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดคุณภาพของงานบริการผู้ป่วยนอก ที่สำนักงานการพยาบาล (2551) กำหนดไว้ คือ จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ใช้บริการที่อาการไม่คงที่ ที่งานบริการผู้ป่วยนอกต้องเท่ากับศูนย์ ทั้งนี้ห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ เรียกว่า “ยุทธการกู้ระเบิด” ตั้งแต่ปี 2550 แนวคิดการดำเนินงานยึดตามหลักกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล โดยในส่วนของการประเมินสภาพและจำแนกประเภทผู้ป่วยใช้วิธีวัดสัญญาณชีพและสอบถามอาการเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมิน Search Out Severity core (SOS score) และเมื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลงพยาบาลจะคอยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจ และระยะหลังตรวจอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง และหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉินเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป จาก

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องตรวจคัดกรองไข้ แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยอาการทรุดลงไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจคัดกรองในแต่ละวันที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การคัดกรองและประเมินสภาพและจำแนกประเภทผู้ป่วยต้องเร่งรีบและไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะได้มีการแก้ไขปัญหาลักษณะนี้ โดยการจัดหาพยาบาลวิชาชีพจากแผนกผู้ป่วยในมาขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาก็ยังพบอุบัติการณ์การเกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารอตรวจที่ห้องตรวจคัดกรอง เช่น มีไข้ ลมชัก หอบมากขึ้น ปวดท้อง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจอาจไม่เพียงพอหรือยังไม่สมบูรณ์ มีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหานี้หรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ผู้วิจัยในฐานะทีมผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช ที่มีหน้าที่ดูแลร่วมรับผิดชอบงานบริการของห้องตรวจคัดกรองเห็นความสำคัญของการจัดบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ด้วยการคัดกรองและเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้รับบริการจึงสนใจพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการของทีมพยาบาลในการเฝ้าระวังการทรุดลงของผู้ป่วยที่มารับการบริการที่ห้องตรวจคัดกรอง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการและทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรอง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรอง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้แก่ ระยะเวลารอคอยการตรวจของผู้ป่วย การใช้แนวทางการเฝ้าระวัง ฯ และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการเฝ้าระวัง ฯ ของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจคัดกรอง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช ในปี 2563

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ จะใช้ประชากรทั้งหมดในการวิจัย ได้แก่ คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ห้องตรวจคัดกรอง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 15 คน มีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ 1)ปฏิบัติงานประจำห้องตรวจคัดกรองโรงพยาบาลพุทธชินราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) ย้ายที่ทำงานหรือลาออก และ 2) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ คือผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจคัดกรอง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มารับการตรวจทางคัดกรอง 2) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงตามแนวทางการประเมินของ Search Out Severity (SOS) เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการทรุดลงของผู้ป่วย (รัฐภูมิ ขามพูนทและคณะ, 2559) 1 คะแนนขึ้นไป 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนา 390 ราย และหลังพัฒนา 400 รายจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1) **เครื่องมือในการทดลอง** คือ แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดสรร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราเอกสารและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดสรร แผนภาพการประเมินคะแนน SOSP และโปสเตอร์แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดระหว่างรอตรวจ

2) **เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ ประกอบด้วยอายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์ทำงาน

2.3 แนวการสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

1) สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการให้บริการ อันได้แก่ นโยบายโรงพยาบาล อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2) ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่ใช้อยู่เดิม และเสนอแนวทางการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ที่ได้สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลต่างๆ

3) แนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

2.4 แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังอาการทรุดระหว่างรอตรวจห้องตรวจคัดสรร ประกอบด้วยการเดินทาง (เดิน เพลนั่ง เพลนอน) ระยะเวลาการรอตรวจ และคะแนน SOSP (SOS score, Pain score) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความเจ็บปวด มีการแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน ดังนี้

คะแนน 0-1 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีเขียว ต้องได้รับการประเมินสภาพทุก 4 ชั่วโมง

คะแนน 2-3 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีเหลือง ต้องได้รับการประเมินสภาพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีแดง ต้องได้รับการประเมินสภาพทุก 15-30 นาที

2.5 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อปฏิบัติทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดระหว่างรอตรวจให้เร็วที่สุด (Early detection) จำนวน 9 ข้อ

2) การเฝ้าระวังอาการทรุดในผู้ป่วยที่พบมีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (Monitoring continuous) จำนวน 2 ข้อ

3) กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดระหว่างรอตรวจ (Score responses) จำนวน 4 ข้อ

วิธีการประเมินใช้การสังเกตการปฏิบัติและมี 2 คำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ หากปฏิบัติให้ 1 คะแนน และหากไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

2.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรอง ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5

การแปลคะแนนระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

1.00 -1.49	หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49	หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย
2.50-3.49	หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง
3.50-4.49	หมายถึง พึงพอใจระดับมาก
4.50-5.00	หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของแนวการสัมภาษณ์ แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรอง แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.76, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86, 0.78 และ 0.69 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) 4) การสะท้อน (Reflection) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนา

1.1 การวางแผน (Planning) นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 15 คน เพื่อสนทนากลุ่ม เพื่อประชุมปรึกษาศึกษาปัญหา/สาเหตุ และหาแนวทางปฏิบัติและร่างแนวทางการพัฒนา

1.2 การปฏิบัติ (Action) เป็นระยะที่นำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่พิจารณาแล้วไปทดลองใช้

1) ประชุมพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ในหน่วยงานเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจในแต่ละองค์ประกอบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปรับปรุงร่วมกัน เพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญและร่วมกันเสนอแนวทางและกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติร่วมกันของการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจนำไปสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่พัฒนาขึ้น

2) กำหนดให้พยาบาลในหน่วยงานนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจคัดกรอง ทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและประสานงานการปฏิบัติ

1.3 การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) เป็นระยะติดตามผลการปฏิบัติทั้งด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยในส่วนของผู้รับบริการนั้นมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นแบบปัจจุบัน (real time) ระยะเวลาการรอตรวจ เพื่อการสังเกตทิศทางหรือแนวโน้มการเกิดและสรุปผล ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจด้วยวิธีการสังเกต สอบถามและดูจากบันทึกในเวชระเบียนเพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของพยาบาลและเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

1.4 การสะท้อน (Reflection) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยสรุปผลการพัฒนาทั้งหมดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อเป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ภายหลังทดลองนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่ช่วยให้การนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริง รวมทั้งรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อวางแผนในวงรอบต่อไป

2. ระยะที่ 2 ระยะหลังการพัฒนา

2.1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และปรับปรุงแนวทางฯ โดยผู้วิจัยสนทนากลุ่มและเสนอแนวทางการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่ได้ปรับปรุงใหม่ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง หลังจากนั้นทำการอบรมวิธีการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงในบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 15 คน

2.2 การปฏิบัติ (Action) โดยนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่ได้ปรับปรุงใหม่ไปปฏิบัติ โดยกำหนดให้พยาบาลในหน่วยงานนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจศัลยกรรม โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและประสานงานการปฏิบัติ

2.3 การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) โดยติดตามสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการพยาบาลคนละ 2 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงและเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวทางฯ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

2.4. การสะท้อน (Reflection) ระยะนี้ได้จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกันประเมินผลแนวทางการป้องกันผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ผู้วิจัยสรุปผลการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจทั้งหมดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อเสนอผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ผล

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สังเคราะห์ตีความสรุปประเด็นต่าง ๆ ในระยะก่อนการพัฒนา และระยะที่ 2 หลังการพัฒนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาการรอตรวจก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิจารณาริธีการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพุทธชินราช รหัสเลขที่ IRB No.003/63 เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ใช้นโยบายการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจมีอายุ 51-60 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.70 โดยเป็นตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์ทำงานมากที่สุดระหว่าง 11-15 ปี และมากกว่า 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.70 ส่วนผู้ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจทั้งก่อนและหลังการพัฒนา เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 69.20 และ 69.80 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.80 และ 31.80 ตามลำดับ ด้านการศึกษาทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ร้อยละ 33.10 และ 34.00 อยู่ระดับประถมศึกษา การวินิจฉัยโรคที่ได้รับมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง คิดเป็นร้อยละ 47.2 ในระยะก่อนพัฒนา ส่วนระยะหลังพัฒนามาด้วยอาการอื่น ๆ เช่น แผลอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 30.80 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในระยะก่อนพัฒนา มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.30 ส่วนในระยะหลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในระยะก่อนและพัฒนานโยบาย ไม่มีการใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้ายคิดเป็นร้อยละ 67.90 และ 65.50 ตามลำดับ

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจที่ห้องตรวจคัดกรอง

ผลการดำเนินการในระยะที่ 1 ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบข้อมูลที่เป็นปัญหาอุปสรรคที่พบในการประเมินและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ผ่านมา เช่น ปัญหาการสื่อสารในทีมหลังจากแยกประเภทผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง การเฝ้าระวังดูแลตามสถานะของผู้ป่วย การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม การกำหนดโซนพื้นที่ของผู้รับบริการ องค์ประกอบที่ใช้ในแบบประเมิน และนำมาซึ่งการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรองโดยใช้แนวคิด EMS ประกอบด้วยการค้นหาโดยเร็ว (Early detection) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาขึ้นบันได หรือบันไดและได้รับการดูแลคัดกรองจากพยาบาล การติดตามต่อเนื่อง (Monitoring continuous) โดยประเมินผู้ป่วยที่รอตรวจเป็นระยะและการเฝ้าระวังดูแลตามสถานะของผู้ป่วย (Score responses) ซึ่งใช้คะแนน SOSP ในการตอบสนองให้ความช่วยเหลือ มีรายละเอียดของแนวทาง ดังนี้

โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาขึ้นบันไดหรือบันไดและได้รับการดูแลคัดกรองจากพยาบาล เป็นการค้นหาโดยเร็ว (Early detection) ปฏิบัติดังนี้

- 1) วัดสัญญาณชีพ คือ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และซั่งน้ำหนักร
- 2) ประเมิน SOSP score ตามตารางประเมิน SOSP
- 3) กำหนดประเภทผู้ป่วยตามคะแนนที่ประเมินได้และแบ่งโซนผู้ป่วยตามสีเขียว (SOSP = 0-1 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังตามปกติ มีการประเมินสภาพผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง; สีเหลือง (SOSP = 2-3 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังมากขึ้น ต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง และ สีแดง (SOSP = ≥ 4 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต้องได้รับการประเมินทุก 15-30 นาทีและส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉินต่อไป
- 4) บันทึกค่า SOSP score ในแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับทีมดูแลรักษา
- 5) แจ้งผู้ป่วยถึงความเสี่ยงของการเกิดอาการทรุดลงและติดสติ๊กเกอร์สีหน้าอกด้านขวาหรือซ้ายของผู้ป่วย และติดป้ายตามโซนสีของผู้ป่วยในใบคัดกรองซักประวัติเพื่อสื่อสารประสานงานระหว่างทีม
- 6) ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามโซนสีเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการดูแลตามสถานะของผู้ป่วย (Monitoring continuous) ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือที่พัฒนาขึ้น

7) เจ้าหน้าที่ห้องตรวจประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุก 1 ชั่วโมง เกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอตรวจ

8) ภายหลังคัดกรองและแบ่งโซนแล้ว พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายในการเดินตรวจประเมินผู้ป่วยที่รอซักประวัติบริเวณหน้าห้องตรวจตามโซนที่กำหนด

9) ภายหลังผู้ป่วยได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว มีการเฝ้าระวังดูแลตามสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย (Score responses) โดยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโซนสี เช่น หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติและค่า $SOS = \geq 4$ คะแนน พยาบาลจะดำเนินการประสานการดูแลต่อเนื่องกับห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยต่อไป

ผลการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการตรวจระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

ระยะการพัฒนา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t-test
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	SD	
ระยะเวลาการตรวจ	70.06	15.56	66.08	15.44	3.61***

*** $p < .001$

จากตารางที่ 1 พบว่าการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรองช่วยทำให้ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของพยาบาล

ข้อมูล	หลังการพัฒนา	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
Early Detection		
1. ซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ครบถ้วน	30	100
2. ประเมินไข้และลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้อง	30	100
3. ประเมินความดันโลหิตและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้อง	30	100
4. ประเมินชีพจรและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้อง	30	100
5. ประเมินอัตราการหายใจและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้อง	30	100
6. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้อง	30	100
7. ประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้อง	30	100
8. ประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้อง	30	100
9. จำแนกโซนผู้ป่วยตามคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้อง	30	100
10. ติดสติ๊กเกอร์สีระบุความเสี่ยงได้ถูกต้อง	30	100

ข้อมูล	หลังการพัฒนา	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
Monitoring Continuous		
10. ติดตามอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้องตามโซน	30	100
11. เดินสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเวลาที่กำหนดได้	29	97.78
Score Responses		
12. ติดป้ายสัญลักษณ์ตามคะแนนความเสี่ยงฯ ได้ถูกต้อง	30	100
13. ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วย ได้ถูกต้อง	28	95.56
14. ให้คำแนะนำตามคะแนนความเสี่ยงฯ ได้ถูกต้อง	29	97.78
15. ประเมินผลการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้อง	30	100

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจฯ สามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม ร้อยละ 97.78 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการเดินสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเวลาที่กำหนด การให้คำแนะนำตามคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้อง ที่มีค่าร้อยละการปฏิบัติ 97.78 และประเด็นการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 95.56

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. นโยบายหน่วยงานในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ	4.47	0.640	มาก
2. วัสดุอุปกรณ์/สติ๊กเกอร์สีที่ใช้ในการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดระหว่างรอตรวจเหมาะสม	4.33	0.617	มาก
3. ได้รับความรู้เรื่องการใช้ SOS score ในการประเมินผู้ป่วย เพิ่มขึ้น	4.33	0.617	มาก
4. ได้รับความรู้เรื่องจากการใช้ Pain score ในการประเมินผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.33	0.617	มาก
5. ได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ โดยใช้หลัก EMS	4.33	0.617	มาก
6. เนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย	4.33	0.617	มาก
7. ความเหมาะสมในการดำเนินการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ	4.27	0.594	มาก
8. ความเหมาะสมของระยะเวลาการจัดดำเนินการ	4.33	0.617	มาก
9. แนวปฏิบัติแต่ละองค์ประกอบมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริง	4.20	0.561	มาก
9.1 Early Detection	4.20	0.561	มาก
9.2 Monitoring Continuous	4.07	0.594	มาก
9.3 Score responses	4.33	0.617	มาก
10. การพัฒนาการใช้แนวทางฯ EMS สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดได้ทันทั่วทั้ง	4.33	0.617	มาก
11. การพัฒนาแนวทางEMS มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.33	0.617	มาก
12. EMS สามารถระบุทางเลือกในการช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์ได้	4.20	0.561	มาก

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
13. หากบุคลากรใช้ EMS ต่อเนื่องสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้	4.33	0.617	มาก
14. ความสะดวกในการนำไปใช้	4.33	0.617	มาก
15. ประโยชน์ของการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ	4.33	0.617	มาก
16. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลง (EMS) ในภาพรวม	4.47	0.640	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.57$) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านนโยบายของหน่วยงานในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ($\bar{X} = 4.47$, $SD = 0.64$) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ องค์ประกอบของแนวทางฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงด้าน Score Response ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 0.59$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรองตามขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบศึกษาผล และการสะท้อนเพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังอาการทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการทรุดด้วยคะแนน SOSP และการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ การจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกับทีมสุขภาพให้เข้าใจง่าย ผลการดำเนินงานได้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรองใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในการอบรมวิธีการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ซึ่งในการประชุมจะมุ่งหาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยทำให้มีแบบแผน คือ มีการกำหนดเรื่องชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติ ในหัวข้อเรื่องที่ประชุมทำให้เกิดประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ทองทิพภา วิริยะพันธ์, 2551)

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรองส่งผลต่อระยะเวลารอคอย โดยพบว่าหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนายามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีม ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้นโยบายการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจมีความมั่นใจสามารถคัดกรองและตระหนักถึงความสำคัญอาการต่างๆที่ผิดปกติของผู้ป่วยและประเมินระดับคะแนนได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับงานวิจัยของวิสารกร มดทอง และคณะ (2557) ที่พบว่า หลังจากที่ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ระยะเวลาการรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปลดลง

การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรองของผู้ใช้แนวทาง ฯ สามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ได้เป็นอย่างดี คะแนนการปฏิบัติโดยภาพรวมมีค่าร้อยละ 97.78 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีการปฏิบัติทุกครั้ง ยกเว้นเรื่องการเดินสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเวลาที่กำหนดได้ และการให้คำแนะนำตามคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 97.78 และประเด็นการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 95.56 แสดงให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจนและเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในกระบวนการพัฒนาต่างๆ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการเฝ้า

ระวังฯ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางการแก้ปัญหา การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผลร่วมกัน เป็นผลให้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจสิ่งที่กำลังพัฒนาและสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องนั่นเอง (สัญญา ยีอราน และ ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2561)

ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ในทุกขั้นตอน บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเป็นผู้เสนอประเด็น ที่จะพัฒนาตามความคิดเห็นของตนเองเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ ให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของวงเดือน ภาวษา และคณะ (2554) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจไปใช้กับห้องตรวจผู้ป่วยนอกใน แผนกอื่น ๆ เพื่อช่วยประเมินและแบ่งระดับผู้ป่วยเพื่อให้การติดตามและช่วยเหลือได้ทันเวลา
2. ควรมีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือน ของผู้ป่วยนอก เพื่อเกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนอก
3. ควรมีการพัฒนาคู่มือแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดสรรกรรมสำหรับ ผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้แอปพลิเคชันคำนวณคะแนนผลลัพธ์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้เป็นแนวทางเพิ่มความ สะดวกในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อหาแนว ทางแก้ไขและป้องกันต่อไป
2. ควรวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านปฏิบัติการการเกิดอาการทรุดลงภายหลังการใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ โดยขยายพื้นที่ในการศึกษาไปในทุกแผนก

เอกสารอ้างอิง

- ทองทิพภา วิริยะพันธ์. (2551). *การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
- นันธิดา พันธสุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู. (2560). แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 10(2), 1-13.
- ปนิษฐา นาคช่วย, ละมัยพร อินประสงค์, วารินทร์ ตันตระกูล, ปติวรรดา ทองใบ, และพีไลวรรณ จันตะนุ. (2560). MEWS: Adult Pre-Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(3), 186-190.
- วงเดือน ภาวษา, สุขัญญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี. (2554). การพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(1): 31-41.
- วิสารกร มดทอง, พรณนิภา รักพาณิชย์ และอุรษา อำไพพิศ. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(6), 1043-1050.
- เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2560). *รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2560*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.

เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2561). รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2561. พิษณุโลก:
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.

เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2562). รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2562. พิษณุโลก:
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.

ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2562). สถิติผู้เสียชีวิต 2561-2562. พิษณุโลก: โรงพยาบาล
พุทธชินราช

สัญญา ยีอราน และศิริไลซ์ วรรณวีจิตร. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สู่ความสำเร็จการ
เปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,
5(2), 288-300.

สำนักงานพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี:
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The action research planer* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.

The Royal College of Surgeons of England. (2017). *Outpatient clinics: A guide to good
practice*. London: The Royal College of Surgeons of England.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร
ร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19): กรณีศึกษา
Nursing Care for Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Continuous
Ambulatory Peritoneal Dialysis and Pneumonia due to Coronavirus Disease 2019
(COVID-19): Case Studies

บุญพริ้ง เจริญภัทราวุฒิ, ร.ม.

Bunpring Jaroenpattawut, M. Pol. Sc.

โรงพยาบาลนครปฐม

Nakhon Pathom Hospital

E-mail: kulpink27@gmail.com

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และภาวะแทรกซ้อนรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรและมีภาวะปอดอักเสบเนื่องจากโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ มีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาทางการพยาบาลสำคัญที่พบคล้ายคลึงกัน คือ ปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และปัญหาการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายจากภาวะไตวายเรื้อรัง แนวทางการพยาบาลจึงเน้นที่การช่วยเหลือเรื่องการหายใจ และลดการติดเชื้อในระบบต่างๆ การให้ยารักษาโควิด-19 และรวมทั้งการช่วยให้ร่างกายขับถ่ายของเสีย และการดูแลทางด้านจิตใจ ผลลัพธ์การดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วย หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นผู้เขียนจึงขอเสนอแนะว่าพยาบาลควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ตรงตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และอาจมีการพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากโรคติดเชื้อโควิด-19 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร, ภาวะปอดอักเสบเนื่องจากโรคติดเชื้อโควิด-19

Abstract

Patients with end-stage renal disease who require hemodialysis or peritoneal dialysis are at risk of contracting the 2019 coronavirus and severe complications that lead to death. This case study aimed to analyze the nursing care for two patients with the end-stage chronic renal disease treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis and got coronavirus disease 2019 (COVID-19) with pneumonia, admitted at Nakhon Pathom Hospital. Data were collected from medical records and interview patients and relatives. Gordon's functional health pattern was used as a framework for conducting nursing diagnoses and nursing care plans. The study results showed that similar nursing problems were the problem of respiratory tract infections and problems of excreting waste from the body because of chronic renal failure. Therefore, the nursing and medical approaches focus on assisting with breathing and reducing infection in various systems, medications to treat COVID-19, helping the body excrete waste, and psychological care. Nursing outcomes depend on factors such as the patient's underlying disease or other complications, such as sepsis. Therefore, the author suggests nurses should assess the health status of patients individually so that we can prescribe nursing diagnoses, set a nursing care plan that meets the needs of the patient. We may also develop a standard for nursing practice for patients with the end-stage chronic renal disease treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis and pneumonia because of COVID-19 as a guideline for effective nursing care.

Keywords: Nursing care, Patients with end-stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis, Pneumonia due to COVID-19

บทนำ

สถานการณ์โรคไตวายเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกเพราะทำให้มีผู้ป่วยต้องเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากถึงประมาณ 5-10 ล้านคนต่อปี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกมีความต้องการการล้างไตเพิ่มขึ้นสำหรับประเทศไทยพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังติดอันดับ 3 ของอาเซียนรองจากมาเลเซียและสิงคโปร์ (อัจฉรา เจริญพิริยะ และคณะ, 2560) จากข้อมูลพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 2 แสนคน โดยป่วยเป็นโรคไตเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องมากกว่าหนึ่งแสนคน ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 ราย (World Health Organization, 2018) การรักษาบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplant) โดยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรนั้นในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นจากการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สมคมไตแห่งประเทศไทย, 2558) ส่งผลให้มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตมักมีภูมิต้านทานต่ำ เนื่องจากภาวะของโรคทำให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการสัมผัส หรืออยู่ในสถานที่ที่มีการแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จึงทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องถาวรมีความเสี่ยงต่อติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้ง่าย (สมคมไตแห่งประเทศไทย, 2564)

ปัจจุบันมีการระบาดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เรียกว่า “โรคโควิด-19 (COVID-19)” (World Health Organization, 2021) ซึ่งเชื่อสามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านละอองของเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย ในระยะประมาณ 1-2 เมตร อาการรุนแรงที่พบคือการเกิดปอดอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ อีก เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดจนเกิดภาวะช็อก (Septic Shock), ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI), กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Acute respiratory distress syndrome: ARDS) เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2564) โรงพยาบาลนครปฐมเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป และที่ติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัด นครปฐม ตั้งแต่ตุลาคม 2563 จนถึงสิงหาคม 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เข้ารับการรักษา 456 ราย ยอดผู้ป่วย สะสมที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจำนวน 164 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 64 ราย โรงพยาบาลนครปฐมมีผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องถาวร (CAPD) ในปี 2562 ถึงปี 2564 ที่ จำนวน 420, 340 และ 320 ราย (โรงพยาบาลนครปฐม, 2564) จากรายงานพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร มีการติดเชื้อโควิด-19 เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนสิงหาคมรวม 20 ราย สาเหตุจากที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผู้ป่วย จำนวน 12 ราย มีอาการไม่รุนแรง ได้รับการรักษาแบบการดูแลตนเองจากที่บ้าน (Home isolation) หายเป็นปกติ สำหรับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวรที่มีการติดเชื้อโควิด-19 และมีภาวะปอดอักเสบ ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องถาวรบางรายต้องอาศัยญาติ ผู้ดูแลใกล้ชิด เป็นผู้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาให้ซึ่งการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาทุกวันๆละ 4 ถึง 5 รอบ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการหนักเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยหอผู้ป่วยแยกโรค ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเข้าสู่ภาวะวิกฤตและมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรง เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบและ ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (เสาวภา ทองงาม และคณะ, 2563) ดังนั้นการดูแล รักษาพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ เหล่านี้จึงเป็นเรื่องซับซ้อนและ มีความสำคัญ เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมและลดอัตราการตายของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจ กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ร่วมกับ ภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 และนำกระบวนการการพยาบาลที่ได้มาตรฐานมาใช้เป็นแนวทางในการ ดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 จากกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ จากนั้นนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นกรอบในการศึกษา ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึง สิงหาคม 2564

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1 ผู้ป่วยรายที่ 1

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 29 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง สามิเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 16 พฤษภาคม 2564 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจาก

ติดเชื้อโควิด-19 (End-Stage Renal Disease with COVID-19 Pneumonia) มีโรคประจำตัว คือ เบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะอวัยวะไตต่ำ

อาการสำคัญ: มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน:

5-6 เดือนก่อนมา แพทย์วินิจฉัยเป็นไตวายเรื้อรัง รักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (CAPD) 4 รอบ/วัน ตั้งแต่วันที่ 12 เดือนมกราคม 2564 โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลักในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ภายหลังการฝึกสอนและกลับไปทำการล้างไตต่อที่บ้าน

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลทั่วไปด้วยภาวะการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องอักเสบ

4 วัน ก่อนมาผู้ป่วยเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากสามีที่ประกอบอาชีพรับจ้างในตลาดและติดเชื้อโควิด-19

1 วันก่อนมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการไข้ ไอแห้งๆ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง แพทย์สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับปอดบวม (R/O Sepsis with Pneumonia) จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลนครปฐม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ประวัติการแพ้ยาแก้ปวด (Tramol) ปฏิเสธแพ้สารเคมีและอาหารต่าง ๆ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี และโรคไตโป้โทรอยด์ 6 ปี รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งแต่ไม่สม่ำเสมอ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: มารดาเป็นเบาหวาน

1.1.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ

อาการแรกรับอุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/60 มิลลิเมตรปรอท หายใจเหนื่อยแต่ไม่หอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Sat) 94% ขาบวมทั้ง 2 ข้าง ปัสสาวะออกน้อย 200 ซีซีต่อวัน แพทย์วินิจฉัยเป็นติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะปอดบวมจากการติดเชื้อโควิด-19 (Sepsis Pneumonia with COVID-19)

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน สรุปได้ดังนี้

1. ด้านการรับรู้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ สถิติปัญหาและการรับรู้ และการรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดน้อย ความจำปกติ รับทราบเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วนปกติ ผิวหนังบวมบริเวณหน้าตา ขาบวม กดบวม (Pitting edema) 1⁺ ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน สิ้นหนามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการล้างไตด้วยตนเอง และกลัวเป็นภาระ

2. ด้านกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย อาหารและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์และการขับถ่าย

ก่อนเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยง่าย ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม และรสหวาน ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้วต่อวัน มีปัญหาปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ปริมาณน้อย สีเหลืองเข้ม มีปัญหาท้องผูกต้องรับประทานยาระบายทุกวัน เรื่องเพศสัมพันธ์และการพักผ่อนนอนหลับปกติ

ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ต้องได้รับการช่วยเหลือบางส่วนในช่วงแรกรับ และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลทั้งหมดหลังจากมีอาการเหนื่อยมากขึ้นจากภาวะปอดติดเชื้อ การติดเชื้อในกระแสเลือด ผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบปอดมี Bilateral Pulmonary Infiltration ทั้ง 2 ข้าง ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Sat) 80 % ให้ออกซิเจนอัตราไหลสูง (High flow nasal cannula) และจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจในที่สุด

3. ด้านความเชื่อและการปรับตัว แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยเป็นสมาชิกครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดีแต่ไม่ค่อยมีเวลาเนื่องจากต้องทำงานหารายได้ ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับการล้างไตทางหน้าท้องเนื่องจากไม่สามารถทำตัวเอง การรักษาโรคประจำตัวที่ผ่านมาไม่มีความต่อเนื่อง และญาติมักซื้อยาให้รับประทานเองก่อนเมื่อเจ็บป่วย หากอาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) ปัญหาที่พบ มีดังนี้ 1) มีความเข้มข้นของเลือดต่ำ (Hematocrit) 27.6 % และฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ (Hemoglobin) เท่ากับ 9.8 g/dL 2) เม็ดเลือดขาวในเลือดสูง (White Blood Cell) 13,930 cell/mm³ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) 85 % เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) 7-12 % จำนวนเกล็ดเลือด (Platelet) 221,000 cell/mm³ แลคเตต (Blood Lactate) 6.97 mmol/L ครีเอตินิน (CRP) 50.4mg/L
2. การส่งน้ำล้างไตตรวจพบเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) 9 cell/mm³ ผลการเพาะเชื้อปกติ
3. การทำงานของไตผิดปกติมีปริมาณยูเรีย (Blood Urea Nitrogen) 41 mg/dl และ ครีเอตินิน (Creatinine) 10.91 mg/dl ค่าโปรตีนต่ำ (Albumin) 1.96 g/dL
4. การตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) มีโพแทสเซียมต่ำเล็กน้อย โพแทสเซียม 2.2 mEq/L ส่วนโซเดียม 129 mEq/L คลอไรด์ 94 mEq/L และคาร์บอนไดออกไซด์ 22 mEq/L
5. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) อยู่ระหว่าง 271-481 mg %

1.2 ผู้ป่วยรายที่ 2

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี สถานภาพสมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 27 กรกฎาคม 2564 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 (End-stage renal disease with COVID-19 pneumonia) มีโรคประจำตัว คือ เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง 3 ปีก่อนได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (CAPD) 5 รอบ/วัน

อาการสำคัญ: หายใจเหนื่อยมาก เหนื่อย ไม่มีแรง เป็น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน:

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทานอาหารไม่ได้ ถ่ายเหลว ไข้ ไอ มีน้ำมูกให้ประวัติว่าบุตรทั้ง 2 คนติดเชื้อโควิด-19

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อยมากจึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีอาการหายใจเหนื่อยมาก อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) 84-86 % อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/75 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อ โควิด-19 (Pneumonia with COVID-19) จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลทั่วไป

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ประวัติปฏิเสธแพทย์ สารเคมีและอาหารต่างๆ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 9 ปี ความดันโลหิตสูง 6 ปี และไตวายเรื้อรัง 3 ปี ได้รับได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (CAPD) 5 รอบ/วัน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 โดยภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา รักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ไม่มีใครมีประวัติมีโรคประจำตัว

1.2.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ

อาการแรกเริ่ม มีอุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส หายใจเร็วแต่ไม่หอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ชีพจร 74 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/75 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Sat) 88 % ปัสสาวะใส ออกน้อย แพทย์วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อ โควิด-19 (Pneumonia with COVID-19)

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน สรุปได้ดังนี้

1. ด้านการรับรู้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ สถิติปัญญาและการรับรู้ และการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ความจำปกติ ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจการเจ็บป่วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง รวมทั้งมีความคาดหวังและร่วมมือในการรักษาเพื่อให้อาการของโรคทุเลา ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากคิดว่าสามารถดูแลตนเองได้

2. ด้านกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย อาหารและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์และการขับถ่าย

ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาชีวะ ไม่สามารถทำงานหนัก ได้เนื่องจากต้องล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน มีปัญหาปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ปริมาณน้อย สีเหลืองเข้ม ไม่มีปัญหาเพศสัมพันธ์และการนอนหลับปกติ

3. ด้านความเชื่อและการปรับตัว แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยไม่มีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากปรับตัวล้างไตทางหน้าท้องได้เอง โดยญาติให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียวไม่ใช้การรักษาด้วยสมุนไพรหรือวิธีอื่นๆ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) ปัญหาที่พบ คือ 1) มีความเข้มข้นของเลือดต่ำ (Hematocrit) 16.4 % และฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ (Hemoglobin) เท่ากับ 5.5 g/dL 2) เม็ดเลือดขาวในเลือด (White Blood Cell) อยู่ระหว่าง 3,500-10,100 cell/mm³ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) 94 % เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) 3 % จำนวนเกล็ดเลือดต่ำ (Platelet) 129,000 cell/mm³ CRP 116.6mg/L
2. การส่งน้ำล้างไตตรวจพบเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) 6 cell/mm³ ผลการเพาะเชื้อปกติ
3. การทำงานของไตผิดปกติมีปริมาณยูเรีย (Blood Urea Nitrogen) 118 mg/dl และครีเอตินิน (Creatinine) 11.91 mg/dl ค่าโปรตีนต่ำ (Albumin) 2.41 g/dL
4. การตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) มีโพแทสเซียมต่ำเล็กน้อย โพแทสเซียม 3.1 mEq/L โซเดียม 130 mEq/L คลอไรด์ 91 mEq/L แมกนีเซียม 1.7 mmol/L และคาร์บอนไดออกไซด์ 22 mEq/L

ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19)

1. แบบแผนสุขภาพ

กรณีศึกษาตอนที่ 1: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 29 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ เป็นโรคเบาหวาน 8 ปี และโรคไฮโปไทรอยด์ 6 ปี รับประทานยาและรักษาไม่ต่อเนื่อง และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD) 5-6 เดือน ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและล้างไตทางหน้าท้องโดยสามีเป็นผู้ดูแลหลักในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จึงมีข้อจำกัดการล้างไตไม่สามารถทำได้ตามแผนการรักษาช่วงที่สามีต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ชอบรับประทานอาหารรสเค็มและหวานไม่จำกัดการดื่มน้ำ และเมื่อเจ็บป่วย ญาติมักซื้อยาให้รับประทานเอง หากอาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์

กรณีศึกษาครั้งที่ 2: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน (T2DM) 9 ปี ความดันโลหิตสูง 6 ปี และไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร 3 ปี 5 รอบต่อวัน ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองและล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองโดยมีภรรยา/ญาติคอยช่วยเหลือบางส่วนและดูแลในการไปตรวจรักษาและรับยาต่อเนื่อง ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม จำกัดการดื่มน้ำ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีแบบแผนสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผลเสียต่อการดำเนินโรค ได้แก่ การล้างไตทางหน้าท้องที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติได้ ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่ควบคุมอาหารและน้ำส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกิน

ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ ไม่เกิดอาการรุนแรงเหมือนรายที่ 1 ด้านพฤติกรรมบริโภค พบว่าบริโภคอาหารรสเค็ม จำกัดน้ำ จึงไม่มีอาการบวมและภาวะน้ำเกิน

2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง

กรณีศึกษาครั้งที่ 1: มาด้วยอาการสำคัญ มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ เป็น 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกเริ่ม มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยแต่ไม่หอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 106 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 104/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 94 % ขาบวมทั้ง 2 ข้าง ปัสสาวะออกน้อย 200 ซีซีต่อวัน แพทย์วินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับปอดบวม (Sepsis Pneumonia with COVID-19)

กรณีศึกษาครั้งที่ 2: อาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ หายใจเหนื่อยมาก เพลีย ไม่มีแรง มีอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกเริ่ม มีอาการไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส หายใจเร็วแต่ไม่หอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ชีพจร 74 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/75 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 % ปัสสาวะใส ออกน้อย เนื่องจากผู้ป่วยไตวายล้างไต แพทย์วินิจฉัยภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 (Pneumonia with COVID-19)

การวิเคราะห์

ในผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะปอดอักเสบจากติดเชื้อโควิด-19 จำเป็นต้อง ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นอาการนำของภาวะปอดติดเชื้อ สอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2563) การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นระยะเวลานาน เนื่องจาก 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลทั่วไปด้วยภาวะการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องอักเสบ ความสามารถในการดูแลตนเองน้อย มีการล้างไตทางหน้าท้องที่ไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา และมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Sakaci et.al., 2015) มีผลต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 มีไข้ต่ำ ๆ 2 วัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินอาการผิดปกติของตนเองได้จึงมารับการรักษาได้ทันเวลาที่ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. การรักษาภาวะติดเชื้อ

กรณีศึกษาครั้งที่ 1

- รับประทานยา Favipiravir (200 มก.) 9 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง 1 วัน จากนั้นลดเป็น 4 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วัน

- ฉีด Ceftriazone 2 กรัมวันละ 1 ครั้ง
- ฉีด Methylprednisolone 250 มก. 3 วัน จากนั้น ฉีด Dexamethazone 4 มก. ทุก 8 ชั่วโมง
- ให้รับประทานยา Ivermectin 2 เม็ดวันละ 2 ครั้ง 2 วัน และลดเป็น 1 ครั้ง/วัน
- on APD 1.5%PDF/2.5%PDF5000 c.c. run 12 ชั่วโมง
- Run automated PD 1.5% สลับ 2.5%PDFrun 40 hrs. Dwell time 2 hrs.
- ให้ยา Tocilizumab 4,000 มก. ทางหลอดเลือดดำ
- ให้ยา Tazocin 2.25 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

- ให้รับประทานยา Favipiravir (200 มก.) 9 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง 1 วัน จากนั้นลดเป็น 4 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วัน
- ให้รับประทานยา Ivermectin 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง 2 วัน
- Run automated PD 40 hrs. Dwell time 3.34 ชั่วโมง
- ให้ 25 % Albumin 50 ml. iv in 1 ชั่วโมง
- ให้ 50% MgSO₄ 4 ml + NSS 100 ml ทางหลอดเลือดดำ 4 ชั่วโมง 2 วัน

การวิเคราะห์

แนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 เหมือนกันตามมาตรฐานการรักษา ภาวะหอบเหนื่อยจากภาวะน้ำเกินและการติดเชื้อในช่องท้องที่จะส่งผลให้ต้องปรับวิธีการรักษาให้ทำการล้างไตแบบอัตโนมัติ (automated PD) การจดบันทึกน้ำเข้าออกต่อรอบและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้หลักการรักษาเดียวกัน แต่มีความแตกต่างตามอาการแสดงอื่น ๆ โดยรายที่ 1 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดูแลให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด ส่วนรายที่ 2 มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำและอัลบูมินในเลือดต่ำต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

4. การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

4.1 ระยะแรกรับ

กรณีศึกษาครั้งที่ 1

1) ป้องกันภาวะช็อกจากการมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาล ได้แก่ ประเมินภาวะช็อก (SOS score) ทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้และประเมินภาวะไข้ต่ำ ดูแลให้ยาลดไข้เมื่อจำเป็น ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกน้ำเข้าออก

2) เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะหายใจล้มเหลวรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 จากภาวะน้ำเกินและช็อค การพยาบาล ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพและระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยนอนคว่ำรวมถึงต้องให้ยากระตุ้นความรู้สึกเพื่อให้อุณหภูมิผู้ป่วยนอนคว่ำได้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 16 ชั่วโมง สังเกตอาการภาวะพร่องออกซิเจน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

1) ใช้เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 การพยาบาล ได้แก่ ประเมินภาวะไข้ด้วยการวัดอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้และประเมินภาวะไข้ต่ำ ดูแลให้ยาลดไข้เมื่อจำเป็น ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน

2) เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงจากการติดเชื้อ โควิด-19 ร่วมกับภาวะน้ำเกินและภาวะช็อค การพยาบาล ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพและระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) ทุก 1 ชั่วโมง ให้การรักษาโดยให้ออกซิเจนแบบมีถุงลม (O₂ mask with bag) 10 ลิตร/นาที และจัดผู้ป่วยนอนคว่ำหน้า (Awakening prone) เป็นเวลา 30 นาทีถึง 2 ชั่วโมงตามแผนการรักษา

การวิเคราะห์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร และมีภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 เช่นเดียวกัน แต่มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันเนื่องจากอาการ ภาวะแทรกซ้อน และบริบทของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ถือเป็นภาวะวิกฤต การพยาบาลระยะแรกเริ่มจึงเน้นป้องกันภาวะช็อกร่วมกับป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะหายใจล้มเหลวรุนแรง โดยดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดทำให้อุณหภูมิร่างกายอุ่น ส่วนในรายที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้จากมีภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งยังไม่อยู่ในภาวะวิกฤตการพยาบาลระยะแรกเริ่มจึงเน้นเกี่ยวกับการจัดการภาวะไข้ ลดภาวะติดเชื้อ ภาวะปอดอักเสบ และให้ออกซิเจนแบบมีถังลม (O₂ mask with bag) 10 ลิตร/นาที่และจัดผู้ป่วยนอนคว่ำหน้า (Awakening prone)

4.2 ระยะเวลาดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 1

1) เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายจากอัตราการกรองของไตลดลง

การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้ยาเพิ่มอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายและการรับประทานอาหารตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน สังเกตอาการภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ติดตามผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา

2) มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและระดับความรู้สึกตัว และติดตามผลตรวจยูเรียและครีเอตินิน การพยาบาลขณะทำ Automated PD 1.5 % PDF สลับ 2.5 % PDF dwell time 2 ชั่วโมง

3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดทั้งต่ำและสูงเกินเกณฑ์

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารปั่นเบาหวานสัดส่วน 2:1 200 ซีซี 4 มื้อต่อวันอย่างเพียงพอ

4) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะโพแทสเซียมต่ำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง กำกับติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ได้รับยาโพแทสเซียมตามแผนการรักษา ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติและรายงานแพทย์

5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้รับเลือด 2 ยูนิตทางหลอดเลือดดำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

6) เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอาหาร เนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว จากผลข้างเคียงของยา Lopinavia/Ritonavir

การพยาบาล ได้แก่ ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และดูแลการได้รับสารอาหารและน้ำตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ และรายงานแพทย์

7) การสูญเสียระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเนื่องจากเข้าสู่ระยะของการดูแลแบบประคับประคอง และใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาล ได้แก่ ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะแทรกซ้อน และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการพยาบาลแบบประคับประคอง

กรณีศึกษารายที่ 2

1) เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายจากอัตราการกรองของไตลดลง

การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้ยาเพิ่มอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายและการรับประทานอาหารตามแผนการรักษา บันทึกความสมดุลปริมาณน้ำเข้าและออก เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน สังเกตอาการภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ติดตามผลตรวจ อิเล็กโทรไลต์ อาการบวม ตามแผนการรักษา

2) มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและระดับความรู้สึกตัว และติดตามผลตรวจยูเรียและครีเอตินิน การให้การพยาบาลขณะทำ Automated PD ตั้งค่าปริมาณน้ำเข้า 2000 ซีซี ต่อรอบ Dwell Time 3.34 ชั่วโมง เป็นเวลา 40 ชั่วโมง

3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดทั้งต่ำและสูงเกินเกณฑ์

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

4) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะโพแทสเซียมต่ำ ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ดูแลให้ยาโพแทสเซียมตามแผนการรักษา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมตามแผนการรักษา สังเกตอาการอ่อนเพลีย สับสน หัวใจเต้นผิดปกติ

6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้ได้รับเลือด 4 ยูนิตทางหลอดเลือดดำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

7) เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลวจากผลข้างเคียงของยา LPV/R (Lopinavir/Ritonavir)

การพยาบาล ได้แก่ ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะแทรกซ้อนคลื่นไส้อาเจียน ระดับน้ำตาลเพิ่มสูง ผื่นลมพิษ

การวิเคราะห์

ระยการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยในปัญหาที่มีความฉุกเฉินน้อยกว่าระยแรกรับ แต่ต้องได้รับการติดตามดูแลเพื่อให้การดำเนินโรคดีขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีปัญหาที่ใกล้เคียงกันในเรื่องภาวะการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ภาวะของเสียคั่งในร่างกายเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิด เนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังเมื่อเกิดไตสูญเสียหน้าที่จึงเกิดการคั่งของของเสียในร่างกายและส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากกว่าจากการติดในเยื่อช่องท้องมานานจนเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำจนควบคุมได้ยากกว่ารายที่ 2 มีความซับซ้อนในการดูแลและการเฝ้าระวังมากกว่า รวมทั้งอาการหายใจล้มเหลวรุนแรงจนต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถประเมินอาการผิดปกติและมารับการรักษาเร็ว จึงมีการติดเชื้อปอดอักเสบในระยะสั้น เมื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาการจึงดีขึ้น สามารถลางไตทางหน้าท้องได้ต่อไป

4.3 ระยะจำหน่าย

กรณีศึกษารายที่ 1

1) การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย

การพยาบาล ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสูญเสียในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและญาติหลังการเสียชีวิตตามมาตรฐานการจัดการศพผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

กรณีศึกษารายที่ 2

1) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากการติดเชื้อโควิด-19

การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด 19 และการทำ CAPD ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การวิเคราะห์

ระยะจำหน่าย เป็นการดูแลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย การจัดการหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามมาตรฐานการจัดการศพผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ส่วนรายที่ 2 เน้นความรู้ความเข้าใจในการทำ CAPD และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมไปถึงการดูแลตนเองและเฝ้าระวังภาวะ Long COVID-19 การปฏิบัติตนหลังป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด

5. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

กรณีศึกษารายที่ 1

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบในกรณีศึกษา รายที่ 1 ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดเชื้อปอดอักเสบจากติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่

1) โรคประจำตัว ได้แก่ โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี และโรคไฮโปไทรอยด์ 6 รักษาไม่สม่ำเสมอ และโรคไตรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง 5-6 เดือน

2) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำเท่ากับ 1.96 g/dL

3) ระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำเท่ากับ 9.8 g/dL

4) การดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย มีพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เหมาะสม มีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 2

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบในกรณีศึกษา รายที่ 2 ที่ส่งผลต่อ การติดเชื้อปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่

1) โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน (T2DM) 9 ปี ความดันโลหิตสูง 6 ปี และไตวายเรื้อรัง 3 ปี

2) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำเท่ากับ 2.41 g/dL

3) ระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำเท่ากับ 5.5 g/dL

4) การดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุ

การวิเคราะห์

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบความแตกต่าง ได้แก่ รายที่ 1 มีข้อจำกัดทางร่างกาย และการดูแลตนเองแม้จะอายุน้อยกว่า เนื่องจากการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบกับมีภาวะการหายใจล้มเหลวรุนแรงกว่า ส่วนรายที่ 2 เป็นวัยผู้สูงอายุแต่ยังมีความสามารถดูแลตนเอง ด้านโรคประจำตัว รายที่ 1 เป็นเบาหวาน

และโรคโอบิไทรอยด์แต่รักษาไม่สม่ำเสมอ ส่วนรายที่ 2 เป็นความดันโลหิตสูงและเป็นโรคเบาหวาน รักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำหรับด้านการดูแลตนเอง พบว่า รายที่ 1 มีความสามารถดูแลตนเองน้อย ส่วนรายที่ 2 สามารถดูแลตนเองได้ดีพอสมควร โดยการรักษาโรคประจำตัวที่ต่อเนื่อง ระดับอัลบูมินต่ำ ระดับฮีโมโกลินในเลือดต่ำ และความสามารถดูแลตนเองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการส่งผลกระทบต่อภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 และเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองและนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลกระทบต่อภาวะการหายใจล้มเหลวรุนแรงของผู้ป่วย ไตวายระยะสุดท้าย (Sakaci et.al., 2015)

6. ผลลัพธ์

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด (End-Stage Renal Disease with COVID-19 with Sepsis Pneumonia) ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ ใช้สูงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หายใจเหนื่อยหอบ บวมตามร่างกาย ภาวะช็อค การพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลทั้งหมดหลังจากมีอาการเหนื่อยมากขึ้นจากภาวะปอดติดเชื้อ ผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบ Bilateral Pulmonary Infiltration ทั้ง 2 ข้าง ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Sat) 80 % ให้ออกซิเจนที่มีอัตราไหลสูง (High flow nasal cannula) และจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลการให้ได้รับการฟอกเลือดโดย Run automated PD 1.5 % PDF สลับ 2.5 % PDF run 24 ชั่วโมง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบประคับประคอง เน้นการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย การจัดการหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามมาตรฐานการจัดการศพผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 (End-Stage Renal Disease with COVID-19 Pneumonia) พบปัญหาสำคัญ มีไข้ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การลดภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสทำ automated PD ตลอดพักในโรงพยาบาล ดูแลภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะช็อคจากรอยโรค สิ่งสำคัญคือ การให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไต และการสังเกตอาการผิดปกติเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน รวมไปถึงการดูแลตนเองและเฝ้าระวังภาวะโควิด-19 ในระยะยาว (Long COVID-19) การปฏิบัติตนหลังป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด-19

การอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการรักษาโดยการฟอกไตแบบถาวร เปลี่ยนเป็น automated PD และมีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 การรักษาเบื้องต้นจะเป็นการค้นหาเชื้อก่อโรค โดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ PDF for G/S, C/S, Cell Differential, Cell Count, H/C 2 ขวด ทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยยา Favipiravir เพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ในรายที่ 1 เป็นเพศหญิงจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรายแรกมีการติดเชื้อที่รุนแรงทรุดลงจำเป็นต้องให้การรักษาระดับประคับประคองและเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการพยาบาลภาวะปอดอักเสบและไตวายด้วยวิธี Automated PD ได้รับการแก้ไขเรื่องภาวะช็อค, ภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยอาการทุเลาจำหน่ายกลับบ้านและทำการล้างไตแบบถาวร 5 รอบต่อวันตามเดิม

สรุปการพยาบาลที่สำคัญ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอีกทั้งยังติดเชื้อโควิด-19 ร่วมด้วยนั้นถือว่าเป็นความท้าทายของพยาบาลโรคไตเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าคนทั่วไป และยังมีติดเชื้อโควิด-19 จะยิ่งส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อจากโควิด-19 ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS) เนื่องจาก

ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ ดังนั้นจำเป็นต้องมีพยาบาลเฉพาะทางที่มีความชำนาญพิเศษ เพื่อมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรร่วมกับภาวะปอดอักเสบเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 จากกรณีศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคที่ติดเชื้อ SAR COV -2 บางรายจะเกิดภาวะปอดอักเสบตามมาภายใน 5-10 วัน ทำให้ปอดทำงานได้น้อยลง อาการแสดง ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ หอบ หายใจลำบาก หายใจเร็วกว่า 30 ครั้ง/นาที เจ็บหน้าอกขณะหายใจหรือไอ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 93%

การรักษาและการพยาบาล เป็นการรักษาการติดเชื้อร่วมกับป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

1) การให้ยารักษาปอดอักเสบตามคำแนะนำของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

2) การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ เช่น กรณีผู้ป่วยมีไข้ เมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส พยาบาลเช็ดตัวระบายนความร้อน ถ้าอุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้และวัดอุณหภูมิภายหลังเช็ดตัวลดไข้แล้ว 30 นาทีและให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา

3) การพยาบาลเพื่อประคับประคองและป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

3.1) การให้ออกซิเจน สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2563) แนะนำว่าในภาวะที่มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับปานกลาง (Mild hypoxia) ควรให้ออกซิเจนทางจมูก (Nasal cannula) โดยเพิ่มอัตราการไหลไม่เกิน 5 ลิตร/นาที ถ้าจะใช้ออกซิเจนแบบมีถุงลม (Oxygen mask with reservoir bag) ห้ามใช้ระบบที่ทำให้เกิดฝอยละออง (Aerosol) เช่น เวนท์ริแมส (Venturi mask) แต่หากลักษณะโรคที่มีห้องความดันลบสามารถใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่มีอัตราการไหลของออกซิเจนในระดับสูง ได้ ซึ่งจะพิจารณาใช้ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยพยาบาลต้องดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากสภาวะของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 ชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด

3.2) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ซีมลง กระสับกระส่าย หายใจลำบาก ซีดเขียวที่อวัยวะส่วนปลาย ถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

3.3) ตรวจวัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งค่าอยู่ในระดับปกติจึงตรวจวัดทุก 4 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสม

3.4) ดูแลให้ยาขยายหลอดลมทั้งชนิดรับประทานหรือพ่นตามแผนการรักษา

3.5) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจน

3.6) ติดตามผลการวิเคราะห์ก๊าซและการตรวจทางรังสีวิทยา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตทำงานบกพร่องลงจนผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย ความสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ มีการคั่งของน้ำส่วนเกินในร่างกาย และไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรเป็นการบำบัดทดแทนไตชนิดหนึ่ง พยาบาลไตเทียมเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญกล่าวคือ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดกรองการรักษา บทบาทในการส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน อีกทั้งยังต้องมีการให้ข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังหายจากการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 และโอกาสเกิดภาวะ Long Term Covid-19 ควรส่งเสริมให้พยาบาลใช้รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพที่ครอบคลุม เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยโรคเฉพาะ และพัฒนาเป็นมาตรฐาน ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรแบบต่อเนื่องในรายที่มีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ร่วมด้วยเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วย ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://covid19.dms.go.th/Content>.
- นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2563). คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการรุนแรง. สืบค้นจาก <https://www.thoracicsocietythai.org/2020/03/09/severe-covid-19-management/>
- สมาคมไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. สืบค้นจาก http://www.nephrothai.org/images/10-11_2016/
- สมาคมไตแห่งประเทศไทย. (2564). ตอบข้อสงสัยการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคไต. สืบค้นจาก <https://www.posttoday.com/life/healthy/663525>
- เสาวภา ทองงาม, สุพิศตรา ภูมิ, และรณิษฐา รัตนะรัต. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลศิริราช. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 13(3), 223-229.
- อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, งามจิต คงทน. (2560). ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(1), 73-82.
- Sakaci, T., Koc, E. & Basturk, T. (2015). Clinical outcomes and mortality in elderly peritoneal dialysis Patients. *Clinics*, 70(5), 363-368.
- World Health Organization. (2018). *Diabetes*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports*. Retrieved from: <http://www.who.int/>

คำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การเตรียมต้นฉบับบทความ

การเตรียมต้นฉบับบทความพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH Sarabun PSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 2.54 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 15 หน้า รวมรายการอ้างอิง ใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters สำหรับคำแรก เช่น (Soft skills) มีการจัดลำดับการเขียน ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกะทัดรัด สื่อถึงเป้าหมายของการศึกษาไม่ใช่คำย่อความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17

2. ชื่อผู้นิพนธ์

เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมคำย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ โดยเรียงลำดับความสำคัญของแต่ละคนในสัดส่วนงานวิจัยนั้น พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้นิพนธ์หลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

3. บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ประเภทของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ

4. คำสำคัญหรือคำหลัก

กำหนดคำสำคัญภาษาไทย ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา อาจใช้ Medical Subject Headings (McSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ 3 - 5 คำ

5. บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษาให้ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดของความจำเป็นในการศึกษางานวิจัย หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องอาจจะระบุไว้ในส่วนนี้ได้

6. วัตถุประสงค์การวิจัย

ให้เขียนให้สอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ หากมีสมมติฐานการวิจัยให้ระบุด้วย

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

อาจเขียนเป็นแผนภูมิหรือความเรียงที่แสดงให้เห็นตัวแปรและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

8. วิธีดำเนินการวิจัย

ระบุรูปแบบการวิจัยที่ใช้ (Study design, protocol) เช่น การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) หรือ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือใคร จำนวนกี่คน กลุ่มตัวอย่างคือใคร มีวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบใด เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน มีการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการใด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีลักษณะใด ประกอบด้วยกี่ส่วน มีการควบคุมคุณภาพเครื่องมืออย่างไร วิธีการเก็บข้อมูลทำอย่างไร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติใดบ้าง รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครวิจัย

9. ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยที่พบตามลำดับของวัตถุประสงค์/สมมติฐานการวิจัยอย่างชัดเจน ดูกว่า ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง

10. การอภิปรายผล

อภิปรายผลการศึกษาให้ตรงกับวัตถุประสงค์/สมมติฐานการวิจัย โดยอธิบายว่าเหตุผลที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนั้นน่าจะเป็นเพราะเหตุใด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องหรือขัดแย้งกับงานวิจัยที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหน้านี้หรือไม่อย่างไร

11. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ให้ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ค้นพบอย่างเป็นรูปธรรม

12. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ระบุประเด็นวิจัยที่ควรมีการทำการวิจัยครั้งต่อไปจากข้อค้นพบของผลการวิจัย

13. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

การระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

14. การอ้างอิง

ยึดการเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบ American Psychological Association (APA) โดยสำหรับสิ่งพิมพ์ภาษาไทย ให้ระบุทั้งชื่อและสกุลของผู้เขียน สำหรับสิ่งพิมพ์ภาษาอังกฤษ ให้ระบุเฉพาะสกุลของผู้เขียนแล้วตามด้วยปีที่ตีพิมพ์

14.1 การอ้างอิงในเนื้อหา (In-Text Citation) มีรูปแบบการเขียน ดังนี้

1) ผู้เขียน 1 – 3 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ตัวอย่าง

อัศนี วันชัย (2559) ได้ศึกษาเรื่อง.....

.....ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (อัศนี วันชัย, 2559)

Wanchai (2017) กล่าวว่า.....

.....ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Wanchai, 2017)

อัศนี วันชัย และ ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ (2559) กล่าวว่าการศึกษาทางเลือก.....

.....คือการฝึกกายและใจ (อัศนี วันชัย และ ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, 2559)

Wanchai and Phrompayak (2016) รายงานว่าการรักษาทางเลือก.....

.....คือการฝึกกายและใจ (Wanchai & Phrompayak, 2016)

2) ผู้เขียน 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้เขียนคนแรกและคณะ

ตัวอย่าง

อัศนี วันชัย และคณะ (2559) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลคือ.....

.....คือ.....เศรษฐกิจและ ความเชื่อส่วนบุคคล (อัศนี วันชัย และคณะ, 2559)

Wanchai et al. (2016) ระบุว่าสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญ.....

.....เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สุด (Wanchai et al., 2016)

3) การอ้างอิงมากกว่า 2 แหล่งข้อมูล ให้เขียนเรียงตามลำดับตัวอักษร ดังนี้

.....สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ (2560) และ อัศนี วันชัย และคณะ (2559)

.....อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, 2560; อัศนี วันชัย และคณะ, 2559)

.....ความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Phrompayak, 2017; Wanchai et al., 2016)

4) การคัดลอกข้อความจากบทความต้นฉบับ (Narrative Citation) ให้ระบุเลขหน้าที่คัดลอกข้อความ ท้ายประโยคที่คัดลอก ดังนี้

อัศนี วันชัย (2559) กล่าวว่า “ปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งมีทั้งปัจจัยภายในเช่น.....และ.....ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก” (หน้า 20)

14.2 การเขียนรายการอ้างอิง (References)

การเขียนชื่อผู้แต่ง ไม่ต้องลงคำนำหน้านามตำแหน่งทางวิชาการคำเรียกทางวิชาชีพและตำแหน่งยศต่าง ๆ (ยกเว้น มีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ และสมณศักดิ์)

ผู้เขียน 1 คน

ผู้แต่ง1./ (ปีพิมพ์) ./ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่) ./สถานที่พิมพ์./สำนักพิมพ์.

ผู้เขียน 2 คน

ผู้แต่ง1,และผู้แต่ง2.//(ปีพิมพ์).//ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).//สถานที่พิมพ์://สำนักพิมพ์.

ผู้เขียน 3 คน

ผู้แต่ง1,ผู้แต่ง2,และผู้แต่ง3.//(ปีพิมพ์).//ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).//สถานที่พิมพ์://สำนักพิมพ์.

ผู้เขียนมากกว่า 7 คน

ผู้แต่ง1,ผู้แต่ง2,ผู้แต่ง3,ผู้แต่ง4,ผู้แต่ง5,ผู้แต่ง6,...ผู้แต่งคนสุดท้าย.//(ปีพิมพ์).//ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).
สถานที่พิมพ์://สำนักพิมพ์.

1) การอ้างอิงจากหนังสือ

ผู้แต่ง 1.//(ปีพิมพ์).//ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).//สถานที่พิมพ์://สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ (พิมพ์ครั้งที่ 3).

กรุงเทพฯ: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.

อาณัญญา รัตนอุบล. (2562). การส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Williams, P. (2020). *Basic Geriatric Nursing* (7th ed.). St. Louis: Elsevier.

1.1) หนังสือไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).//(ปีพิมพ์).//สถานที่พิมพ์://สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. (2563). กรุงเทพฯ:
บียอนด์ พับลิชชิง.

1.2) บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter)

ชื่อผู้แต่งบทความหรือบท.//(ปีพิมพ์).//ชื่อบทความหรือบท./ใน หรือ In/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.หรือ Ed. หรือ
Eds.), ชื่อหนังสือ/(น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า).//สถานที่พิมพ์://สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสก้า กับชนชั้นนำทางการเมือง
เมืองไทยในยุคมาลามาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธิรักษา (บ.ก.), *ว่าด้วยทฤษฎี
รัฐศาสตร์ และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Mckinney, E.S. (2018). *Maternity-Child Nursing* (5th ed.). Canada: Elsevier.

*หมายเหตุ (พิมพ์ครั้งที่) ให้ระบุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

2) การอ้างอิงจากหนังสือแปล

ชื่อผู้แต่งต้นฉบับ. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่องที่แปล [ชื่อต้นฉบับ] (ชื่อผู้แปล, แปล). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. (ต้นฉบับ
พิมพ์ปี ค.ศ. หรือ พ.ศ.)

ตัวอย่าง

แบร์รี สมาร์. (2555). มิเชล ฟูก็อดต์ [Michel Foucault] (จามะรี เชียงทอง และสุนทร สราญจิต, แปล).
กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. 1994).

3) การอ้างอิงจาก E-book

ผู้แต่ง 1. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. จาก หรือ from <http://www.xxxxxxx>
ตัวอย่าง

Howitt, D. (2011). *Introduction to Research Methods in Psychology*. Retrieved from
<https://www.dawsonera.com>.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
พิษณุโลก:

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. สืบค้นจาก <https://www.ookbee.com>

4) การอ้างอิงจากรายงานการวิจัย

ผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง (รายงานผลการวิจัย)./สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

ไกรสร พงศ์วิไลรัตน์. (2564). การทำงานของหัวใจในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น
(รายงานผลการวิจัย). พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.

5) การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

5.1) วิทยานิพนธ์แบบรูปเล่ม

ผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/ (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต หรือ master's thesis)./สถานที่พิมพ์./ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สิรารักษ์ เจริญศรีเมือง. (2562). รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเขตอำเภอเมือง พิษณุโลก
(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร

5.2) วิทยานิพนธ์ฐานข้อมูลออนไลน์

ผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/ (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต หรือ master's thesis)./สถานที่พิมพ์./ชื่อสถาบัน. สืบค้นจาก หรือ Retrieved
from <http://www.xxxxxxxx>

ตัวอย่าง

ชนะ ศรีสุทระ. (2561). การวิเคราะห์รูปแบบความต้องการของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ต่อการท่องเที่ยว
เชิงนิเวศในจังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นจาก
<https://tdc.thailis.or.th/tdc/>

6. การอ้างอิงจากวารสาร

6.1) วารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/ (เลขของฉบับที่)/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

อัสนี วันชัย, ปิยะเนตร วิริยะปราโมทย์, นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, และ ลักคณา บุญมี. (2562). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้การแพทย์เสริมและทางเลือก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 149-157.

6.2) วารสารออนไลน์

6.2.1) กรณีไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่/ (เลขของฉบับที่)/ เลขหน้า. สืบค้นจาก หรือ Retrieved from <http://www.xxxxxxxx>

ตัวอย่าง

Pattaratumrong, M., & Wongkhamhaeng, K. (2019). The molecular identification of nephtys species (Polychaeta: Phyllodocida) from Songkhla Lake, Southern Thailand. *Naresuan University Journal: Science and Technology (NUJST)*, 27(3), 1-9.
<http://www.journal.nu.ac.th/NUJST/article/view/Vol-27-No-3-2019-1-9>

6.2.2) กรณีมีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่/ (เลขของฉบับที่)/ เลขหน้า. doi: xxxxxxxx

ตัวอย่าง

Chantana, C. (2019). A cooling system for a mushroom house for use in the upper central region climate of Thailand. *Naresuan University Journal: Science and Technology (NUJST)*, 27(3), 10-19. doi:10.14456/nujst.2019.22

7) การอ้างอิงจาก Website

ผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทความ./ สืบค้น วันเดือนปี./ จาก หรือ Retrieved from <http://www.xxxxxxxx>

ตัวอย่าง

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB ภายใน 3 นาที. สืบค้น 18 กันยายน 2562, จาก <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2564). 16 โรคในเด็กกับการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ. สืบค้น 4 กันยายน 2564. จาก <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/โรคในเด็ก>

15. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

บทความไม่ควรมีตารางภาพหรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย กรณีภาพหรือแผนภูมิที่มีเจ้าของลิขสิทธิ์ ผู้เขียนต้องมีใบรับรองการได้รับอนุญาตใช้ภาพหรือแผนภูมิดังกล่าวแนบมาด้วยในระหว่างการส่งบทความ

16. การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข ผ่านเว็บไซต์ E-mail: nhphj@bcnb.ac.th ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร และอีเมลของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ โดยจัดส่งเป็นไฟล์ โปรแกรม Word เท่านั้น และกรณีที่มีภาพประกอบ ขอให้ส่งเป็นไฟล์ภาพแยกต่างหาก โดยใช้โปรแกรมไฟล์ภาพ ประเภท jpg

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับแล้ว จะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนตีพิมพ์ รับผิดชอบโดยไม่แก้ไขหรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถตรวจสอบสถานะบทความได้ที่ และ download เอกสารได้จากระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

17. กำหนดการเผยแพร่บทความ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก 65000