



วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

Journal of Hospital and Community Health Research

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566
Vol. 1 No. 3 September-December 2023
ISSN: 2958-0630 (Online)





วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-3038406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthio/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการดูแลสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสาขาวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจากรายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้นให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบายวิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิจัยเปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทที่บทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม

นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิทยาการพิจารณาความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯรับตีพิมพ์เฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารฯมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

นพ.ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแพทย์ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อัจฉาวิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริแมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.สีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายบัน ยีรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรัชย์ กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนະบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์ทิพย์ ฤทธิ์ธูติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังชะฤกษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ภูแก้ว จ.อุดรธานี
ภญ.วิภาพร องคนุสรณ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.โพธิ์ตาก
ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ศรีเชียงใหม่

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้พยัญชนะ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน และไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่น ปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณา ตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาไทยใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อ เรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านล่างหน้าแรก

2. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือยคำ เป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

3. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

4. เนื้อหา (Text)

4.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎีวัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างอิงเอกสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างอิงข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้างทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหาสั้นกะทัดรัด

4) วิเคราะห์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากผลการวิจัยขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของเนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อหาแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอาร์บิกร์เป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้าง และไม่ควรรู้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

4.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์,บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากจนเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ดีไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

4.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Chief complaint, CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

- 3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค
- 4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย (Past medical history, PMH) ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร
- 5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)
- 6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา
- 7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ (Systematic review and Physical examination)
- 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) อาจทำเป็น problem list
- 10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค (Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความพื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยเกี่ยวกับคนจะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือขอเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชนเป็นวารสารน้องใหม่ในวงการสุขภาพ ดังนั้นวารสารฯ จึงมุ่งมั่นที่จะพัฒนาศักยภาพผู้แต่งให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นในการวิจัย โดยการเป็นพี่เลี้ยงช่วยให้คำปรึกษาแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขการเขียนบทความให้สมบูรณ์ก่อนที่จะส่งให้ผู้เชี่ยวชาญภายนอกประเมิน

และฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปีแรกที่ได้เปิดดำเนินการ ทางวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องขอขอบคุณผู้แต่งทุกท่านที่สนใจส่งบทความเข้ามาเผยแพร่ ซึ่งตลอดระยะเวลาผ่านมาของการดำเนินการ ทางวารสารฯ ได้ทุ่มเทที่จะพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองและอำนวยความสะดวกกับผู้ใช้บริการให้มากที่สุด และพัฒนากระบวนการต่าง ๆ ภายในวารสารฯ ทั้งนี้เพื่อที่จะมุ่งเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพวารสารฯ ในโอกาสต่อไป

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน จะได้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างองค์ความรู้ ด้านสาธารณสุขให้กับบุคคลที่สนใจและช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยให้เจริญก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน

Contents

บทความวิจัย /Research article

- การพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในพยาบาลวิชาชีพ 112-124

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of Advanced Life Support Competency in Emergency and Forensic

Nursing at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

กฤษณา จันทน์เมือง

Krisana Chanmuang

- ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 125-137

อำเภอฝาง จังหวัดหนองคาย

Effects of Preventive Behavior Developing Program for Patients with Cerebrovascular

Disease Risk at Fao Rai District, Nong Khai Province.

สุภัทลักษณ์ ศรีสุภา, วรณภา เกื้อนลือชัย

Supalak Srisubha, Wannapa Thuenluechai

- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย 138-150

The development of a care model for thalassemia children PhonPhisai Hospital

NongKhai Province.

พุทธร พิลาทธิ์, ศุภรดา ภาแสนทรัพย์

Phuttaworn Pilarit, Suparada Phasansap

- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาارفาริน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย 151-165

The Development of a Care Model for Patients Receiving Warfarin Drug

Phon Phi sai Hospital, Nong Khai Province.

ศิริวรรณ สิงหศิริ, เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์, ณัฐพล มูลศรี

Siriwan Singhasiri, Penjan Homehong, Nattapong Moonsri,

- การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มผู้พิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 166-181

โรงพยาบาลสกลนคร

Network development of social care Disabled Persons to support

the primary health care system Sakon Nakhon Hospital.

นิชาพร ศรีนุต

Nichaporn Srinutta

Contents

บทความวิจัย /Research article

- การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 182-198
Quality Improvement of Nursing Handover in the patient
Department Sri Chiang Mai Hospital.
ชุตานา ศรีสุรัตน์
Chutapa Srisurat
- การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ
ของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน 199-214
โรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี
Development of nursing practice guidelines for the prevention of phlebitis
In patients receiving Intravenous therapy at in patient department
Kukaew hospital, Udon Thani Province.
นภา อุทัยศรี
Napha Uthaisri
- ผลของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 215-228
The Effects of a Programs Slowing the Progress of Patients with Stage 3
Chronic Kidney.
จันทร์เพ็ญ หัตถพานิชพร, หรรษรัตน์ วิฑูรธีรศานต์
Janpen Hattapanichaporn, Hunsarat Wituteerasan

การพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of Advanced Life Support Competency in Emergency and
Forensic Nursing at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

กฤษณา จันทรเมือง พย.บ.

Krisana Chanmuang, (B.N.S)

โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

Phon Phisai Hospital Nong Khai

Province

(Received: 16 August 2023, Revised 2 Sep 2023, Accepted: 13 October 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ทำการศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 13 คน โดยการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ การบรรยาย การสาธิต-สาธิตย้อนกลับ และการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความรู้ แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

ผลการวิจัย ภายหลังการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ 18.40, SD.=0.9) มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =7.60, SD.=1.58) และมีความพึงพอใจต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.65, SD.=0.51) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงก่อนและหลังพัฒนาฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยการจัดกิจกรรมให้มีการพบปะแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมทั้งมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ให้มีความพร้อมที่จะให้การช่วยฟื้นคืนชีพกับผู้ป่วยนั้น ย่อมส่งผลต่อความสำเร็จในการกู้ชีพได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาสมรรถนะ, พยาบาลวิชาชีพ, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ติดต่อผู้พิมพ์ : กฤษณา จันทรเมือง **อีเมล :** crisana2511@gmail.com

Abstract

Action research aims to develop competencies in advanced resuscitation in emergency and forensic accident nurses Phon Phisai Hospital Phon Phisai District Nong Khai Province Conducted a study with 13 nurses in the emergency and forensic accident department. They developed competencies by organizing resuscitation training activities, including lectures, demonstrations - and reverse demonstration discussions. The sample group selected by purposive Sampling and Research tools used a knowledge test, advanced resuscitation skills, an assessment form, and a satisfaction questionnaire. All data were analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and median, and comparing the mean knowledge scores before and after using the Wilcoxon matched-pairs signed ranks test.

The results showed that after developing advanced resuscitation skills. The sample group's overall knowledge of advanced resuscitation practices was at a very good level. ($\bar{X}$ =18.40, SD. =0.9), good advanced resuscitation skills ($\bar{X}$ =7.60, SD. =1.58) and satisfaction with emergency accident and forensic work is moderate ($\bar{X}$ =3.65, SD.=0.51). When comparing knowledge scores in advanced life support before and after the development, it was found that the sample group's average scores increased significantly at the 0.05 level. The developing competency of professional nurses organizes activities to meet and exchange experiences in working together, including the preparation of materials and equipment, a place ready to provide resuscitation to the patients. It will affect the success of resuscitation even more.

Keywords : Competency Development, Registered Nurse, Advanced Resuscitation

Corresponding author : Krisana Chanmuang **Email :** crisana2511@gmail.com

บทนำ

จากสถิติข้อมูลผลการดำเนินงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ประจำปี 2564 ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 มีการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด จำนวน 1,203,085 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) จำนวน 230,963 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.19 ราย⁽¹⁾ จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีผู้เห็นเหตุการณ์และช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation : CPR) ทันทีกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ร้อยละ 40.1 และมีเพียงร้อยละ 9.5 เท่านั้นที่รอดชีวิต⁽²⁾ ซึ่งถ้าหากต้องการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการจัดการฝึกอบรมในการช่วยฟื้นคืนชีพกับผู้พบเห็นเหตุการณ์ เพื่อให้มีความรู้ในการประเมินอาการผู้ป่วย และสามารถช่วยฟื้นคืนชีพผู้ประสบเหตุได้ถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐาน จากการศึกษารวบรวมข้อบกพร่องที่ผ่านมา พบว่ามีการปรับปรุงองค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการช่วย

ฟื้นคืนชีพทุก ๆ 3-5 ปี และที่ยอมรับกันทั่วไปคือ ข้อควรปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2548⁽³⁾ โดยทั่วไปแบ่งการช่วยฟื้นคืนชีพออกเป็น 2 ขั้นตอน คือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support; BLS) และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced Cardiac Life support; ACLS) โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานนั้นจะเน้นการกดหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงจะเน้นการช็อกไฟฟ้าอย่างรวดเร็วและการใช้ยา เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย⁽⁴⁾ จะเห็นว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นไปจนถึงเมื่อได้รับการช่วยเหลือโดยการกระตุกหัวใจ (defibrillation) ด้วยไฟฟ้าภายในเวลา 4 นาที และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายในเวลา 8 นาที รวมถึงการกดหน้าอกหรือการนวดหัวใจ⁽⁵⁾ เป็นต้น

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและมีหน้าที่หลักในการให้บริการเพื่อช่วยชีวิต หรือรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายหรือคุกคามชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงนั้น เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ปฏิบัติเป็นสำคัญ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่จำเป็นต้องทำการกู้ชีพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพราะระยะเวลาที่ผ่านไปในแต่ละนาทีหมายถึงโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือเกิดความพิการเพิ่มขึ้น และในการกู้ชีพนั้นจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการที่เรียกว่า “ห่วงโซ่ชีวิต” ได้แก่ Early access Early CPR Early defibrillation และ Early advance care และอีกองค์ประกอบสำคัญ คือ ทีมช่วยฟื้นคืนชีพ (Rapid Response Team) ต้องเป็นทีมที่มีคุณภาพทั้ง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้และผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนการใช้จ่ายที่มีคุณภาพ⁽⁶⁾ เป็นต้น จะเห็นได้ว่า โอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับพร้อมทั้งทางด้านความรู้ ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติที่จะกู้ชีวิตผู้ป่วยได้รวดเร็ว

ผลจากการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปี 2562-2564 พบว่า มีผู้รับบริการ จำนวน 32,206, 31,046 และ 28,056 ราย แยกเป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินวิกฤต จำนวน 1,071, 1,143 และ 1,205 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.32, 3.68 และ 4.29 โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตและต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทันที จำนวน 45, 33 และ 39 ราย ตามลำดับ และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอย่างทันท่วงทีแล้วนั้น พบอัตราการรอดชีวิตคิดเป็นร้อยละ 26.66, 63.63 และ 38.46⁽⁷⁾ จะเห็นว่าความสำเร็จในการรอดชีวิตลดลง ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน และจากการเก็บข้อมูลการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่ผ่านมา พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยอยู่หลายประการ เช่น เทคนิคในการนวดหัวใจ การกดหน้าอก ความแรงและอัตราเร็วในการกดหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 5 ขาดทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ คิดเป็นร้อยละ 7 อีกทั้งยังไม่เคยมีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงตามมาตรฐานวิชาชีพมาก่อน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยการรอดชีวิตในการช่วยฟื้นคืนชีพพลดลงนั้นเกิดจาก 1) การขาดความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ปฏิบัติการ 2) การวางตำแหน่งของมือบนกดหน้าอกและ 3) ขาดความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ซึ่งการมีความรู้และ

การฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่อง AED มาร่วมในการฝึกจะมีความชำนาญในการช่วยฟื้นคืนชีพมากขึ้น⁽⁸⁾ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงนั้น มีความสำคัญอย่างมากต่อการช่วยชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับพัฒนาความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อสร้างความเข้าใจในหลักการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐาน จนสามารถสร้างความชำนาญและเกิดทักษะในการกู้ชีพให้กับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยขึ้น โดยความคาดหวังว่า จะช่วยเพิ่มพูนสมรรถนะให้กับพยาบาลวิชาชีพได้เป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติงานในการกู้ชีพและเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 112 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยอาศัยคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาการดำเนินงาน 3) ไม่ย้ายหน่วยงานหรือสถานที่ทำงานขณะทำการศึกษา และ 4) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ จำนวน 13 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนเอกสาร งานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล การเคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง
2. แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบปรนัย ประเมินความรู้ก่อนการประเมิน (Pre-test) และประเมินความรู้หลังการประเมิน (Post-test)
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับ ระดับ 5 หมายถึง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ระดับ 3 หมายถึง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย ระดับ 1 หมายถึง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. แบบประเมินทักษะสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จำนวน 5 กิจกรรม ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความตรงเชิงเนื้อหา (Item Total Consistency ; IOC) ได้ค่า 0.85, 0.90 และ 0.85 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความเชื่อมั่นของ สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.73 ส่วนแบบสอบถามความรู้ นำไปหาความยากง่ายใช้ Kuder-Richardson-20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.81

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นวางแผน มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการให้ ข้อมูลสภาพปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติงานด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในขั้นตอนการสนทนากลุ่ม 2) ศึกษาวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง หาประเด็นพัฒนา โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในบุคลากรพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช 3) นำปัญหาข้อค้นพบมาประชุมชี้แจง กำหนดประเด็นการพัฒนา และหาแนวทางการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง หลังจากนั้นจัดทำแนวทางการการพัฒนา การสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงความรู้ก่อนและหลังการ พัฒนาสมรรถนะ แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงงาน แบบสอบถามความพึงพอใจ หลังการพัฒนา และวางแผนการนิเทศติดตามประเมินผล

2. ขั้นการปฏิบัติตามแผน มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) มอบหมายงานและจัดแบ่งหน้าที่ รับผิดชอบ 2) จัดอบรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โดยการฝึกปฏิบัติโดยใช้ หุ่นตามขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ประกอบกับการใช้แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการสังเกตการปฏิบัติการ 3) การทบทวนการปฏิบัติด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จนสามารถพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และปฏิบัติด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ตามมาตรฐาน

3. ขั้นการติดตามประเมินผลมีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) ประเมินความรู้ในการปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ 2) ประเมินทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 3) ประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงหลังการพัฒนาสมรรถนะ 4) ติดตามนิเทศการปฏิบัติงานมา วางแผนการพัฒนาต่อไป

4. การสะท้อนการปฏิบัติ มีกระบวนการย่อย 2 กระบวนการ ได้แก่ 1) สะท้อนผลการปฏิบัติงานบนพื้นฐาน ข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงโดยใช้กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการบันทึกข้อมูล การปฏิบัติงาน การสังเกต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงตามมาตรฐานการ ให้บริการมีความปลอดภัย และอัตราการเสียชีวิตลดลง 2) นำผลลัพธ์การพัฒนามาทบทวนปรับปรุงและลงมือ ปฏิบัติและพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมในการศึกษา โดยได้พิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย โดยยึดหลักแนวปฏิบัติ คือ เคารพในบุคคล โดยผู้วิจัยขอความยินยอมด้วยวาจาจากผู้ร่วมศึกษาวิจัยให้เอกสิทธิ์ในการตัดสินใจไม่เป็นการบังคับ ให้ทุกคนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน ตลอดจนนำข้อมูลไปเผยแพร่ การเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยสอบถามได้ ถ้ามีข้อสงสัยตลอดจนสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการยินยอมเข้าร่วมโครงการ หรือปฏิเสธการได้ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือน และการรักษาความลับของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิสัย เอกสารรับรองเลขที่ 16/2565 วันที่ 3 มีนาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.62 มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 38.46 รองลงมาอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 30.77 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.24 รองลงมา 1-5 ปี และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.38 เท่ากัน และเคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ร้อยละ 84.62 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมากกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 79.92 มีประสบการณ์ 1-3 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 23.07

2. ความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยภาพรวมภายหลังการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูงอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 86.92 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยเรียงอันดับระดับความรู้จากมากไปหาน้อย 3 อันดับ คือ มีความรู้อยู่ในระดับดีเด่น จำนวน 3 คน ร้อยละ 92.5 มีความรู้อยู่ในระดับดีมากจำนวน 4 คน ร้อยละ 90.0 และมีความรู้อยู่ในระดับดีมากจำนวน 3 คน ร้อยละ 85.0 แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้ ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูง ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ

คนที่	ผลการประเมิน (Pre-test)	ผลการประเมิน (Post-test)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ร้อยละ (Percentage)	ระดับ
1	14	19 (-5 d1)	16.5	82.5	ดีมาก
2	10	19 (-9 d2)	14.5	72.5	ดี
3	18	16	17.0	85.0	ดีมาก
4	17	19	18.0	90.0	ดีมาก
5	15	18	16.5	82.5	ดีมาก
6	18	19	18.5	92.5	ดีเด่น
7	17	17	17.0	85.0	ดีมาก
8	16	18	17.0	85.0	ดีมาก
9	17	19	18.0	90.0	ดีมาก
10	18	19	18.5	92.5	ดีเด่น
11	18	18	18.0	90.0	ดีมาก
12	18	19	18.5	92.5	ดีเด่น
13	17	19	18.0	90.0	ดีมาก
รวม	213	239	17.38	86.92	ดีมาก

เปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะฯ พบว่า ก่อนพัฒนาสมรรถนะ กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เท่ากับ 17.0 คะแนน (IQR=2.5) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-18 คะแนน และหลังการพัฒนาสมรรถนะ กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เท่ากับ 19.0 คะแนน (IQR=1.0) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-19 คะแนน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่า หลังการพัฒนาสมรรถนะกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.015) แสดงตามดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

คะแนนความรู้ ในการปฏิบัติการช่วยฟื้น คืนชีพขั้นสูงฯ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	Z	p-value
ก่อนพัฒนาสมรรถนะ	13	16.4	2.3	17.0	-2.430	0.015*
หลังพัฒนาสมรรถนะ	13	18.4	0.9	19.0		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ภายหลังที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแล้ว พบว่า โดยภาพรวมทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอยู่ในระดับดี เมื่อเรียงอันดับทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงจากมากไปหาน้อย พบว่า ตำแหน่งที่ 5 Medication ระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ตำแหน่งที่ 4 Defibrillator ระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 80 ตำแหน่งที่ 1 Recorder และตำแหน่งที่ 2 Airway ระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี เท่ากันคือ ร้อยละ 70 และตำแหน่งที่ ปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้คือ ตำแหน่งที่ 3 Compression ร้อยละ 60 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่ และร้อยละ ทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ตำแหน่งที่	ทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	ความถี่ (Frequency)	ร้อยละ (Percentage)	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับ
1	Recorder	7	70	ดี	3
2	Airway	7	70	ดี	3
3	Compression	6	60	พอใช้	5
4	Defibrillator	8	80	ดีมาก	2
5	Medication	10	100	ดีมาก	1
โดยรวม		7.6	76	ดี	-

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

โดยภาพรวม ภายหลังที่ทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.65 คะแนน (SD.=0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความสามารถในการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการในความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกับแพทย์อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากันคือ 3.85 คะแนน (SD.=0.38) และประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานช่วยสนับสนุนในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พัฒนาศักยภาพในการบริการแก่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงระบบงานใหม่ ๆ เพื่อประโยชน์ขององค์กร และการสื่อสารกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คะแนน (S.D.=0.50) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ข้อที่	ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	การใช้ความรู้เพื่อดูแลผู้รับบริการตามขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพ	3.69	0.48	มาก
2	การได้วางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล	3.69	0.48	มาก
3	การได้ใช้ความรู้ ความสามารถเพื่อดูแลผู้รับบริการ	3.69	0.48	มาก
4	ความสามารถในการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการในความรับผิดชอบ	3.85	0.38	มาก
5	หัวหน้าหน่วยงานอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.77	0.44	มาก
6	หัวหน้าหน่วยงานมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พัฒนาศักยภาพในการบริการแก่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ	3.62	0.50	ปานกลาง
7	มีบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน	3.46	0.52	ปานกลาง
8	การยอมรับการเปลี่ยนแปลงระบบงานใหม่ ๆ เพื่อประโยชน์ขององค์กร	3.62	0.51	ปานกลาง
9	มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้รับบริการ	3.54	0.52	ปานกลาง
10	การประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงาน	3.62	0.51	ปานกลาง
11	การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหน่วยงาน	3.46	0.52	ปานกลาง
12	การสื่อสารกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.62	0.51	ปานกลาง
13	ความราบรื่นในการทำงาน	3.54	0.52	ปานกลาง
14	การได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน	3.46	0.52	ปานกลาง
15	การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ	3.69	0.48	มาก
16	หน้าที่ความรับผิดชอบและปริมาณงานมีความเหมาะสม	3.62	0.51	ปานกลาง
17	การประสานงานที่ดีระหว่างสหสาขาวิชาชีพ	3.77	0.43	มาก

ต่อตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

ข้อที่	ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
18	การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกับแพทย์	3.85	0.38	มาก
19	ความมีสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน	3.77	0.43	มาก
20	รูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถดำเนินการได้ถูกต้อง	3.77	0.44	มาก
โดยภาพรวม		3.65	0.51	ปานกลาง

วิจารณ์

1. ด้านความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยภาพรวม ภายหลังการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูงอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 86.92) ทั้งนี้เนื่องจากได้มีการพัฒนาเรียนรู้จึงทำให้มีการพัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุคนธ์ พงษ์ประเสริฐ⁽⁹⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีมาก และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Orem⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถทักษะและการกระทำ จะมีผลต่อเป้าหมายของการกระทำ จะเห็นว่า ภายหลังพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่า มีคะแนนความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์ พงษ์ประเสริฐ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลการประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า คะแนนหลังการอบรมสูงกว่าคะแนนก่อนการอบรม เช่นเดียวกับการศึกษาของพรพิไล นิยมถิณ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า คะแนนสมรรถนะการกู้คืนชีพหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยผลการทดสอบก่อนการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 65.76 ผลการทดสอบหลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 78.93

2. ด้านทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมแล้วพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีทักษะในการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากมีการพัฒนาเรียนรู้ร่วมฝึกปฏิบัติเป็นแบบแผนซึ่งสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและทีมผู้ช่วยเหลือที่ปฏิบัติการ ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาแล้วจะมีสมรรถนะที่อยู่ในระดับดีขึ้นไป⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Gordon⁽¹³⁾ ที่พบว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็น การนำความรู้ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติงานจะเกิดผลลัพธ์ในการกู้ชีพที่ดีและมีอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาลของเบนเนอร์⁽¹⁴⁾ ที่อธิบายว่า พยาบาลที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะเกิดทักษะและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้ดียิ่งขึ้น อันเป็นผลมาจากการศึกษาและการสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านมาในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมยาวนานของบุคคล

3. ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความสามารถ ในการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการในความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกับแพทย์ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่จัดขึ้นผู้เข้าร่วมโครงการ มีองค์ความรู้ที่สามารถเติมประสบการณ์การทำงานได้เป็นอย่างดี ความพึงพอใจและระยะเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม ประกอบกับความสามารถของตัววิทยากร ที่มีความสามารถในการบรรยาย สาธิตกิจกรรมในการเพิ่มทักษะโน้มน้าวความสนใจ กระตุ้นการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ทำให้ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุเจตนา ภูมิสวัสดิ์⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความรู้และความพึงพอใจในบทบาทและหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาล ภายหลังการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด เช่นเดียวกับงานวิจัยของกาญจนา บุญจันทร์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่อความพึงพอใจเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การปฏิบัติทางงานพยาบาลต่ำกว่า 10 ปี ดังนั้นหน่วยงานควรจัดกิจกรรมเสริมพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอย่างต่อเนื่อง
2. หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริม และกระตุ้นผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีการตื่นตัวในการเรียนรู้ที่จะพัฒนาศักยภาพตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงระบบงานใหม่ เพื่อประโยชน์ขององค์กร
3. ควรวางแผนการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในทุกปี เพื่อเป็นการทบทวนฝึกฝนให้เกิดความชำนาญมากยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถ นำความรู้ และทักษะที่มีอยู่ไปถ่ายทอดให้แก่ชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองนโยบายของกลุ่มงานหรือองค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.วิสัยทัศน์และนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย พ.ศ.2564-2568. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2021/EBook/41312620210712063031.pdf>

2. พรรณี ศรีพารา.ผลของการใช้โปรแกรมการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะของพยาบาลโรงพยาบาลโกสุมพิสัย.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2564;10(1):26-35
3. American Heart Association. High-Quality CPR 2015 [อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/high-quality-cpr>
4. ปิยดา จันทกุล.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต; 2562. [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://mkho.moph.go.th/research2018/showdata.php?id=153hai.pdf>
5. ธวัช ขาญขุณานนท์,ปิยวรรณ สุวรรณวงศ์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. ผลของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2554;29(1):39-49.[อินเทอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2563].เข้าถึงได้จาก <http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JOMAT/jomat-y08v01s17.pdf>
6. American Heart Association.ส่วนสำคัญที่สุดของแนวทางสำหรับการทำ CPRและECC ประจำปี 2020 [อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_thai.pdf
7. โรงพยาบาลโพธิพิสัย. สรุปประเมินผลการดำเนินงานประจำปีโรงพยาบาลโพธิพิสัย 2562-2564. เอกสารอัดสำเนา. หนองคาย. 2564.
8. รัตติกาล เรืองฤทธิ์,ปรียา แก้วพิมล,กิตติพงศ์ แซ่ล้อยเลื่อน. ความรู้ทักษะและความมั่นใจในสมรรถนะของตนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องฟื้นคืนชีพคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (เออีดี: AED) ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2564;13(2):125-141. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2565].เข้าถึงได้จาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/download/243612/171518>
9. สุคนธ์ พงธิประเสริฐ. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการช่วยฟื้นคืนชีพ. โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ชุมติธรโร อุทิศ สำนักงานแพทย์ [อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค 2564].เข้าถึงได้จาก <http://203.155.220.238/csc/attachments/article/189/nurse600502.pdf>.
10. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby; 2001.
11. พรพิไล นิยมถิ่น. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย . มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช : นนทบุรี; 2561.
12. อูรา แสงเงิน,สุพัตรา อุปนิสากร,ทิพมาส ชินวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2555; 32(1):1-10 .

13. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์. แบบฟอร์ม Nursing Care Plan (รายงานการวางแผนการพยาบาล).2562 [อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://nursing62.blogspot.com/2019/09/11.html>
14. Benner P. Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley; Menlo Park., 1984.
15. สุเจตนา ภูมิสวัสดิ์. ความรู้และความพึงพอใจในบทบาทและหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลภายหลังการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง [อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.researchgate.net > profile > publication > links
16. กาญจนา บุญจันทร์. การพัฒนารูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. งานวิชาการและพัฒนาทางการพยาบาล. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://w2.med.cmu.ac.th/nis/downloads/?p=808>.

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Effects of Preventive Behavior Developing Program for Patients with
Cerebrovascular Disease Risk at Fao Rai District, Nong Khai Province.

สุภลักษณ์ ศรีสุภา พย.บ

Supalak Srisubha, (B.N.S)

วรรณภา เกื้อนลือชัย พย.บ

Wannapa Thuenluechai, (B.N.S)

โรงพยาบาลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่

Fao Rai Hospital at Fao Rai District,

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province

(Received: 30 August 2023, Revised 22 Sep 2023, Accepted: 12 October 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะเสี่ยง CVD risk ระดับต่ำและปานกลาง ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 40-65 ปี ได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติและเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดแบบจำลองพรีสตี-โพสตี 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.92 และ 1.00 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้โดยใช้คูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบ paired t-test, independent t-test สถิติทดสอบวิลคอกชันซายน์แรงค์ และสถิติทดสอบแมนวิทนียู กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองจะมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรมฯ นี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไปเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมป้องกันโรค, โรคหลอดเลือดสมอง, แบบจำลองพรีสตี-โพสตี

ติดต่อผู้พิมพ์ : สุภลักษณ์ ศรีสุภา อีเมล : supalak.srisubha@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare knowledge about cerebrovascular disease, preventive behaviors for cerebrovascular disease, and blood pressure of hypertensive patients with cerebrovascular disease risk. The sample comprised primary hypertension patients, male and female, aged 40-65 years, who had been low and moderate cardiovascular disease risk. The experimental group had characteristics within the inclusion criteria, with 30 persons in each group. The experimental tool was the Cerebrovascular Disease Preventive Behavior Developing Program based on the PRECEDE-PROCEED model. The data collecting tools were: a questionnaire with, knowledge about cerebrovascular disease, and preventive behaviors for cerebrovascular disease. The content validity index of the questionnaire was 0.92 and 1 and the reliabilities (Kr-20) were 0.85 and 0.73. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test, $p\text{-value} < .05$.

The results showed that: after the experiment, 1) scores for knowledge about cerebrovascular disease. The overall and every aspect of preventive behaviors for cerebrovascular disease scores were significantly higher than before the experiment and the comparison group. The mean systolic and diastolic blood pressure of the experimental group were significantly lower than before the experiment and the comparison group ($p < .05$), This program results in patients knowledgeable, practice correct and appropriate behavior to prevent cerebrovascular disease-induced blood pressure decrease Therefore, the Cerebrovascular Disease Preventive Behavior Developing Program. Should be used a guideline for research on the development preventive behaviors in other chronic disease.

Keywords : Preventive behaviors, Cerebrovascular Disease, PRECEDE-PROCEED model

Corresponding Author : Supalak Srisubha **E-mail :** supalaksrisubha@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขไปทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลกเป็นอันดับ 2 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากการรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบอีกว่า มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ถึง 12.2 ล้านคน

และมีผู้เสียชีวิต 6.5 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีจำนวนใกล้เคียงกัน และมักพบมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยพบมากที่สุดในประชากรผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป⁽³⁾ จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพของประชากรในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 278.49, 303.20, 318.89 และ 328 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราตาย เท่ากับ 11.02, 10.60, 10.34 และ 10.58 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

สำหรับปัญหาโรคหลอดเลือดในสมองของเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับระดับประเทศ โดยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 234.34, 264.57, 275.69 และ 289.79 ต่อแสนประชากร และมีอัตราตาย เท่ากับ 4.85, 4.19, 4.60 และ 4.56 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุด้วยกัน โดยเฉพาะปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Non-modifiable risk factors) อย่างเช่น อายุ ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ยิ่งเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นด้วย⁽⁵⁾ และโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 รองลงมาจากการมีอายุมากขึ้น จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อของกรมควบคุมโรค เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบว่า สาเหตุการของเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 40 และร้อยละ 57.2 โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ⁽⁶⁾ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้นด้วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ เป็นโรคที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรม สุขภาพของบุคคล⁽⁷⁾ ถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสมติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ก็จะทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา

จากข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีอัตราตายโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 4.4, 6.19 และ 22.49 ต่อแสนประชากร มีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 14.8, 15.7 และ 16.2 ต่อแสนประชากร และยังพบอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 33.1, 41.98 และ 13.96 ต่อแสนประชากร⁽⁸⁾ เป็นต้น จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563-2565 ของอำเภอเฝ้าไร่ พบว่า มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 15.3, 15.78 และ 16.74 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 29.18, 34.11 และ 35.09 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงต่ำ มีจำนวน 1,295 คน คิดเป็นร้อยละ 88.76 2) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 10.42 3) กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.62 และ 4) กลุ่มเสี่ยงสูงมาก จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.21⁽⁹⁾ เป็นต้น

จะเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้น ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การลดความดันโลหิตในระยะยาวจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ดีที่สุด⁽¹⁰⁾ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ คือไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท รวมทั้งการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิตที่สำคัญ ทั้งการลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 คือ ผักอย่างน้อย 2 ส่วน เป็นข้าวหรืออาหารที่มาจากแป้ง และโปรตีนโดยเน้นเนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน และเนื้อปลาอย่างละ 1 ส่วน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดหรืองดดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และการงดหรือเลิกสูบบุหรี่⁽¹¹⁾ เป็นต้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลเฝ้าไร่ จำนวน 20 คน พบว่า ร้อยละ 70 ไม่ทราบว่าการมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/90 มม.ปรอท ติดต่อกันเป็น เวลานาน ร้อยละ 75 ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับใด และไม่ทราบวิธีปฏิบัติ ตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และร้อยละ 75 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง โดยใช้แนวคิดแบบจำลองพรีสิด-โพรสิด (PRESCUDE-PROCEDE Model) ของกรีน และครูเตอร์⁽¹²⁾ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและ เหมาะสม โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไป ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและบุคลากรทางด้าน สุขภาพ จะส่งผลให้เกิด จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสมได้เร็วยิ่งขึ้น ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน กลุ่มเสี่ยงสูง มีความรู้ มีความเข้าใจและมีทักษะที่ดีในการปฏิบัติตัว จนสามารถรักษาระดับความดันโลหิต ของตนเองอยู่ในระดับปกติ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้เป็นอย่างดี

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ 2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่ม ทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่มีอายุ 40-65 ปี และมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในทุกระดับ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย จำนวน 4,607 คน กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดขนาด

อิทธิพลโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูศรี⁽¹³⁾ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามจึงปรับเพิ่มร้อยละ 8 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง 2) ไม่เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ 3) สามารถอ่านเขียนและพูดภาษาไทยได้ดี 4) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ที่พัฒนาตามแนวคิดแบบจำลองพีรอส-โพรส ประกอบด้วยกิจกรรมใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติในเรื่องของการรับประทานอาหาร และออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยการศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และรายงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้าง ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ 9.60 ขึ้นไป, ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 7.20-9.59 คะแนน, ระดับต่ำ ได้คะแนนระหว่าง ต่ำกว่า 7.20 คะแนน และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ และด้านการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่ปฏิบัติ การแปลผลมีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึงสูงมาก, 3.50-4.49 หมายถึงสูง, 2.50-3.49 หมายถึงปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึงน้อย, 1.00-1.49 หมายถึงน้อยที่สุด เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Item Objective Congruence Index) เท่ากับ 0.92, 1 และ 1 หาค่าความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 ได้เท่ากับ 0.78 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Alpha Coefficient Cronbach) เท่ากับ 0.80

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ยื่นขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดกิจของโปรแกรมมา และจัดทำเครื่องมือวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และอธิบายอย่างละเอียดใน

การเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความยินยอม (Informed consent process) และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มทดลอง

2. **ระยะทดลอง** โดยการจัดกลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคฯ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง โดยการชมวิดีโอทัศน์ ร่วมกันวิเคราะห์และนำเสนอ วิธีการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จากนั้นวิทยากรสาธิตและฝึกวิธีการในการเลือกการรับประทานอาหาร และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยแบ่งเป็น 2 ฐาน โดยฐานที่ 1 เป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูงด้วยโปสเตอร์ ฐานที่ 2 เป็นฐานการฝึกการเลือกอาหารด้วยแผ่นภาพ และการฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว

สัปดาห์ที่ 2 เรียนรู้การอ่านฉลากโภชนาการ โดยการชมวิดีโอทัศน์วิธีการอ่านฉลาก GDA แบ่งกลุ่มเลือกตัวอย่างอาหารเหมาะกับโรค ทบทวนการออกกำลังกายและฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกับกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง คนละ 5 นาที เพื่อพูดคุยให้กำลังใจ สร้างความเข้าใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมที่ถูกต้อง และนัดหมายกลุ่มทดลอง เพื่อเก็บข้อมูลหลังทดลองในลำดับต่อไป

3. **ระยะหลังทดลอง** ในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามชุดเดิม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบ สัมภาษณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ เช่น paired t-test, independent t-test, Wilcoxon signed-rank test และMann-Whitney U test เป็นต้น

การทดสอบการแจกแจงของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองมีการกระจายไม่ปกติ จึงใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed-rank test) และสถิติทดสอบแมนนวิทนียู (Mann-Whitney U test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้โรคหลอดเลือดสมอง แต่พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีการกระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติทดสอบที (paired t-test, independent t-test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 48/2566 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2566 เมื่อผ่านการขออนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความยินยอม และลงนามเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ในการให้ข้อมูล สามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการพิทักษ์สิทธิ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะเวลา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการแก้ไข การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม การมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และขอให้ลงนามแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 55.76 ปี (S.D. = 5.21) การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 46.7 มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 90 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 90 มีระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.93 ปี (S.D. = 3.56) มีระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 56.7 มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีไขมันในเลือด ร้อยละ 66.66 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 50 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 80 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.7 เป็นต้น

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 55.90 ปี (S.D. = 5.09) ร้อยละ 46.7 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 53.3 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 90 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 90 มีระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.90 ปี (S.D. = 2.96) มีระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีไขมันในเลือด ร้อยละ 65 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 70 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 73.3 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 40 เป็นต้น

2. ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ภายหลังกลุ่มทดลอง การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองจะมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ค่าสถิติ	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ความรู้เรื่องโรคฯ	8.23	1.50	ปานกลาง	11.13	1.27	สูง	z=-5.55	<.001*
พฤติกรรมฯโดยรวม	2.16	0.49	ต่ำ	3.57	0.41	สูง	t=-7.16	<.001*
- ด้านรับประทาน	2.63	0.61	ปานกลาง	3.73	0.41	สูง	t=-12.66	<.001*
อาหาร								
- ด้านออกกำลังกาย	1.48	0.49	ต่ำ	3.34	0.65	ปานกลาง	t=-14.83	<.001*

*P value < 0.01

2.2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ

ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่ากลุ่มทดลองจะมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมฯ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			ค่าสถิติ	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ความรู้เรื่องโรคฯ	11.10	1.32	สูง	9.03	1.32	ปานกลาง	$z=-5.04$	$<.001^*$
พฤติกรรมฯ โดยรวม	3.57	0.76	สูง	2.30	0.71	ต่ำ	$t=12.14$	$<.001^*$
- ด้านรับประทาน อาหาร	3.73	0.41	สูง	2.86	0.52	ปานกลาง	$t=7.09$	$<.001^*$
- ด้านออกกำลังกาย	3.34	0.65	ปานกลาง	1.49	0.44	ต่ำ	$t=12.92$	$<.001^*$

*p-value < .001

3. ด้านความแตกต่างของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

3.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ภายหลังกลุ่มทดลอง การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่า มีความดันโลหิตซิสโตลิกและมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความดันโลหิตในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=30)

ความดันโลหิต	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ซิสโตลิก	150.30	7.12	ระดับ 1	137.86	6.55	สูงกว่าปกติ	14.64	$<.001^*$
ไดแอสโตลิก	88.73	4.96	สูงกว่าปกติ	79.96	5.47	เหมาะสม	10.59	$<.001^*$

*p-value < .001

3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่ามีความดันโลหิตซิสโตลิกและมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมฯ

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ซิสโตลิก	137.86	6.55	สูงกว่าปกติ	151.23	7.26	ระดับ 1	-7.48	<.001*
ไดแอสโตลิก	79.96	5.47	เหมาะสม	89.40	4.17	สูงกว่าปกติ	-7.51	<.001*

*p-value < .001

วิจารณ์

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคตามแนวคิดแบบจำลองพรีสิด-โพสิด⁽¹²⁾ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สามารถวิจารณ์ผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง โดยภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ที่หลากหลายโยแยกแต่ละปัจจัย ดังนี้

ทางด้านปัจจัยนำ โดยการให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยาย ใช้โปสเตอร์เป็นสื่อการสอน ประกอบการได้ชมวีดิทัศน์ ร่วมกันวิเคราะห์เนื้อหาสาระที่ได้จากการชมวีดิทัศน์ มีการทบทวนความรู้ทำให้กลุ่มทดลองได้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการวิเคราะห์โรคหลอดเลือดสมอง และนำเสนอเนื้อหาสาระเรื่องโรคหลอดเลือดสมองให้กลุ่มได้รับฟัง วิเคราะห์และวิจารณ์ผลร่วมกัน ประกอบการลงมือปฏิบัติจริง โดยการวิเคราะห์เลือกแผ่นภาพอาหารที่เหมาะสม แล้วให้ตัวแทนกลุ่มได้ออกนำเสนอ ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม จากการจัดกลุ่มในการเรียนรู้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตามพื้นฐานการศึกษา ทั้งนี้เพื่อจะได้ให้ข้อมูลในการเรียนรู้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 66.7 ดังนั้น การจัดกลุ่มเรียนรู้ต้องคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันที่จะสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้มากที่สุด ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งได้มาจากระบบการรับรู้⁽¹³⁾ เนื่องจากความรู้ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม⁽¹⁴⁾ จากกิจกรรมดังกล่าวจึงส่งผลต่อการมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น

ในด้านปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะและพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้เห็นการสาธิตการเลือกอาหารรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติตาม โดยแบ่งออกการฝึกปฏิบัติเป็น 2 ฐาน และทุกคนได้หมุนเวียนเข้าทุกฐานการเรียนรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะตนเองให้มากขึ้น โดยฐานที่ 1 กลุ่มทดลองจะได้ฝึกปฏิบัติในการเลือกอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต ทั้งชนิดและปริมาณอาหาร การฝึกการอ่านฉลากโภชนาการ ทั้งเรียนรู้ ส่วนประกอบอาหาร และข้อควรระวังต่าง ๆ อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง วิธีการคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงานที่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกาย ทบทวนการฝึกอาหารให้ตนเองรับประทานจากการเลือกตัวอย่างโมเดลอาหาร ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองได้มองเห็นและจับต้องได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่องที่สาธิตได้นานยิ่งขึ้น⁽¹⁵⁾ รวมถึงทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นทักษะใหม่ที่บุคคลจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ⁽¹²⁾ จะเห็นได้จากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร และในฐานที่ 2 กลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว ต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มทดลอง ได้เรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่ง่าย สามารถทำได้ที่บ้าน และรับทราบประโยชน์ของกายออกกำลังกายที่อาจมองข้ามความสำคัญ โดยเฉพาะการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วนี้จะทำให้ไม่เกิดความเหนื่อยล้าเกินไป มีแรงกระแทกที่ข้อเท้าต่ำ จึงเหมาะกับผู้มีน้ำหนักเกินหรือผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกายหรือไม่ได้ออกกำลังกายเป็นเวลานาน⁽¹⁶⁾ จะเห็นว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วนี้จึงเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มทดลอง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 56-60 ปี รวมทั้งมีการออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ประกอบกับการมีภาวะอ้วนถึงร้อยละ 50 ดังนั้น เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองแล้ว จึงสนใจที่จะทำอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเมื่อกลุ่มทดลองได้พัฒนาทักษะด้านการออกกำลังกาย และได้ลงมือฝึกปฏิบัติเองต่อเนื่องที่บ้านแล้ว ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการออกกำลังกายจึงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มเปรียบเทียบ

ในส่วนของปัจจัยเสริม โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ จากพยาบาลวิชาชีพโดยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อพูดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และคอยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง นับว่ามีส่วนสำคัญที่จะเสริมแรงและสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้ต่อไป ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น⁽¹⁴⁾ ประกอบกับการสอบถามผลการปฏิบัติ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่างการ ซึ่งเป็นการได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนูยศรี พบว่า กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกับปริดา ยศดา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁽¹⁸⁾

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาใช้บริการ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนและได้รับการประเมินความเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ (CVD Risk) ปีละครั้ง และให้ความรู้แบบรายกลุ่ม อาจมีบาง ประเด็นที่ให้เป็นรายบุคคลขณะซักประวัติ แต่ไม่ได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งกิจกรรมการทบทวนความรู้ด้วยวิธีการอื่น ๆ ดังนั้น กลุ่มเปรียบเทียบจึงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง เป็นต้น

2. ความดันโลหิตของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ จะมีความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใน กลุ่มทดลอง ได้มีการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยลดการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสม ของเกลือโซเดียมหรือเกลือแกงลง การลดหรือจำกัดการปรุงอาหารอาหารที่มีปริมาณโซเดียม รวมทั้งการลด เครื่องดื่มที่มีรสหวานร่วมด้วย จะเห็นว่าน้ำตาลนั้น เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมใต้ชั้นผิวหนัง ตามอวัยวะต่าง ๆ และหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะ ช่วยความดันโลหิตลดได้ถึง 2-8 มม.ปรอท ในส่วนของการรับประทานผักใบที่ให้พลังงานต่ำ รับประทานผลไม้ จะช่วยควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกให้ลดลงได้ 7.16 และ 4.01 มม.ปรอท การรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ติดมันนั้น จะส่งผลเสียต่อร่างกายมาก เพราะไขมันจะไปสะสมในหลอดเลือดจนหลอดเลือดตีบ เลือดหมุนเวียนไม่สะดวก แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้นจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น⁽¹⁹⁾ จากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ นั้น ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักต่อปัญหาที่จะตามมา จึงเลือกรับประทาน เนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย เน้นการรับประทานอาหารนิ่งต้ม แทนการทอด เป็นต้น

จะเห็นว่าการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจะช่วยให้แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ทำให้ความดัน หลอดเลือดแดงลดลง 5-7 มม.ปรอท โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกนั้น จะยังช่วยลดการหลั่งนอร์ อดรีนาลีน อันเป็นผลทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง ในส่วนของการออกกำลังกายด้วยการ เดินเร็ว นั้น จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกลงเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท⁽²⁰⁾ คล้ายคลึงบางส่วนกับการศึกษาของรณพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนูศรี⁽¹⁷⁾ พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง แต่ความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง และมีความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) เช่นเดียวกับปรีดา ยศดา⁽¹⁸⁾ พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและ ไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง และความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ความดันโลหิต ไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) และการศึกษาของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์⁽¹³⁾ พบว่า กลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง มีความดันโลหิต ไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านการรับประทาน อาหารและด้านการออกกำลังกาย จึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกาย ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่ม เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งอื่น ๆ เพื่อกระจายชุมชนมากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาติดตามความยั่งยืนและการคงอยู่ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นระยะเวลานานขึ้น อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
3. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไปเป็นแนวทางใน การวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Up again after a stroke [Internet]. 2017. [Cited 16 Sep.2023] Available from: <https://www.worldstrokecampaign.org/getinvolved/campaigntoolkit/brochures-2017.html>.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สำนักวันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/180623>.
3. วิชัย เอกพลกร. รายงานการสำรวจสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564; 39(2): 39-46.
5. สุภา เกตุสถิต. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี; 2554.
6. พรสวรรค์ คำทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ 2556; 6(2): 44-45.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนัก กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
8. รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nko2.moph.go.th/plan/index.php?plan=w5-yearreport>

9. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนongคาย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
10. พิระ บุรณะกิจเจริญ. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2553
11. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. นนทบุรี: สมิตพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2562
12. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning: An education and ecological approach (4th ed). New York: McGraw-Hill; 2005
13. ขจรพรรณ คงวิวัฒน์. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2559.
14. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PECEDE MODEL ในการสร้างสุขภาพ. วารสารสภากาชาดไทย 2562; 12(1): 38-48.
15. ทศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอนองค์ความรู้ เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ พิมพ์ครั้งที่ 23. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
16. จิราภรณ์ อังวิยาธร. การเดินเพื่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/445>
17. ธนาพร ปะดาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนูศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล 2563; 69(3): 1-10.
18. ปรีดา ยศดา. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
19. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: เอ.วี. โปรเกรสซีฟ; 2563.
20. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
The development of a care model for thalassemia children PhonPhisai Hospital
NongKhai Province.

พุทธร พิลาทธิ์ พย.บ

Phuttaworn Pilarit, (B.N.S)

ศุภรดา ภาแสนทรัพย์ พย.ม

Suparada Phasansap, (M.ED)

โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย

Phon Phisai Hospital, Phon Phisai District,

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province.

(Received: 8 June 2023, Revised 28 August 2023, Accepted: 20 Oct 2023)

บทคัดย่อ

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคเลือดที่เกิดจากความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงกับผู้ป่วยและผู้ปกครองเด็กธาลัสซีเมีย 30 คู่ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสนทนากลุ่มแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย และแบบสอบถามความพึงพอใจการใช้บริการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ดังนี้ 1) จัดตั้งคลินิกธาลัสซีเมียเฉพาะ 2) ปรับเปลี่ยนขั้นตอนการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนถ่ายเลือดเสร็จภายในวันเดียวกัน 3) มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย จัดเตรียมสถานที่และเตียงนอนสำหรับรับถ่ายเลือดของผู้ป่วยให้เพียงพอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการและส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจมากขึ้นตามลำดับ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ผู้ป่วยเด็ก, การดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ติดต่อผู้พิมพ์: พุทธร พิลาทธิ์ **อีเมล:** putthaworn2510@gmail.com

Abstract

Thalassemia is a blood disease caused by abnormalities in red blood cells, leading young patients to suffer from illness and complications arising from treatment. It affects both the bodies and minds of patients and their families. This action research aimed to Developing a care model for thalassemia children of Phon Phisai Hospital Nong Khai Province. The sample comprised 30 pairs of patients and parents of children with thalassemia, selected purposively. Data were collected using the knowledge questionnaire and behavior of caring for children with thalassemia patients and service satisfaction questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics and Wilcoxon matched pairs signed ranks test statistics and content analysis.

The results showed that the care model for patients with thalassemia as follows: 1) a specific thalassemia clinic 2) Modify service procedures so that blood transfusions for patients can be completed on the same day 3) a guideline. After the development of the model, the sample group had higher scores on knowledge, behavior, and satisfaction than before the implementation at the statistical significance level of 0.05. The suggestion is to establish a learning center for pediatric thalassemia patients, preparing enough places and beds to receive blood transfusions for patients. These measures will help reduce waiting times for services and, in turn, increase satisfaction.

Keywords: Model development, Pediatric patients, Thalassemia patient care

Corresponding author: Putthaworn Pilarit **Email:** putthaworn2510@gmail.com

บทนำ

โรคธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากพ่อแม่ไปสู่ลูก เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการสร้างสารฮีโมโกลบินซึ่งเป็นสารสีแดงในเม็ดเลือดแดงปริมาณลดลง หรือคุณภาพของสารฮีโมโกลบินผิดปกติ ทำให้เม็ดเลือดแดงมีรูปร่างลักษณะผิดปกติ และเม็ดเลือดแดงแตกง่าย ก่อให้เกิดอาการซีดเรื้อรัง เหนื่อยง่าย ตัวเหลืองตาเหลือง ร่างกายพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงใหม่มาทดแทน ทำให้ตับม้ามโต ไชกระดูกซึ่งเป็นแหล่งสร้างเม็ดเลือดแดงต้องทำงานมากกว่าปกติ ไชกระดูกขยายตัว ทำให้กระดูกใบหน้าเปลี่ยน จมูกแบน โหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันบนยื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีภาวะการเจริญเติบโตไม่สมวัย ตัวเตี้ยกว่าเด็กวัยเดียวกัน จึงถูกเพื่อนล้อและไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ๆ จนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเล่นกีฬาบางอย่างร่วมกับเพื่อนได้⁽¹⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 1 ซึ่งส่วนใหญ่ต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง⁽²⁾ โดยเฉพาะในเด็กที่มีอาการซีดมากซึ่งในผู้ป่วยที่ซีดมากจำเป็นต้องรับเลือดเป็นประจำทำให้มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี

อาการรุนแรงของโรคที่หลากหลาย ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีอาการชืดมากตั้งแต่อายุน้อย ต้องได้รับการรักษาด้วยการรับเลือดเป็นประจำจนถึงผู้ป่วยที่มีอาการชืดเล็กน้อยจนแยกจากคนปกติได้ยาก ถ้าไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค ก็จะไม่ทราบว่าเป็นโรคนี้⁽³⁾

ในปัจจุบันจึงมีการแบ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามความรุนแรงของโรคโดยดูจากภาวะชืดและระดับฮีโมโกลบินจากการตรวจเลือด โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ชนิดเบต้าและแอลฟา ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะชนิดที่มีความรุนแรงมากจะทำให้เด็กมักเสียชีวิตตั้งแต่ออยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดออกมาได้ไม่นาน และเมื่ออายุประมาณ 3-6 เดือนมักมีอาการ อ่อนเพลีย ท้องบ่ง ตับม้ามโต ตัวเล็ก เต็บโตไม่สมอายุ กระดูกใบหน้าเปลี่ยนรูป ซึ่งในระยะยาวจะมีกระดูกเปราะหักง่าย และมีภาวะตัวชืดมากจนต้องได้รับเลือดเป็นประจำ จากอาการดังกล่าวจะทำให้เด็กต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกายและจากภาวะแทรกซ้อน⁽⁴⁾ และจิตใจอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมาชิกในครอบครัว และกลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่รัฐบาลจะต้องแก้ปัญหาต่อไป

จากสถิติเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่ต้องเข้ารับเลือดในโรงพยาบาลโพนพิสัย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561-2564 จำนวน 18, 24, 27 และ 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.18, 14.63, 16.46 และ 18.67 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดแอลฟา 23 ราย และเบต้าธาลัสซีเมียอีก 8 ราย เป็นต้น⁽⁵⁾ จากการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย พบปัญหาในการจัดบริการให้กับผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกิดความล่าช้าในการให้บริการ ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจที่ต้องรอคิวนานจนกว่าจะได้รับเลือดจากสาเหตุดังกล่าวประกอบกับการสำรวจความเข้าใจของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย พบว่า ผู้ปกครองของเด็กป่วยธาลัสซีเมียยังไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองก็ดูแลตนเองไม่ถูกต้องอีกด้วย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาและต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่า มีขั้นตอนในการรับเลือดในโรงพยาบาลหลายขั้นตอน ส่งผลต่อระยะเวลาารอคอยนานขึ้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ 80⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดบริการการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงจะสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทั้ง 3 ด้านด้วยกัน เช่น 1) การจัดการในด้านการให้บริการให้ผู้ป่วยได้รับเลือดโดยเน้นชนิด Leukocyte poor red cell (LPRC) ให้มีความปลอดภัยและป้องกันการเกิดอาการแพ้เลือด รวมทั้งมีการให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม เป็นต้น 2) ลดขั้นตอนการให้เลือด โดยให้เบ็ดเสร็จในวันเดียว (one day Services) การให้ยาขับเหล็กได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ลดระยะการรอคอยและให้ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยได้รวดเร็วสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ภายใน 1 วัน และ 3) การจัดการด้านบุคลากรให้มีผู้รับผิดชอบงานคลินิกเด็กธาลัสซีเมียให้ชัดเจน⁽⁷⁾ เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบฯ โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง Self and Family management Framework⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดของ Lean ทั้งนี้เพื่อการส่งเสริมให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนกับเด็กปกติทั่วไป ซึ่งถ้าหากเด็กมีการจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แล้ว จะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ขณะเดียวกันก็ส่งเสริม สนับสนุนผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กให้มีความสามารถในการจัดการและให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ตลอดจนสามารถสร้างความพึงพอใจต่อการบริการได้เพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย และศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ทฤษฎี Kemmis & Mc Taggart (1988)⁽⁹⁾ โดยใช้วงจรรอบ P-A-O-R ประกอบด้วย การวางแผน (plan) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของพื้นที่ การจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล 2) การปฏิบัติการ (action) โดยการดำเนินกิจกรรมตามแผน 3) การสังเกต (observation) ซึ่งเป็นการออกแบบระบบกำกับติดตามผลและประเมินผล 4) การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กป่วยธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 15 ปีที่ได้รับการตรวจยืนยันและวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีระดับความรุนแรง ตั้งแต่ระดับ moderate ถึง severe และได้รับการรักษาแบบ transfusion dependent thalassemia (TDT) ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอโพธาราม จำนวน 30 คน 2) ผู้ปกครองของเด็กป่วยธาลัสซีเมีย สามารถอ่าน เขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยธาลัสซีเมีย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. สำหรับผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุแรกเกิดถึง 15 ปี กรณีที่เด็กอ่านหนังสือไม่ได้ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย อายุที่ทราบว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย ความถี่ของการได้รับเลือด และประสบการณ์ที่ได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรค จำนวน 7 ข้อ

2. แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับมาก คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 10-19 คะแนน และระดับต่ำคะแนน 0-9 คะแนน

แบบสอบถามนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 1, 2, 3 และ 4 คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง การแปลผลคะแนนรวมเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวมเฉลี่ย 3.00-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมาก คะแนนรวมเฉลี่ย 2.00-2.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมปานกลาง คะแนนรวมเฉลี่ย 1.00-1.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมน้อย แบบสอบถามนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 และ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2. สำหรับผู้ปกครองของเด็กป่วยธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ศาสนา อาชีพ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา จำนวน 9 ข้อ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ เท่ากัน 5 ด้าน คือ 1) ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก 2) ขั้นตอนและระบบบริการ 3) ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ 4) เครื่องมือ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา และ 5) ความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด แปลผลคะแนนรวมเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3.51- 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด ตามลำดับ แบบสอบถามนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

3. เครื่องมือเชิงคุณภาพ เป็นแบบการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาประเด็นปัญหาจากการจัดบริการ

ระยะที่ 2 เป็นระยะพัฒนารูปแบบฯ โดยการประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย เช่น กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร จากนั้นวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดบริการ และปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วย ประกอบกับการนำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการในระยะแรก มาวางแผนในการพัฒนารูปแบบฯ ใช้แนวคิดตามทฤษฎี Kemmis & Mc Taggart (1988)⁽⁹⁾ โดยใช้วงจร P-A-O-R ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนบริบทคลินิกธาลัสซีเมีย มาทำเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน 2) การปฏิบัติตามแผน (action) โดยการปรับระบบการบริการในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Lean มาเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการรูปแบบใหม่ เช่น การลดขั้นตอน การให้บริการลดระยะเวลารอคอยในการรอรับบริการ ประกอบกับการจัดการฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

ให้กับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กป่วย โดยแบ่งฐานทำกิจกรรม ดังนี้ 1) ฐานให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย 2) ฐานการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้กับเด็กป่วยธาลัสซีเมีย และสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย 3) การสังเกตผล (Observation) การออกแบบระบบ การกำกับนิเทศโดยประชุมประจำเดือน นำเสนอผลการดำเนินการตามรูปแบบ 4) การสะท้อน/ทบทวน (Reflection) โดยการคืนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม (focus group) สะท้อนปัญหา การถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ หลังพัฒนารูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา แล้ววิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 15 /2565 ลงวันที่ 3 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยผลการศึกษาการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.0 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 6.6 ปี ร้อยละ 46.7 (อายุต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 12 ปี) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดแอลฟามากที่สุด ร้อยละ 90.0 ส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียเมื่ออายุ 2 ปี ร้อยละ 36.7 (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 7 ปี) โดยทุกคนได้รับเลือด 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 100 และมีประสบการณ์ได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 76.7 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ส่วนมากมีอายุไม่เกิน 35 ปี และ 36 ปีขึ้นไปเท่ากัน ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 36.8 ปี ร้อยละ 36.7 (ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 64 ปี) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.7 เท่ากัน ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะเป็นมารดา ร้อยละ 60.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 53.3 โดยส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน ร้อยละ 56.6 รายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.0 รองลงมาได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.0 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 90.0 เป็นต้น

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย เท่ากับ 15.0 คะแนน (IQR=2.0) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-16 คะแนน และหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เท่ากับ 15.0 คะแนน (IQR=2.3) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-17 คะแนน ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ มีระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ($p\text{-value} = 0.003$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ทั้งก่อนและหลังพัฒนา

กิจกรรมการพัฒนา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน (Q3:Q1)	Z	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรค						
ก่อนพัฒนา	30	13.6	2.9	15.0 (15.3:13.3)	-2.989	0.003
หลังการพัฒนา	30	14.3	2.2	14.0 (16.0: 13.8)		

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 76.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.9 คะแนน (SD.= 0.3) ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมาก ร้อยละ 90.83 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.71 คะแนน (SD.= 0.85) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ทั้งก่อนและหลังพัฒนา

กิจกรรมการพัฒนา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน (Q3:Q1)	Z	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนพัฒนา	30	2.9	0.3	0.06 (0.03:0.07)	-2.825	0.003
หลังการพัฒนา	30	3.71	0.85	0.10 (0.10: 0.13)		

3. ความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กป่วยธาลัสซีเมีย ที่มีการให้บริการ ก่อนการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีการให้บริการโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ทั้งในเรื่องของขั้นตอนการให้บริการและรูปแบบการให้บริการที่มีความเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.93. คะแนน (SD.= 0.74) หลังการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีการให้บริการโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ทั้งในเรื่องของขั้นตอนการให้บริการและรูปแบบการให้บริการที่มีความเหมาะสม ร้อยละ 93.33 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.73 คะแนน (SD.= 0.44) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้ปกครอง (n=30)

ข้อความ	ความพึงพอใจก่อน			ความพึงพอใจหลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับ
1. ขั้นตอนและรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม	2.93	0.74	ปานกลาง	3.73	0.44	มาก
2. ระบบการให้บริการ ระยะเวลารอคอย	3.00	0.82	ปานกลาง	3.57	0.50	มาก
3. ความสนใจ เอาใจใส่และความพร้อมในการให้บริการ	2.83	0.90	ปานกลาง	3.63	0.48	มาก
4. อุปกรณ์มีความทันสมัย	3.33	0.75	ปานกลาง	3.37	0.66	ปานกลาง
5. สถานที่ให้บริการเหมาะสม	3.17	0.69	ปานกลาง	2.80	0.91	ปานกลาง

วิจารณ์

จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย สามารถวิจารณ์ผลได้ ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาตามบริบทของคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยนั้น พบว่า การจัดบริการให้กับผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ยังไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเฉพาะงานชัดเจนซึ่งการดูแลผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นการหมุนเวียนมาให้บริการจากพยาบาลวิชาชีพจากงานผู้ป่วยนอก ในขณะเดียวกัน อัตรากำลังของพยาบาลงานผู้ป่วยนอกเองก็มีจำกัด จึงทำให้การบริการขาดความราบรื่น เพราะพยาบาลแต่ละคนต่างก็มีวิธีการในการบริการในแบบฉบับของตนเอง ไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่องในการดูแลในบางส่วนไป นอกจากนี้ในกระบวนการให้บริการเองก็ยังไม่ Flow chart หรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จะเห็นว่าการให้บริการมีหลายขั้นตอนด้วยกัน ซึ่งบางขั้นตอนสามารถรวบเข้ากันได้ จึงเป็นเหตุให้เกิดความล่าช้าในการรับบริการ ยังส่งผลให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มารับเลือดได้ในวันเดียว ซึ่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจที่ต้องรอคิวนานจนกว่าจะได้รับเลือด การให้ความรู้ทำกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผลความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปกครอง พบประเด็นสำคัญคือ ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจในหลักการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย และยังมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่จะส่งผลต่อการเรียนของบุตรหลานตนเองด้วย

2. จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการจัดระบบบริการ นำไปสู่การปรับปรุงการจัดบริการโดยการนำเอาแนวคิดของ Lean มาใช้เป็นแนวทางในการปรับขั้นตอนการบริการ ลดความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทคกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) มาใช้ในกระบวนการพัฒนาจนได้รูปแบบบริการแนวใหม่ ดังนี้ 1) จัดให้มีพยาบาลประจำคลินิกธาลัสซีเมีย 2) ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับบริการ 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินอาการและนำมาวางแผนการดูแลล่วงหน้า ช่วยลดระยะเวลาในระยะซักประวัติ คัดกรอง 3) มีการค้นประวัติข้อมูลการรักษาไว้ล่วงหน้าจากการจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยธาลัสซีเมียแทนการค้นประวัติจาก Hos-xp และใช้สมุดติดตามการนัดหมายในครั้งต่อไป 4) ปรับปรุงรูปแบบการส่งผู้ป่วยไปตรวจเลือด โดยการติดสัญลักษณ์ Thalassemia เพื่อใช้ในการสื่อสารกับห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการเพิ่มช่องทางด่วนในการตรวจเลือดและการเตรียมเลือดชนิดที่เป็นเม็ดเลือดแดงที่ถูกแยกเม็ดเลือดขาวออกด้วยวิธีการปั่น (LPRC: Leukocyte poor red cells) ทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดรวดเร็วขึ้น 5) เพิ่มระบบการดูแลในระยะรอผลตรวจเลือด โดยการเพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยที่มีค่า Hct<27% เข้าพบแพทย์ก่อนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเลือดเร็วขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีค่า Hct >27% ได้รับยาเร็วขึ้น 6) แพทย์จัดทำใบนอนโรงพยาบาลเป็นแบบ Standing Order แทนการเขียนแบบ Manual ซึ่งช่วยลดเวลาในการเขียนคำสั่งการรักษาของแพทย์ 7) ภายหลังการตรวจรักษา ได้ปรับปรุงรูปแบบให้พบพยาบาลทุกครั้ง เพื่อรับคำแนะนำการปฏิบัติตัว และมีการคัดแยกประเด็นการให้ความรู้ไว้ล่วงหน้า ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลมีการวางแผนในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยในการให้ความรู้ตรงตามสภาพปัญหาที่แท้จริง ส่งผลให้ลดระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยได้กลับบ้านได้เร็วขึ้น

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับเลือดนั้น ได้มีการจัดแบ่งส่วนของพื้นที่ของงานห้องคลอดมาให้บริการกับผู้ป่วยธาลัสซีเมียโดยเฉพาะ (Unit thalassemia) โดยเปิดให้บริการในวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวกให้กับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ปกครองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังวางแผนในการรับเลือดครั้งถัดไปโดยให้เจ้าหน้าที่จัดส่งสำเนา Doctor Order ของผู้ป่วยที่รับเลือดเสร็จแล้วไปที่ห้องปฏิบัติการเพื่อจองเลือดในครั้งต่อไป ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะช่วยในการบริหารจัดการเลือดของห้องปฏิบัติการได้ดียิ่งขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชา อารีเอื้อ, สงครามชัย ลีทองดี และสุนทร ยนต์ตระกูล (2560)⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในสถานบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง:กรณีคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการพัฒนาทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีคุณภาพยิ่งขึ้น

3. ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ดังนี้

1) ในด้านความรู้ ก่อนที่จะมีการปรับระบบบริการ พบว่า ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย มีระดับความรู้ค่าเฉลี่ย 13.6 ภายหลังพัฒนารูปแบบฯโดยการเพิ่มกระบวนการให้ความรู้กับผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองโดยทีมสหวิชาชีพในวันมารับบริการ มีการซักถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จะช่วยให้เด็กและผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนารูปแบบชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสารภี ดวงชู และคณะ (2557)⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่ต้องได้รับเลือดเป็นประจำ พบว่า การเสริมสร้างทักษะชีวิต

เกี่ยวกับโรคโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้เด็กและผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และทำให้หลังการพัฒนารูปแบบดังกล่าวมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่า ก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสุขศิริ ประสมสุข (2561)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของแม่ที่ดูแลบุตรที่เป็นธาลัสซีเมีย จังหวัดอุดรธานี พบว่า การพัฒนาจากสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง จะช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น

2) ด้านพฤติกรรม โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองได้มีความรู้ความเข้าใจและทราบการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองทั้งกับผู้ป่วยเด็กเองและผู้ปกครอง โดยทุกครั้งที่นั่งดหรือเข้ารับบริการ บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญในการซักถามหลักการปฏิบัติตัว ทบทวนความเข้าใจ และให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองได้อธิบายขั้นตอนในการดูแลตนเองให้ทราบ และประเด็นใดที่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองยังไม่เข้าใจ เจ้าหน้าที่ก็จะเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ให้ ก่อให้เกิดความคุ้นเคย ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้แบบตัวต่อตัวได้มากขึ้น จะเห็นได้จากค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2563)⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษารูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ที่พบว่า การจัดโปรแกรมให้เด็กสามารถช่วยให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น จะเห็นว่าโรคธาลัสซีเมียในเด็กเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และยังต้องมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่องด้วย ดังนั้น การสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องรวมทั้งมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น

3) ด้านความพึงพอใจของผู้ปกครอง พบว่า ก่อนพัฒนาผู้ปกครองเด็กป่วยธาลัสซีเมียมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา พบว่า มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ซึ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของวงเดือน ภาษา (2554)⁽¹³⁾ ที่ได้นำรูปแบบการบริหารจัดการดูแลโรคเรื้อรัง มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้สามารถลดระยะเวลารอคอยจากเดิมเฉลี่ย 5 ชั่วโมง เป็น 1.27 ชั่วโมง พบว่า หลังการพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานมีในระดับมากเพิ่มขึ้น และสอดคล้องการศึกษาของกิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ ที่กล่าวไว้ว่าเมื่อเงื่อนไขที่จำเป็น (needs) และเงื่อนไขที่เพียงพอ (expected) ถูกสนองความต้องการ (requirement) เมื่อนั้นก็จะเกิดความพึงพอใจ (satisfaction) ในงานวิจัยนี้ก็เช่นเดียวกัน เมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนอง ความต้องการที่เกิดจากเสียงสะท้อน และปัญหาในสถานการณ์จริง เช่นการปรับขั้นตอนและกระบวนการให้บริการ การจัดการบริการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งกระบวนการให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงในการร่วมวางแผนการออกแบบการจัดการบริการ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ นฤมล ธีระรังสิกุล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2558)⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่าสิ่งที่ช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง คือการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งช่วยให้สามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระบบบริการเพิ่มสูงขึ้น

จากการพัฒนารูปแบบบริการแบบใหม่ ตั้งแต่การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ ร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติตามแผน การประเมินผลและติดตาม ตลอดจนการสะท้อนข้อมูลและสิ่งที่เกิดขึ้นกลับไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง มี

การปรับปรุง เปลี่ยนแปลงระบบบริการ มีคลินิกเฉพาะ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน โดยได้มีการนำองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง chronic care model มาใช้ร่วมในการปรับปรุงแบบตามความต้องการและสิ่งที่จำเป็นเหมาะสมกับผู้รับบริการ และนำเครื่องมือคุณภาพ Lean มาใช้ในการปรับขั้นตอนการบริการ ลดความสูญเปล่าที่ไม่จำเป็นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้สามารถลดขั้นตอนจากเดิม 19 ขั้นตอน ใช้เวลา 18 ชั่วโมง ลดลงเหลือ 9 ขั้นตอน ใช้เวลา 11 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านในเวลา 18.00 น. จากรูปแบบเดิมได้กลับบ้านเวลา 01.00-03.00 น. ทำให้ต้องจำหน่ายผู้ป่วยในวันถัดไป ประกอบกับการได้รับความร่วมมือและร่วมแรงร่วมใจของทุกส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับเลือดแบบเบ็ดเสร็จในวันเดียว (One Day Services) ซึ่งสอดคล้องกับนงพรรณ พิริยานพงศ์ (2546)⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและได้มาซึ่งรูปแบบและคำตอบของการแก้ปัญหา ในการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการบริการใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชา อารีเอื้อ และคณะ (2560)⁽¹⁶⁾ ที่ได้นำแนวคิด Lean มาพัฒนารูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในสถานบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง กรณีคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทำให้ผู้รับบริการประทับใจการบริการ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ถ้าหากผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียได้รับบริการด้วยระบบการดูแลที่ดี ทั้งจากการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและสามารถปรับตัวให้อยู่กับโรคที่เป็นได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การได้รับความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบกับมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการไปในทิศทางเดียวกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลต่อการสร้างความประทับใจให้ผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ได้ทดลองให้บริการรูปแบบใหม่นำร่องโดยใช้พื้นที่ของงานห้องคลอด ก็สามารถสะท้อนคุณภาพบริการด้านผลลัพธ์ต่อความพึงพอใจได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาฯ ไปสื่อสารภายในองค์กร และได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลอื่น ๆ ในการเพิ่มคุณภาพบริการในการดูแลเด็กป่วยธาลัสซีเมียให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรขยายรูปแบบการดูแลให้ความรู้ไปยังบุคลากร และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและครอบครัว ซึ่งจะสนับสนุนในการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่ต้องการติดตามภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยดียิ่งขึ้น
3. ผู้บริหารควรมีนโยบายที่จะจัดเตรียมพื้นที่ในการจัดบริการให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการมีจุดบริการรับเลือดสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย จะส่งผลต่อการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อระบบบริการยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ โดยการได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาของโรงพยาบาลโพธิสัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุน และช่วยชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จราบรื่นไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประกริต รัชวัตร, นัยนา ภูม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1): 334-349.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. ข้อมูลทางสถิติของกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://tsh.or.th/Knowledge/Details/45>.
4. สุขุมล สิริพันธ์. ภาวะแทรกซ้อนทางต่อมไร้ท่อในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพัวเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563; 35(2): 431-440
5. สถิติข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลโพธิสัย. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพธิสัย 2561-2563. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโพธิสัย; 2563.
6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิสัย. ข้อมูลความพึงพอใจผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพธิสัย; 2564.
7. เขตสุขภาพที่ 8 อุตรธานี. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 8 อุตรธานี (Service Plan 2561 -2565);2561.
8. Grey M, Knaft K, & McCorkle R. A framework for the study of self and family Management of chronic conditions. Nurse outlook 2006; 54(5): 278-286.
9. Kemmis K, & McTaggart R. Participatory action research. Handbook of qualitative research. London: Sage; 2000.
10. สารภี ดั่งชู. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำโรงพยาบาล. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2557; 32(6): 25-46.
11. สุขศิริ ประสมสุข และคณะ. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของแม่ที่ดูแลบุตรที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย จังหวัดอุตรธานี. วารสารมนุษยและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี 2561; 5(7): 175-192.
12. ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และคณะ. รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 28(2): 27-39.
13. วงเดือน ฤาชา. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล 2554; 38(1): 31-41.

14. นฤมล อีระรังสิกุล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. ประสบการณ์การดูแลของเด็กที่เป็น โรคธาลัสซีเมีย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558; 23(4): 48-60.
15. นางพรรณ พิริยานุสรณ์. คู่มือวิจัยและพัฒนา: โครงการสวัสดิการวิชาการ. สถาบันพระบรมราชชนก: นนทบุรี; 2546.
16. อภิขญา อารีเอื้อ และคณะ. รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในสถานบริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง: กรณีคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25(4): 42-50.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟาริน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

The Development of a Care Model for Patients Receiving Warfarin Drug

Phon Phi sai Hospital, Nong Khai Province.

ศิริวรรณ สิงห์ศิริ พย.บ.

Siriwan Singhasiri, (B.N.S.)

เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ พย.บ.

Penjan Homehong, (B.N.S.)

ณัฐพล มุลศรี ภ.บ.

Nattapong Moonsri, (Pharm.D.)

โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย

Phon Phi sai Hospital, Phon Phi sai District,

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province.

(Received: 3 June 2023, Revised: 12 September 2023, Accepted: 18 November 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟาริน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงกับผู้ป่วยในคลินิกแวการ์ฟาริน จำนวน 30 คน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟาริน ระยะดำเนินการ และระยะการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรู้การใช้ยาแวการ์ฟาริน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลผลตรวจเลือดหาค่า INR วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัย

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยคลินิกแวการ์ฟาริน ประกอบด้วย 1) การจัดระบบบริการในคลินิก 2) ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วย 3) กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟารินทุกโรคโดยมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาที่ชัดเจน 4) การให้คำปรึกษาการใช้ยารายบุคคลโดยเภสัชกร 5) จัดสื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหาร 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน 7) มีระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย ผลจากการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยได้เรียนรู้หลักการใช้ยาที่ถูกต้องและใช้ยาได้เหมาะสม จนทำให้ค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลต่อการรักษา และช่วยลดอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น มีความพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาแวการ์ฟารินก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้ป่วย, ยาแวการ์ฟาริน

ติดต่อผู้พิมพ์: ศิริวรรณ สิงห์ศิริ **อีเมล:** Siri_wan2512@hotmail.com

Abstract

This action research aimed to development of a Care Model for Patients Receiving Warfarin Drug in Phon Phi sai Hospital, Nong Khai Province. The sample was obtained through purposive selection of 30 patients in the warfarin clinic. The study was carried out in three phases; situational analysis of the care patients receiving warfarin, implementation of the care model, and evaluation. Data were collected using in-depth interviews, group discussions, knowledge assessments on warfarin uses, a satisfaction assessment form, and a form for recording blood test results and INR values. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics. A content analysis was used to examine and interpret qualitative data.

The results found that the model for caring for warfarin clinic patients consists of: 1) Development of a service system in the Warfarin clinic 2) Implementation of an interdisciplinary team care 3) Establish guidelines for viewing patients receiving warfarin for all diseases with clear indications for use 4) Individual medication counseling by pharmacists 5) Providing media to advise about food 6) Home visits 7) There is a system for providing advice to clients. The results from the development of the model found that: patients have learned the principles of correct medication use and had appropriate behavior in using the medicine until they could manage themselves well, causing the INR value to be in a range that positively affected treatment and reduced the incidence of adverse reactions. The patients were more satisfied with the improved service, and when comparing their knowledge about the use of Warfarin before and after the development of the model, there was a significant difference ($p < 0.001$).

Keywords: model development, patient care, warfarin

Corresponding author: Siriwan Singhasiri **E-mail:** Siri_wan2512@hotmail.com

บทนำ

ยาตัวฟาริน เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ (new oral anticoagulants, NOACs) ที่มีความจำเป็นในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ขณะเดียวกันก็มีความเสี่ยงค่อนข้างมากที่จะก่อให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงและเสียชีวิตได้⁽¹⁾ แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาตัวฟารินก็เป็นยาที่นิยมใช้กันในการป้องกันและรักษาการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การเกิดลิ่มเลือดในปอด การเกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะห้องหัวใจบนเต้นผิดจังหวะ รวมทั้งผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจพิการ ผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดในสมอง และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁽²⁾ และในการประเมินประสิทธิภาพของยาตัวฟาริน ที่ใช้ในการรักษา จะพิจารณาจากค่า International Normalized Ratio (INR)

โดยเป้าหมายที่เหมาะสม คือ 2-3 เท่า ยกเว้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดเครื่องจักรกล จะมีค่าเป้าหมายอยู่ในช่วง 2.5-3.53 จะเห็นวาระดับ INR ที่สูงกว่าเป้าหมายนั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ และถ้าหากระดับ INR ที่ต่ำกว่าเป้าหมายก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ และในการปรับขนาดยา รวมทั้งการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย⁽³⁾ ดังนั้นการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดจึงจำเป็นต้องควบคุมระดับยาในเลือด (international normalized ratio: INR) ให้คงที่ในช่วงที่มีผลต่อการรักษา เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคตามต้องการ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา ปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาด้วย เพราะจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากยาได้⁽⁴⁾

โรงพยาบาลโพธิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง รับผิดชอบประชากร 93,391คน และรับผู้ป่วยโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลรัตนวาปี และโรงพยาบาลเฝ้าไร่ จากข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องควบคุมระดับ INR ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องควบคุมระดับ INR อยู่นอกช่วงเป้าหมาย จำนวน 374, 309 และ 360 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.50, 42.32 และ 49.18 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ 14 ราย⁽⁵⁾ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ทีมดูแลรักษาผู้ป่วย (PCT: Patient Care Team) ได้นำรายงานอุบัติการณ์ไปทบทวนอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง, มีจุดจ้ำเลือดที่ผิวหนัง, เหนื่อยง่าย, แน่นหน้าอก และยังมีระดับยาในเลือดมีค่า INR มากกว่า 3 ถึงร้อยละ 28.57 และระดับยาในเลือดมีค่า INR น้อยกว่า 2 ถึงร้อยละ 7 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมารับยาไม่ต่อเนื่อง มีประวัติใช้ยาสมุนไพรและ ทานอาหารที่เสริมฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประกอบกับมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา รับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ และรับประทานสมุนไพรที่เป็นอันตรายกับยา ซึ่งส่งผลให้มีค่า INR สูงหรือต่ำได้ จึงทำให้พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาหลายอย่าง เช่น เลือดออกตามไรฟัน, มีจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง, เลือดออกในลูกตาขาว, ปวดศีรษะ เป็นต้น ดังนั้นในการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดจึงจำเป็นต้องควบคุมระดับยาในเลือด (INR) ให้อยู่ในช่วงคงที่จึงจะผลดีต่อการรักษา⁽⁶⁾ มากยิ่งขึ้น

จากอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกยารักษาโรค ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่อาจส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยพบปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ทางด้านระบบการให้บริการผู้ป่วย ที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ขาดระบบการประสานงานที่เชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่ 2) ด้านผู้ป่วยเอง ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โรงพยาบาลโพธิสัยขึ้น ทั้งนี้เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากที่สุด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยทำการศึกษาที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kermis, S & Mc Tagart, R. (1988)⁽⁷⁾ มาเป็นแนวทางในการพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติการ และระยะการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟารินที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจากโครงการวิจัยได้ และมีเกณฑ์คัดออกจาก (Exclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟารินที่มีค่า INR ไม่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด 2) ผู้ป่วยยังมีการตรวจรับยาและติดตามอาการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายอยู่ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนเสร็จสิ้นโครงการฯ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน จำนวน 10 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์จำนวน 2 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน และเภสัชกร จำนวน 3 คน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายการที่ใช้ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

2) แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการใช้อย่างวาร์ฟาริน มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์การแปลผลคำตอบ ดังนี้ “ข้อความที่ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน” “ข้อความที่ตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน” การแปลผลจากคะแนนที่ได้ โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของบลูม⁽⁸⁾ ดังนี้ ระดับความรู้สูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 – 100 (คะแนนตั้งแต่ 10-12 คะแนนขึ้นไป) ระดับความรู้กลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 7-9 คะแนน) ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน)

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค เห็นด้วย มาก ปานกลาง น้อยและไม่เห็นด้วยเลย เท่ากับ 3 2 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนที่ได้ ดังนี้ ค่าคะแนน 2.67–3.00 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมในการปฏิบัติการระดับดี ค่าคะแนน 1.67 –2.66 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมในการปฏิบัติการระดับปานกลาง ค่าคะแนน 1.00 –1.67 คะแนน หมายถึง ความเหมาะสมในการปฏิบัติการระดับไม่ดี

4) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยและครอบครัว ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ การแปลผลความโดยใช้อันตรภาคขั้น⁽⁹⁾ ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุดเท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ฟังพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ฟังพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ฟังพอใจระดับมากที่สุด

5) แบบประเมินระดับค่า INR โดยพิจารณาจากช่วงของการรักษาและอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาว่า โดยใช่คาร์ยอลและค่าเฉลี่ยมาเป็นเกณฑ์ในการประเมิน

2. เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกการฟาริน ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ในโรงพยาบาลหรือแผนก และตำแหน่งปัจจุบัน เป็นต้น

2) แบบสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาริน ใน 3 ประเด็น คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ และระบบการเชื่อมต่อข้อมูลการบริการ เป็นต้น

3) แบบการสังเกตการปฏิบัติงานในคลินิกการฟาริน ลักษณะข้อคำถามเป็นระดับความถี่ในการปฏิบัติมาก ปานกลาง น้อยและไม่ทำเลย เท่ากับ 3 2 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ คะแนนอยู่ที่ 0-3 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 2.67-3.00 หมายถึง การปฏิบัติการระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.66 หมายถึง การปฏิบัติการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง การปฏิบัติการระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยพิจารณาจากค่า CVI ที่อยู่ในช่วง 0.67-1.00 นำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่อง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87, 0.88, 0.85 เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาฟารินกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการดูแล เก็บข้อมูลปฏิบัติการผู้ป่วยที่ได้รับยาฟารินมีภาวะแทรกซ้อน 3 ปี ย้อนหลัง และคืนข้อมูลให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบประเด็นปัญหา จากนั้นนำประเด็นปัญหาทั้งหมด มาพิจารณาเพื่อหาแนวทางหรือรูปแบบในการดำเนินงานต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดังนี้

1) โดยประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย และทิศทางการดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2) จัดอบรมเตรียมความพร้อมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาริน ด้านความรู้เรื่องโรคที่เกี่ยวข้อง การจัดการยาฟาริน และการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาริน

3) สุ่มแฟ้มประวัติผู้ป่วยในคลินิกการฟารินอย่างง่ายจำนวน 15 คน มาทบทวนวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับยา ได้แก่ อายุ อาหาร เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สภาวะร่างกายของผู้ป่วยหรือโรคร่วม

4) ยกวางแผนทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน เช่น

- จัดทำเอกสารให้คำแนะนำเรื่องอาหาร
- จัดทำรูปแบบส่งต่อข้อมูลเพื่อวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม
- กำหนดบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรในทีม พร้อมขั้นตอนการทำงาน
- นิเทศทางคลินิกขณะปฏิบัติงาน
- ประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงานประจำวัน

จากนั้นนำรูปแบบไปดำเนินการให้บริการกับผู้ป่วยในคลินิก โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นผู้นำทางคลินิก ทำหน้าที่ในการจัดการดูแล และประสานการดูแลทั้งหมด

ระยะที่ 3 การประเมินผลภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลในระยะที่ 2 โดยการประชุมกลุ่มเพื่อ มาวิเคราะห์ร่วมกัน ประเมิน สิ่งที่เปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ ลักษณะและเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง โดยการ ประเมินจากระบบบริการ ได้แก่ การปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิก การใช้แนวปฏิบัติ และสื่อสาร และติดตามอาการไม่พึงจากประสงค์จากการใช้ยา การให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาลและ เครือข่าย จากนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินชุดเดิมทั้งก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ และ ประเมินคุณภาพบริการจากการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา อธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 7/2564 โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูล รวมทั้งการ ตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใด ๆ การเก็บข้อมูลที่ได้ จากการวิจัยเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาที่คลินิกอาร์ฟาริน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 57.80 ปี มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 จบการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 ผู้ป่วยมีโรคหลัก คือ Atrial Fibrillation ร้อยละ 56.7 และ VHD ร้อยละ 33.3 จำนวนยาที่รับประทาน 5-6 ชนิด ร้อยละ 50 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 3.3 และเคยดื่มสุราแต่ปัจจุบันเลิก ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ

กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีช่วงอายุระหว่าง 30-40 ปี อายุเฉลี่ย 37.42 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 80 มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ 40 เป็นเภสัชกร ร้อยละ 30 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 30 เป็นต้น

2. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาในคลินิกวาร์ฟาริน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยฯ พบประเด็นปัญหาอยู่หลายประการ เช่น

1) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การรักษาผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน คือ มีการกำหนดค่า INR นอกช่วงเป้าหมายไม่ชัดเจน และยังไม่กำหนดค่า INR ที่ต้องรายงานแพทย์ทันที ในขณะที่เดียวกันการปรับขนาดยาของแพทย์ก็ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

2) ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยา จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไม่เหมาะสม ทานอาหารที่เป็นอันตรายกับยา และการไม่มาตามแพทย์นัด จนทำให้ระดับ INR อยู่นอกช่วงเป้าหมายและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3) ด้านการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้รับบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการประสานงานที่เชื่อมโยงเครือข่ายในการส่งต่อและให้การดูแลต่อเนื่อง

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลโพธิ์สัญ ประกอบด้วย

1) การให้บริการผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะคลินิกวาร์ฟาริน โดยกำหนดลักษณะการบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) ตั้งแต่ขั้นตอนการยื่นบัตรนัด จนกระทั่งรับยากลับบ้าน ประกอบด้วย

- 1) การคัดกรองผู้ป่วย
- 2) การค้นหาปัญหาด้านการใช้ยาและพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อระดับยาในเลือด
- 3) การประเมินระดับยาในเลือดโดยการเจาะหาค่า INR และคัดกรองความแรงดาวน์ในการดูแล
- 4) การตรวจรักษาและคำนวณขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยแพทย์
- 5) การบริหารทางเภสัชกรรมโดยตรวจขนาดยาซ้ำ
- 6) การจ่ายยา
- 7) การออกนัดในครั้งต่อไป
- 8) การติดตามผู้ป่วย

2) ทีมสหวิชาชีพมี CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ สำหรับแพทย์ และสำหรับเภสัชกร ใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3) มีระบบตรวจสอบ (check List) ค้นหาภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน

4) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา จะเพิ่มช่องทางด่วนส่งตรวจเลือด

5) ส่งเข้าพบแพทย์อายุรกรรมทุกโรคที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

6) มีแนวทางการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยารายบุคคลโดยเภสัชกร

7) มีแบบฟอร์มใบส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลลูกข่าย ในการบริการผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลหรือเดินทางเข้ารับบริการที่คลินิกลำบาก จะจัดระบบให้โรงพยาบาลลูกข่ายได้รับการปรึกษาโดยตรงจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีผู้ป่วยที่ค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลรัตนวาปีหรือ โรงพยาบาลเฝ้าไร่ โรงพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงประจำคลินิกวาร์ฟารินทำหน้าที่ในประสานส่งต่อข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่และทีมการดูแลในพื้นที่ออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วย

4. ผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับยาแวนิลาฟาริน พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาแวนิลาฟารินส่วนใหญ่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือมีความรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40 และหลังพัฒนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.7 ไม่พบผู้ป่วยมีความรู้ระดับต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีค่าคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยในการใช้ยาแวนิลาฟาริน และการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (< 6 คะแนน)	12	40	0	0
ระดับกลาง (7-9 คะแนน)	18	60	16	53.3
ระดับสูง (10-12 คะแนน)	0	0	14	46.7

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยาแวนิลาฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30) เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาแวนิลาฟารินมากขึ้น และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	6.53	0.73	29	17.65	<.001
หลังการพัฒนา	9.3	0.75			

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2) ด้านทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า ก่อนพัฒนาผู้ป่วยมีทัศนคติและรับรู้ความเสี่ยงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี และภายหลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรค/รับรู้ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
ท่านทราบว่าโรคที่เป็นมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้	2.16	0.70	ปานกลาง	2.53	0.78	ปานกลาง
ยาแวนิลาฟารินช่วยลดความเสี่ยงการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	1.63	0.49	ไม่ดี	2.03	0.56	ปานกลาง

ต่อตารางที่ 3 แสดงทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรค/รับรู้ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
ยารพารินช่วยลดความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดต่าง ๆ จากร่างกายได้	1.67	0.55	ไม่ดี	1.90	0.10	ปานกลาง
ยารพารินส่งผลทำให้เลือดออกในร่างกายนได้	1.53	0.51	ไม่ดี	2.00	06.4	ปานกลาง

3) ระดับค่า INR ก่อนการพัฒนา พบว่า ต่ำกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 63.33 สูงกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 36.67 และภายหลังพัฒนา พบว่า ระดับค่า INR อยู่ในเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 66.66 นอกนั้น อยู่สูงและต่ำกว่าเป้าหมายอย่างละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 16.67 แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับค่า INR ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 30)

กิจกรรมการพัฒนา	ต่ำกว่าเป้าหมาย		อยู่ในเป้าหมาย		สูงกว่าเป้าหมาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนพัฒนา	19	63.33	0	0	11	36.67
หลังพัฒนา	5	16.67	20	66.66	5	16.67

4) อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารพาริน พบว่า ก่อนพัฒนาอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารพารินกับผู้ป่วย จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.58 หลังพัฒนาพบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารพารินลดลงเหลือ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.57 และมีระยะรอคอยรอตรวจเลือด การรอรับยา และรอคอยบริการโดยภาพรวมในโรงพยาบาล ลดลงเหลือเฉลี่ย 30.2, 33.5 และ 17.28 นาที ตามลำดับ

5) ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ก่อนดำเนินการใช้รูปแบบผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกยารพารินมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกยารพารินมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกยารพาริน (n= 30)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
1.ด้านพยาบาลผู้ให้การดูแล						
- การซักประวัติการเจ็บป่วยครอบคลุม	3.19	0.48	ปานกลาง	3.43	0.50	มาก
- ได้รับการตอบสนองทันที	3.19	0.48	ปานกลาง	3.36	0.49	ปานกลาง

ต่อตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน (n= 30)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
- ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	3.32	0.51	ปานกลาง	3.46	0.51	มาก
- เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก/รับฟัง	3.32	0.51	ปานกลาง	3.36	0.49	มาก
- ให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ	3.19	0.48	ปานกลาง	3.41	0.49	มาก
เฉลี่ยรวม	3.19	0.48	ปานกลาง	3.41	0.49	มาก
2. ด้านแพทย์ผู้ให้การรักษา						
- ให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	3.32	0.51	ปานกลาง	3.41	0.49	มาก
- การตรวจร่างกายรักษาเหมาะสม	3.19	0.48	ปานกลาง	3.36	0.49	มาก
- สนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	3.19	0.48	ปานกลาง	3.33	0.47	มาก
- ได้รับการอธิบายรายละเอียด	3.19	0.48	ปานกลาง	3.36	0.49	มาก
- เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.19	0.48	ปานกลาง	3.33	0.47	มาก
เฉลี่ยรวม	3.19	0.48	ปานกลาง	3.41	0.49	มาก
3. ด้านเภสัชกรให้คำปรึกษาการใช้ยา						
- ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา	3.36	0.49	ปานกลาง	3.50	0.51	มาก
- วิธีและเวลาที่รับประทานยา และในกรณีลืมรับประทานยา	3.19	0.48	ปานกลาง	3.43	0.50	มาก
- ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร	3.32	0.51	ปานกลาง	3.50	0.51	มาก
- ให้คำแนะนำเรื่องออกกำลังกาย	3.19	0.48	ปานกลาง	3.43	0.50	มาก
เฉลี่ยรวม	3.32	0.51	ปานกลาง	3.45	0.50	มาก
4. ด้านระยะเวลาในการให้บริการ						
- ระยะเวลารอคอยตรวจมีความเหมาะสม	3.19	0.48	ปานกลาง	3.50	0.51	มาก
- ระยะเวลารอผลการตรวจเลือด	3.19	0.48	ปานกลาง	3.43	0.50	มาก
- ระยะเวลารอรับยา	3.19	0.48	ปานกลาง	3.43	0.50	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวม 4 ด้าน	3.19	0.48	ปานกลาง	3.43	0.50	มาก

6) ด้านการปฏิบัติของบุคลากรในการให้บริการดูแลผู้ป่วย ๆ ก่อนพัฒนาฯ พบว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับไม่ดี สำหรับกลุ่มแพทย์และเภสัชกร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังพัฒนาฯ พบว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกลุ่มแพทย์และเภสัชกร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีขึ้น แสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ประเมินการปฏิบัติของบุคลากรที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย ฯ ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 10)

ให้บริการดูแลผู้ป่วย ฯ ของบุคลากร	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
การปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ						
- ประเมินสัญญาณชีพ/อาการแสดง	2.53	0.78	ปานกลาง	3.00		ดี
- ชักประวัติ /ค้นหาภาวะเลือดออก	1.67	0.55	ไม่ดี	2.00		ปานกลาง
-การดูแลผู้ป่วยผลเลือด INR ผิดปกติ	1.53	0.51	ไม่ดี	2.00		ปานกลาง
- การวางแผนจำหน่าย	1.33	0.57	ไม่ดี	2.53	0.78	ปานกลาง
การปฏิบัติสำหรับแพทย์						
- การติดตามค่า INR	2.50	0.57	ปานกลาง	2.53	0.78	ปานกลาง
- การปรับขนาดยา ให้ค่า INR อยู่ใน	2.53	0.78	ปานกลาง	3.00		ดี
เกณฑ์เป้าหมาย						
- ประสานทีมที่เกี่ยวข้องดูแลร่วม	2.16	0.70	ปานกลาง	2.75	0.50	ดี
การปฏิบัติสำหรับเภสัชกร						
- อธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา	2.53	0.78	ปานกลาง	3.00		ดี
- การปฏิบัติตัว กรณีลืมรับประทานยา	2.53	0.78	ปานกลาง	2.67	0.57	ดี
- ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร	2.53	0.78	ปานกลาง	2.93	0.27	ดี
- คำแนะนำเรื่องออกกำลังกาย	1.67	0.55	ไม่ดี	2.00		ปานกลาง

วิจารณ์

1.จากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาในคลินิกวารฟาริน พบประเด็นปัญหาอยู่หลายประการ เช่น

1) ด้านผู้ให้บริการ ยังไม่พบแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาในคลินิกวารฟารินมีค่า INR อยู่นอกเป้าหมาย รวมทั้งแนวทางในการรักษาไม่เป็นไปในทิศทางแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับเกษร สังข์ฤกษ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวารฟาริน ในคลินิกวารฟารินในโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า มีระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลต่อการรักษาที่ย่ำแย่ และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสูง ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการจัดการตนเองไม่เหมาะสม รวมทั้งความร่วมมือในการใช้ยาเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา การเฝ้าระวังและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน

2) ด้านผู้รับบริการ พบว่า ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาวารฟาริน และการปฏิบัติไม่เหมาะสมตามคำแนะนำ จึงเป็นสาเหตุก่อให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ และสอดคล้องกับวันเพ็ญ มุลอินตะ⁽¹¹⁾ พบว่า การให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง และไม่มีแนวทางที่ชัดเจนทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ใช้ยาวารฟาริน ในการพัฒนาระบบบริหารผู้ป่วยโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ในคลินิกวารฟารินทำให้ประสิทธิภาพในการควบคุม INR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

3) ด้านการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้รับบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการประสานงานที่มีความเชื่อมโยง

เครือข่ายในการส่งต่อและให้การดูแลต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่ขาดนัด จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้ที่บ้านผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกเป้าหมายได้ สอดคล้องกับพระพงศ์ ภูบาล⁽¹²⁾ ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาฟาร์รินและการพัฒนาระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาฟาร์รินในระดับปฐมภูมิพบว่า การมีระบบการส่งต่อข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วย การให้สุขศึกษาและสนับสนุนการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และพึ่งพาตนเองได้

2. รูปแบบการพัฒนาฯ หลังใช้รูปแบบไปแล้วมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาฟาร์ริน พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาฟาร์รินเพิ่มขึ้น ทำให้การดูแลตนเองและปฏิบัติตัวที่บ้านมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น จนสามารถจัดการตนเองจนทำให้ค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธรชาติ ฉันทภักขารักษ์⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin โดยเภสัชกร โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์พบว่า การให้ความรู้หรือคำแนะนำโดยเภสัชกรช่วย เพิ่มความรู้และความเข้าใจเรื่องยาแก่ผู้ป่วย และสอดคล้องกับศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า การให้ความรู้และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลนั้น จะทำให้การรักษาด้วยยาฟาร์รินมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) ด้านทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรคดีขึ้น ส่งผลต่อการความร่วมมือในผู้ป่วยต่อการใช้ยาและรับประทานยาตรงตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติกานต์ กาลเทศ⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยธร โยมศรีเคน และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ INR และการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาร์รินในโรงพยาบาลวารีนาบ พบว่า การใช้ยาอื่นร่วมมากกว่า 3 ชนิด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ INR ให้อยู่นอกช่วงเป้าหมาย เช่นเดียวกับการศึกษาของศุภปริณญ์ สงสุวรรณ และคณะ⁽¹⁶⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ INR และประสิทธิผลของการให้กลองยาต่อ ความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับ INR ในผู้ป่วยที่ใช้ยาฟาร์รินพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับ INR ที่ดีกว่า ได้แก่ สถานภาพมีคู่สมรส ระดับการศึกษาที่สูง และผู้ป่วยรายเก่า

3) ระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษา ภายหลังจากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่างแล้ว พบว่า ระดับค่า INR มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jack Ansell et al⁽³⁾ ได้ศึกษาเภสัชวิทยาและการจัดการตัวต้านวิตามินเค พบว่า การประเมินประสิทธิภาพของยาฟาร์ริน ในการรักษาจะพิจารณาจากค่าการแข็งตัวของเลือด INR เป้าหมายที่เหมาะสมคือ 2-3 ระดับ INR ที่สูงกว่าเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ ระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายอาจก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การปรับขนาดยา และการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับวันเพ็ญมุลอินตะ⁽¹¹⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการบริบาลผู้ป่วยในคลินิกฟาร์ริน โรงพยาบาลพะเยา พบว่าใน

การพัฒนาระบบบริหารผู้ป่วยโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ในคลินิกฟารินทำให้ประสิทธิภาพในการควบคุม INR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

4) อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาริน ภายหลังจากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่างแล้ว พบว่า อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟารินลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชร สังข์ฤกษ์และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาฟาริน จะทำให้ระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง อัตราการเกิดปัญหาด้านการใช้ยาลดลง เช่นเดียวกับสอดคล้องกับ Elaine Chiquette et al⁽⁴⁾ พบว่าการพัฒนาวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนจากยา

5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกฟารินของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากการมีระบบการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา และได้รับคำแนะนำปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร มีการเชื่อมโยงเครือข่ายในการส่งต่อและให้การดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของพีระพงศ์ ภูบาล⁽¹²⁾ ที่พบว่า การให้สุขศึกษาและสนับสนุนการดูแลตนเอง 3) ระบบสารสนเทศทางคลินิกและนโยบาย 4) ระบบการติดตาม อาการไม่พึงประสงค์และการติดตามการขาดนัด 5) การอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และสนับสนุน การตัดสินใจทางคลินิก 6) ระบบการให้คำปรึกษาและประสานงาน เมื่อนำระบบที่พัฒนาไป ดำเนินการ 1 เดือนพบว่า ผู้เกี่ยวข้องทุกคนพึงพอใจต่อระบบ จุดเด่นคือ ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และพึ่งพาตนเองได้ และการมีส่วนร่วมของทุกส่วน จุดด้อยคือขาดการประชาสัมพันธ์ และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่จากโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับจังหวัดและระดับเขต ซึ่งคล้ายคลึงกับเพชร สังข์ฤกษ์และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า เมื่อระดับค่า INR ให้อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้นจะทำให้อัตราการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลงและปัญหาในด้านการใช้ยาลดลงด้วย ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการบริการ เพิ่มขึ้นตามมา เช่นเดียวกับติยารัตน์ ภูติยา⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้ป่วย จะทำให้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองถูกต้องมากขึ้น ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อและส่งผลดีต่อการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

6) การปฏิบัติของบุคลากรที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกฟารินของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย พบว่า การปฏิบัติของบุคลากรของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกลุ่มแพทย์และเภสัชกรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของติยารัตน์ ภูติยา⁽¹⁷⁾ พบว่า การมีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกรวมถึงการสนับสนุนด้านวัสดุและอุปกรณ์ที่ส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพผล และคล้ายคลึงกับวิไลวรรณ เจริญผลดี และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับการปฏิบัติตัวสม่ำเสมอปานกลาง ส่วนคะแนนรายด้าน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับการปฏิบัติตัวสม่ำเสมอมาก ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ และการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับการปฏิบัติตัวสม่ำเสมอปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .79, P < .01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเอารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาว่าฟารินที่พัฒนาขึ้น นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน
2. การจัดทำสื่อให้คำแนะนำให้กับผู้ป่วยที่หลากหลายรูปแบบ เช่น แผ่นพับ สื่อรูปแบบคลิปสั้น ๆ ทั้งการใช้ยา การเลือกรับประทานอาหาร กิจกรรมต่าง ๆ และอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยิ่งขึ้น
3. ทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยควรมีระบบที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลลูกข่าย เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และมีไลน์กรุป แพทย์รับปรึกษากับโรงพยาบาลลูกข่าย ซึ่งหลังจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว จะมีใบส่งต่อ (ระบุปัญหาต่างที่ต้องติดตาม) ไปที่ศูนย์ต่อแลต่อเนื่องเพื่อประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และระบบเชื่อมต่อกับชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่คลินิกว่าฟารินทุกท่าน และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการ แข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน.[อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค.2564] เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/column1292154183/warfarin_Guideline%281%29.pdf
2. นิตยสุภา วัฒนชัย, สุทธิดา แก้วมุงคุณ. เภสัชวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองของยาว่าฟาริน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(2):189-99.
3. Ansell J, Hirsh J, Poller L, Bussey H, Jacobson A, Hylek E. The Pharmacology and Management of the Vitamin K Antagonist. Chest 2004; 126: 204-33.
4. Chiquette E, Amato MG, Bussey HI. Comparison of an anticoagulation clinic with usual medical care. Arch Intern Med 1998; 158: 1641-47.
5. สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย. รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย. 2564.
6. พุทธชาติ ฉันทภัทรกรกู. ผลการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2560 ; 2(1): 59-67.
7. Kermis, S & Mc Taggart, R. The Action Research Planer (3rd ed). Victoria: DeakinUniversity; 1988.
8. Bloom, B.S. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. Los Angeles. University of California at Los Angeles; 1971.

9. ชูใจ คูหารัตนไชย. สถิติเบื้องต้น ภาควิชาสถิติประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร. กรุงเทพฯ ; 2542.
10. เกษร สังข์ฤทธ, ทศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีตาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนฟาริน โรงพยาบาลสกลนคร.วารสารสมาคมพยาบาล 2564; 2(1): 96-106.
11. วันเพ็ญ มูลอินตะ. การพัฒนาระบบการบริบาลผู้ป่วยในคลินิกแวนฟาริน โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2562; 11(2): 1-8.
12. พิระพงศ์ ภูบาล. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาแวนฟารินและการพัฒนาระบบการติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาแวนฟารินในระดับปฐมภูมิ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2563.
13. ศุกลี ข้อยชาญชัยกุล, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุภาณี กาญจนจारी. การใช้ยาแวนฟารินในผู้สูงอายุ. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี 2551; 14(3) :366-82.
14. ฐิติกานต์ กาลเทศ. ศึกษาความร่วมมือในการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือดของ .วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2557; 22(2) :1-12.
15. พิทยาธร โยมศรีเคน, ทิพย์วาทิ ธัญญะวัน, รชตะ มังกรแก้ว, รณชัย ชมเมือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับINR และการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนฟารินในโรงพยาบาลวารินชำราบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13(1) :303-9.
16. ศุภปริยงค์ แสงสุวรรณ, สัจจาภรณ์ ทองใบ,ปิยะภรณ์ กางกั้น ,ศศิภา อภิสกุลโรจน์, วิระพล ภิมาลย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับ INR และประสิทธิผลของการให้กลองยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมระดับ INR ในผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนฟาริน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 11(1) :51-9.
17. ดิยารัตน์ ภูติยา. การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในคลินิกแวนฟาริน โรงพยาบาลโขงเจียม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2566; 12(1): 58-66.
18. วิไลวรรณ เจริญผลดี, กนกพร แจ่มสมบุญ, บุปผาวัลย์ ศรีล้ำ, นวรัตน์ สุทธิพงศ์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2551; 19(1) :36-45.

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มผู้พิการ
เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร

Network development of social care Disabled Persons to support the primary
health care system Sakon Nakhon Hospital.

นิชาพร ศรีนุต สส.บ.
โรงพยาบาลสกลนคร

Nichaporn Srinutta, (B.S.W.)
Sakonnakhon hospital

(Received: 15 August 2023 , Revised: 17 November 2023 , Accepted: 22 November 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มผู้พิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงกับผู้พิการที่พักอาศัยในพื้นที่ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามของแพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์ (Social Telecare Platform) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้พิการมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้าน ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม และต้องการการสนับสนุนทางสังคม แบ่งผู้พิการเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มสีเขียว คือ ผู้พิการที่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการของรัฐขั้นพื้นฐาน 2) กลุ่มสีเหลือง คือ ผู้พิการที่มีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ในการเคลื่อนไหว และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3) กลุ่มสีแดง คือ ผู้พิการที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน ผลจากการพัฒนา พบว่า ผู้พิการได้รับการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิต ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นผู้ประสานงาน กับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิและในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการเชื่อมโยงศูนย์บริการคนพิการเพื่อให้การช่วยเหลือหลาย ๆ ด้าน และจากการใช้ระบบของแพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์เข้ามาช่วยในการบันทึกข้อมูล ผู้พิการ ทำให้แก่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และทีมสหวิชาชีพทางด้านสุขภาพ สามารถบริหารจัดการนำข้อมูลตลอดจนการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, ผู้พิการ

ติดต่อผู้พิมพ์: นิชาพร ศรีนุต อีเมล: n.srinutta@gmail.com

Abstract

This action research aimed to develop social care networks for disabled people to support the primary health care system Sakon Nakhon Hospital. The sample group was disabled people who received rehabilitation. That was obtained from the purposive selection of 100 people with disabilities living in That Choeng Chum Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. Data were collected using a questionnaire from the social telecare platform. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation.

The study found 3 groups of disabled people: 1) The Green group is disabled people who have caregivers, help themselves in daily life, and have access to the basic government welfare system. 2) Yellow group: disabled people with mild to moderate social and economic problems. Receive orthotic support to help with movement and social rehabilitation. 3) The red group is disabled people who need to receive home and family visits. As a result of the development, it was found that people with disabilities will develop skills in living. Rehabilitate social skills and participate in various activities. The medical social worker acts as a liaison with the primary health team and in the hospital, including coordinating links with service centers for people with disabilities to assist in many ways. That was using the Social Telecare Platform system to help record information about people with disabilities. It can be made available to medical social workers and allied health professional teams to manage data as well as links between agencies at the local level more conveniently and quickly.

Keywords: Social Telecare Platform, Primary Health Care System, People with Disabilities

Corresponding author: Nichaporn Srinutta **E-mail:** n.srinutta@gmail.com

บทนำ

จากการกำหนดนโยบายด้านผู้พิการขององค์การสหประชาชาติ โดยตระหนักว่า ผู้พิการส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ได้น้อย มีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ด้อยกว่าคนทั่วไป และยังคงทุกข์ทรมานจากการเลือกปฏิบัติ⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาด้านกฎหมายผู้พิการขึ้น เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ มากขึ้น จากบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยกำหนดบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการ อาทิเช่น มาตรา 30 กำหนดว่าบุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องใด ๆ รวมถึงสภาพทางกายหรือสุขภาพ⁽²⁾ มาตรา 54 กำหนดให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็น

สาธารณะ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และมาตรา 80 (1) กำหนดให้รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้พิการหรือทุพพลภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้จากพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ พ.ศ. 2550 ได้ตราขึ้นโดยมีเจตนารมณ์ เพื่อกำหนดแนวทาง ปรับปรุงวิธีการ ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกระดับให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยกำหนดแนวทางการคุ้มครองผู้พิการ เพื่อมิให้เกิดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการให้ผู้พิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมและเป็นธรรม ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา เป็นต้น⁽¹⁾

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ที่มีการกิจในการจัดบริการและสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการตามมาตรา ๒๐ (๑) ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่กำหนดให้ผู้พิการมีสิทธิเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น และในการดูแลสุขภาพผู้พิการของระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การส่งต่อผู้รับบริการ รวมทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ จะเห็นว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิเปรียบเสมือนบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้ว สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนได้อย่างทั่วถึง ช่วยลดการใช้บริการทางสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศได้⁽³⁾ ซึ่งนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขก็คือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง โดยการบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิตามระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และต่อยอดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยให้คนไทยทุกคนครอบคลุมมีหมอประจำตัว 3 คน ประกอบด้วย หมอคนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมอคนที่ 2 คือเจ้าหน้าที่และพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอคนที่ 3 คือแพทย์ในโรงพยาบาลซึ่งสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพในการบริการประชาชน ทั้งนี้ นโยบาย 3 หมอ จะทำให้คนไทยทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้มีหมอ 3 คน ที่จะช่วยดูแลสุขภาพของในทุกระดับ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู⁽⁴⁾ เป็นต้น

จังหวัดสกลนคร มีผู้พิการรวมทั้งหมด จำนวน 35,339 ราย เป็นผู้พิการในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จำนวน 6,154 ราย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลธาตุเชิงชุม จำนวน 945 ราย⁽⁵⁾ และการสำรวจข้อมูลผู้พิการที่จดทะเบียนใน 16 ตำบล ของเขตอำเภอเมืองสกลนครในปี พ.ศ. 2564 โดยใช้ระบบทะเบียนผู้พิการมาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีผู้พิการทั้งสิ้น จำนวน 945 ราย เป็นเพศชาย 543 คน เพศหญิง 402 คน โดยแบ่งเป็น 8 ประเภทความพิการ ได้แก่ 1) ทางการมองเห็น 19 ราย 2) ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 62 ราย 3) ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 238 ราย 4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 25 ราย

5) ทางสถิติปัญหา 18 ราย 6) ทางการเรียนรู้ 1 ราย 7) ทางอภิปรัชญา 2 ราย และ 8) มีความพึงการมากกว่า 1 ประเภท 7 ราย นอกจากนี้ ยังพบผู้พิการส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและรุนแรงและต้องใช้ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีภาวะความเครียดและการปรับตัวตลอดจนครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเฝ้า และดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในการวางแผนก่อนจำหน่ายของโรงพยาบาลสกลนครเอง ยังขาดการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประเมินผลการจัดการและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อเป็นการลดปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นลดความแออัด ลดระยะเวลาครองเตียงนาน (Length of stay) ลดปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (Readmit) และการจัดบริการคุณภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหมอและสังคม หรือนักสังคมสงเคราะห์กับสหวิชาชีพทางการแพทย์และทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใช้อำนาจตามกฎหมายตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ โดยผสมผสานนวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสื่อสารในการจัดการข้อมูลโดยใช้แพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์ (Social Telecare Platform) เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมทั้งระบบหลักประกันสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อันที่จะช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมของผู้พิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิผสมผสานกับการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่กับการให้บริการผู้พิการและครอบครัวในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับการดูแลทางสังคมร่วมกับระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมในทุกมิติ ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมกลุ่มคนพิการ อีกทั้งผู้วิจัยยังเชื่อว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคในสังคมจะเป็นกลไกสำคัญต่อการแก้ไขปัญหา และพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้พิการในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมของผู้พิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวางแผนและพัฒนาเสริมสมรรถนะเครือข่ายดูแลทางสังคมกลุ่มผู้พิการ โดยการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาทางสังคมของกลุ่มผู้พิการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระยะที่ 2 การดำเนินการ ติดตาม ประเมินผล และการสะท้อนกลับ ระยะที่ 3 ประเมินผลโดยใช้แพลตฟอร์มฯ โดยใช้ระยะเวลาทำการการศึกษา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้พิการที่มีข้อมูลในฐานข้อมูลของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ 2564–2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้พิการที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 100 คน

ที่พักอาศัยในพื้นที่ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร และได้รับการดูแลผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์ (Social Tele care Platform) ของโครงการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลสุขภาพทางสังคมของสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยแบบประเมินต่าง ๆ ดังนี้

1. แบบประเมินการวินิจฉัย และการจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment: S.D.M.A) ⁽⁷⁾ เพื่อค้นหาข้อเท็จจริง วางแผนปฏิบัติงาน ดำเนินการให้ความช่วยเหลือทั้งในระยะสั้น ระยะยาวของผู้ใช้บริการ และเพื่อการติดตามประเมินผลการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์

2. แบบประเมินสมรรถนะผู้พิการ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ⁽⁸⁾ ใช้ในการเก็บข้อมูล การเคลื่อนไหวและร่างกาย และประเภทจิตและพฤติกรรม

3. แบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment: F.R.A.) ⁽⁹⁾ เป็นแบบประเมินปัญหาทางสังคม เช่น บทบาทความสัมพันธ์ความผูกพันระหว่างผู้ใช้บริการ เครือญาติ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม ของครอบครัว

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 เป็นการวางแผนและพัฒนาเสริมสมรรถนะเครือข่ายดูแลสุขภาพทางสังคมกลุ่มผู้พิการ โดยการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาทางสังคมของกลุ่มผู้พิการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งช่องว่างที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้เกิดการเชื่อมโยงของข้อมูลในบริบทของอำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร ได้ข้อมูลดังนี้

1) ในด้านปัญหาทางสังคมของกลุ่มผู้พิการที่เกิดขึ้นในบริบทของตำบลธาตุเชิงชุม จังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มผู้พิการเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก ต้องใช้ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลนาน มีภาวะความเครียดและครอบครัวที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเฝ้าและดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้พิการในโรงพยาบาล และมีปัญหาด้านสุขภาพร่วมกับปัญหาสังคม ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแล ครอบครัวยากจน มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี มีบ้านหรืออยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หรือบริเวณที่มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย อันมีผลให้ผู้ป่วยมีความกังวลใจ ขาดกำลังใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เข้ารับรักษาไม่ต่อเนื่อง และยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นย่อมส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้นตามไปด้วย

2) ในด้านกลุ่มบุคคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วย ที่มีหลากหลายสาขาวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกัน ที่ยังไม่มีระบบในการสื่อสารระหว่างทีมผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การวางแผนทำงานร่วมกันน้อยลงไป ประกอบกับการมีข้อจำกัดในหลายเรื่อง ส่งผลต่อกระบวนการรักษาที่ไม่เชื่อมโยงกันในมิติสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นการทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำมุ่งเป้าผลลัพธ์เฉพาะตัวชีวิตของหน่วยงานเป็นหลัก การบันทึกข้อมูลยังเป็นการใช้เอกสารแบบกระตาดตามแบบฟอร์มหน่วยงานตนเอง

ในการพัฒนาเสริมสมรรถนะเครือข่ายดูแลสุขภาพทางสังคมกลุ่มผู้พิการนั้น ได้จัดให้มีการประชุมและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคี

เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการหารูปแบบและแนวทางในการดูแลทางสังคม กลุ่มผู้พิการ มีการดำเนินการดังนี้

1) กำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำงานร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) วางแผนการใช้แพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์ (Social Tele care Platform) ทดแทนการใช้เครื่องมือแบบบันทึกลงในกระดาษ

3) ผูกอบรมการใช้แพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์ (Social Tele care Platform) มาเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการปฏิบัติงานของผู้เกี่ยวข้อง ในการบันทึกข้อมูลกับกลุ่มผู้พิการ จากนั้นนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

4) นำข้อมูลจากแพลตฟอร์มไปวิเคราะห์ (case management) แล้วจัดทำแผนและแนวทางในการดูแลทางสังคมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย

5) ออกแบบกิจกรรมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ กาย จิต สังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบบองค์รวม โดยใช้กิจกรรมหลัก 2 ส 1 พ (เสริม-สร้าง-ฟื้นฟู) และฝึกทักษะให้กับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง ให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่

ระยะที่ 2 ดำเนินการ ติดตาม ประเมินผลและการสะท้อนกลับ โดยการจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม) ดังนี้

1) จัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้พิการหลัก 2 ส. 1 พ. (เสริม-สร้าง-ฟื้นฟู) ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการดูแลคนพิการ สวัสดิการสังคมและสิทธิประโยชน์ของคนพิการ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง สร้างเครือข่ายผู้ดูแลฟื้นฟูโดยอบรมความรู้ให้กับแกนนำในพื้นที่ และฝึกทักษะการดำรงชีวิต เช่น การอาบน้ำ ทานข้าว ฯลฯ ให้กับคนพิการและผู้ดูแล

2) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้ดูแล โดยทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลสกลนคร นักสังคมสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสกลนคร พยาบาลวิชาชีพจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า นักพัฒนาสังคมจากเทศบาลนครสกลนคร อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลธาตุเชิงชุม นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลสกลนคร พยาบาลวิชาชีพจากงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แพลตฟอร์มฯ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการใช้เครื่องมือ SDMA แบบประเมิน ICF และแบบประเมินความพร้อมครอบครัว FRA เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการช่วยเหลือผู้พิการ และใช้ในการขับเคลื่อนการทำงานในการดูแลผู้พิการ ประสานการส่งต่อให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน รวมทั้งการเชื่อมต่อความร่วมมือระหว่างครอบครัวผู้พิการกับชุมชนในการดูแลผู้พิการแบบองค์รวม ตลอดจนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนงานผู้พิการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ เลขที่ 021/2565 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2565

ผลการศึกษา

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54 เพศหญิง ร้อยละ 46 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70 รองลงมาคืออายุ 50-59 ปี ร้อยละ 14 โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 54.95 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 51 รองลงมาสถานภาพสมรส ร้อยละ 41 มีการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 34 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 72 รองลงมา คือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 28 ด้านอาชีพของคนพิการ พบว่า คนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 69 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 14 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-1,999 บาท ร้อยละ 64 รองลงมาคือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 600 บาท ร้อยละ 20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 3,042.86 บาท และมีแหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยคนพิการหรือเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 92 รองลงมาคือมีรายได้จากคนในครอบครัวหยยยื่นให้ ร้อยละ 4

2. ประเมินผลโดยการใช้แพลตฟอร์มฯ ดังนี้

2.1 ข้อมูลด้านความพิการ พบว่า ส่วนใหญ่จะมีความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 85 รองลงมาคือความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 11 และมีความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ประเภทของคนพิการ แยกประเภทความพิการ

ประเภทความพิการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความพิการทางการเคลื่อนไหว	81	81
ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	15	15
ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	4	4

2.2 ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างคนพิการ พบว่า ส่วนใหญ่จะมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ร้อยละ 65 รองลงมาคือปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย/คนพิการ/ผู้สูงอายุในครอบครัว ร้อยละ 29 และปัญหาการเงินร้อยละ 37 โดยปัญหาที่ไม่พบเลยในกลุ่มคนพิการ ได้แก่ ปัญหาทางเพศและปัญหาทางการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ของคนพิการที่ แยกตามปัญหาที่พบ

	ปัญหาที่พบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	65	65
2	ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / คนพิการ / ผู้สูงอายุในครอบครัว	29	29
3	ปัญหาการเงิน	37	37
4	ปัญหาการประกอบอาชีพ	28	28
5	ปัญหาที่อยู่อาศัย / สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ	28	28
6	ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ปัญหาอื่น ๆ เกี่ยวกับสถานะทางจิตและสังคม	28	28
7	ไม่มีปัญหาสังคม	10	10
8	ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร	15	15
9	ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ	12	12
10	ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	12	12
11	ปัญหาคุ้มครองและการครองเรือน	9	9
12	ปัญหาสารเสพติด / สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	9	9
13	ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว	9	9
14	ปัญหาทางกฎหมาย	5	5
15	ปัญหาความรัก	2	2
16	ปัญหาความเชื่อ วัฒนธรรม และการเมือง	4	4

2.3 การดูแลสุขภาพสังคมกลุ่มคนพิการ จากการสำรวจกลุ่มเป้าหมาย โดยการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 100 คน และบันทึกข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างด้วยระบบ Platform Social Tele care แบ่งตามสภาพปัญหา แบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสีเขียว จำนวน 73 ราย กลุ่มสีเหลือง จำนวน 23 ราย และกลุ่มสีแดง จำนวน 4 ราย ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว จำนวน 73 ราย มีผู้ดูแลและช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ ไม่พบปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ

2) กลุ่มสี่เหลี่ยม จำนวน 23 ราย เป็นกลุ่มคนพิการที่มีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจเพียงเล็กน้อย ถึงปานกลาง เข้าถึงการบริการของสวัสดิการคนพิการ เช่น สนับสนุนกายอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว การเสริมพลังอำนาจ เพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและการจัดการทรัพยากรทางสังคมที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพ

3) กลุ่มสีแดง จำนวน 4 ราย เป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือหลายระบบ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านและครอบครัว การให้คำปรึกษาเสริมพลังอำนาจของคนพิการและผู้ดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม พัฒนาทักษะการดำรงชีวิต เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร ฯลฯ และให้คนพิการได้มีส่วนร่วมช่วยเหลืองานเล็กน้อย มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว รวมทั้งการประสานส่งต่อด้านสุขภาพ/การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง และการกินยาเป็นประจำ มีการประสานพื้นที่/ศูนย์บริการคนพิการ (พมจ.) เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว

2.4 ความต้องการความช่วยเหลือของคนพิการตามสภาพปัญหาว่า คนพิการส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในด้านการเสริมพลังอำนาจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การจัดการทรัพยากรทางสังคม และการบริการทางสังคม ร้อยละ 24 รองลงมาคือ ต้องการความช่วยเหลือในด้านการเสริมพลังอำนาจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ร้อยละ 11 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ คนพิการแยกความต้องการความช่วยเหลือของคนพิการตามสภาพปัญหา

ความต้องการความช่วยเหลือ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การเสริมพลังอำนาจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การจัดการทรัพยากรทางสังคม และการบริการทางสังคม	45	45
2. การเสริมพลังอำนาจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการบริการทางสังคม	15	15
3. การเสริมพลังอำนาจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	5	5
4. การเสริมพลังอำนาจ การจัดการทรัพยากรทางสังคม และการบริการทางสังคม	6	6
5. การเสริมพลังอำนาจ	3	3
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การจัดการทรัพยากรทางสังคม และการบริการทางสังคม	8	8
7. การเสริมพลังอำนาจ และการบริการทางสังคม	6	6
8. การเสริมพลังอำนาจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการจัดการทรัพยากรทางสังคม	6	6
9. การเสริมพลังอำนาจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการบริการทางสังคม	1	1

ต่อตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ คนพิการแยกตามต้องการความช่วยเหลือของคนพิการตามสภาพปัญหา

ความต้องการความช่วยเหลือ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10. การบริการทางสังคม	1	1
11. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	1	1
12. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการบริการทางสังคม	1	1
13. การเสริมพลังอำนาจ และการจัดการทรัพยากรทางสังคม	1	1
14. ไม่มีความต้องการ การเสริมพลังอำนาจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การจัดการทรัพยากรทางสังคม และการบริการทางสังคม	1	1

2.5 การช่วยเหลือทางสังคมคนพิการแยกตามการช่วยเหลือตามสภาพปัญหา และความต้องการของคนพิการแล้ว พบว่า คนพิการที่ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการช่วยเหลือ ร้อยละ 50 รองลงมา คือ คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ร้อยละ 47 และคนพิการเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่ต้องส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยงานอื่น เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของคนพิการแยกตามการช่วยเหลือและประเภทยุติการให้บริการ (Termination)

การช่วยเหลือและการยุติให้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ยังดำเนินการบริการอยู่	50	50
2. ผู้ใช้บริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ	47	47
3. ส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยงานอื่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด	2	2
4. ส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยงานอื่น แผนกจิตเวชโรงพยาบาล (แผนกสรีรบำบัด)	1	1

3. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมคนพิการ

ผลจากการประชุมทีมสหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อออกแบบกิจกรรมการดูแลทางสังคมคนพิการแยกตามบริบทหน่วยงาน แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 เครือข่ายการดูแลทางสังคมคนพิการ

วิจารณ์

1. จากการสำรวจข้อมูลผู้พิการของอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยการบันทึกลงแพลตฟอร์มโซเชียล เทเลแคร์แทน (Platform Social Tele care) จำนวน 100 ราย สามารถแยกผู้พิการแต่ละกลุ่มได้ ดังนี้ 1) กลุ่มสีเขียว มีจำนวน 73 ราย ซึ่งเป็นผู้พิการที่มีผู้ดูแลและสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ ไม่พบปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ 2) กลุ่มสีเหลือง จำนวน 23 ราย เป็นกลุ่มผู้พิการที่มีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถเข้าถึงการบริการของสวัสดิการคนพิการ เช่น ได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว ต้องการการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและการจัดการทรัพยากรทางสังคมที่เหมาะสม และกลุ่มสีแดง จำนวน 4 ราย กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องมีการลงเยี่ยมบ้านและครอบครัว เพื่อการให้การปรึกษาในการเสริมพลังอำนาจของคนพิการและผู้ดูแล ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม พัฒนาทักษะการดำรงชีวิต เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร ฯลฯ ให้คนพิการได้มีส่วนร่วมช่วยเหลืองานเล็กน้อย มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว การประสานส่งต่อด้านสุขภาพ/การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการกินยาเป็นประจำ และประสานพื้นที่/ศูนย์บริการคนพิการ (พมจ.) ให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว จะเห็นว่าข้อมูลที่ได้อาจทั้งหมดนั้น จะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำเอาข้อมูลที่ได้ไปบริหารจัดการเพื่อการจัดระบบบริการให้เกิดประโยชน์ต่อผู้พิการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู ภาวะดี⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการในชุมชน ตามหลักการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาระบบดูแลคนพิการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่า ฐานข้อมูลได้บ่งบอกสมรรถนะ และสะท้อนความต้องการของคนพิการ โดยเฉพาะในรายบุคคลจะมีความสำคัญในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และสามารถนำไปประกอบการทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. จากการใช้แพลตฟอร์มโซเชียล เทเลแคร์แทน (Social Tele care Platform) มาเป็นเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกแก่นักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพทางด้านสุขภาพ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมาในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้พิการนั้น จะเป็นการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่เป็นกระดาษที่สร้างขึ้นเพื่อการทำงานเท่านั้น ซึ่งอาจมีการสูญหายของข้อมูลได้ง่าย ดังนั้นเมื่อเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน จึงปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกข้อมูลในแบบใหม่ โดยการบันทึกมาลงแพลตฟอร์มฯ แทนรูปแบบเดิม ซึ่งจะช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ง่าย สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยระบบดังกล่าวจะช่วยวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลให้ ซึ่งสามารถนำข้อมูลไปบริหารจัดการได้ทันที โดยอำนวยความสะดวกในการจัดบริการให้ผู้พิการได้ดียิ่งขึ้น และกลุ่มเป้าหมายได้รับการและได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม ทั้งนี้ แพลตฟอร์มดังกล่าว เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่และยังอยู่ในระยะทดลองการใช้ระบบภายใต้โครงการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ ที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งจะได้เห็นได้จาก ผลการดำเนินงานหลังการนำแพลตฟอร์มฯ ไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทางสังคมผ่านช่องทางของระบบในการสื่อสารแบบออนไลน์ (Communicate online) ระหว่างทีมสหวิชาชีพกับบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทางสังคม โดยผสมผสาน

ประยุกต์การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่ดีจិត ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าสู่กระบวนการการดูแลทางสังคม ด้วยการจัดการรายกรณีในพื้นที่ระดับปฐมภูมิ ทำให้การบริการในการดูแลเกิดความต่อเนื่องและมีคุณภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ คำหอม และ ชีระ สันเดชารักษ์ (2566)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ให้มีความรู้ ทักษะและเทคนิคการทำงานการดูแลทางสังคม ร่วมกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชีวิตวิถีใหม่ พัฒนากลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วย กลุ่มเปราะบางของสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการพัฒนาสมรรถนะต่าง ๆ เช่น การประเมินบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนแบบองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ 1) วินิจฉัยปัญหาทางสังคม (Social Diagnosis) บุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน 2) จัดลำดับความสำคัญ ความสัมพันธ์และความรุนแรงของปัญหา (Priority Problems) ในกรณีที่ปัญหาที่มีความซับซ้อนรุนแรงใช้รูปแบบการทำงานการประชุมหารือ (Case Conference) หรือการประชุมทีมสหวิชาชีพ 3) ใช้เครื่องมือการประเมินผู้ให้บริการ (Social Work tools) กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง 4) วิเคราะห์ปัญหา 5) วางแผนการดำเนินงาน เพื่อจัดบริการสุขภาพ (Social Planning) ซึ่งเป็นการวางแผนรายกรณี (Case management CM) โดยกำหนดกิจกรรมและงานที่จะทำร่วมกันกับกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งพิจารณาจากความจำเป็นตามบริบทที่เป็นจริง 6) จัดบริการและกิจกรรมทางสังคมตามแผนงาน และ 7) ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของบริการสุขภาพสังคม จะเห็นว่าจากการจัดกิจกรรมพัฒนาและเสริมสมรรถนะเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จนรูปแบบกิจกรรมในการดูแลคนพิการที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นและเป็นที่ยอมรับของภาคีเครือข่าย สหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิ สรรเสริฐ และคณะ (2555)⁽⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน : กระบวนการ WE CAN by TIM ระบุว่า กระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่ต้องใช้บริบทของการพัฒนาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืน ทั้งนี้พบว่า เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้พิการประกอบไปด้วยหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงมหาดไทย ภาคเอกชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มาช่วยดูแล

ในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมของผู้พิการนั้น เป็นกระบวนการทางสังคมในบริบทชุมชนที่จะต้องส่งเสริมให้ชุมชนมีความร่วมมือกันอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพื่อการดูแลผู้พิการจะได้ครอบคลุมทุกมิติและได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานโดยภาครัฐอย่างเดียวที่มีบุคลากรจำกัดนั้น ย่อมไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาที่มีหลากหลาย จำเป็นต้องอาศัยกลไกปัจจัยหลาย ๆ ส่วนประกอบกันเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาไปด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี และ กุลวดี (2560)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การดำเนินการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม ผู้บริหารควรมีส่วนรับผิดชอบต่อการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่กระบวนการวางแผนงานตลอดจนการจัดสรรงบประมาณ จึงทำให้งานประสบความสำเร็จ

2. หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ควรร่วมกันวางแผนจัดการบริการด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้พิการ โดยเน้นความต้องการของคนพิการเป็นหลัก เพื่อจัดสวัสดิการสังคมของคนพิการให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการศึกษา ด้านความปลอดภัยในชีวิต ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านนันทนาการ และด้านที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะการบริการทางสังคมทั่วไปของคนพิการ เช่น ความช่วยเหลือด้านส่งเคราะห์ครอบครัว ด้านการได้รับสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีอาสาสมัครบริการดูแลคนพิการ มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านคนพิการ และมีกองทุนสวัสดิการชุมชน เพื่อช่วยเหลือคนพิการกรณีเจ็บป่วยและเสียชีวิต

3. หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมวันคนพิการ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มคนพิการหรือชมรมคนพิการ เพื่อที่จะให้กลุ่มคนดังกล่าวได้มีการช่วยเหลือกันเอง เกิดความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้น ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมที่จะพัฒนาความสามารถในทุก ๆ ด้าน อันช่วยให้คนพิการมีโอกาสได้แสดงศักยภาพตนเองไม่น้อยกว่าคนปกติ และทำให้คนพิการได้เห็นคุณค่าของตนเองและเป็นที่ยอมรับของสังคมได้

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการต่อการพัฒนาแพลตฟอร์มโซเชียลเทเลแคร์ (Social Tele care Platform)

1. ควรมีระบบป้องกันการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการนำเข้าสู่ข้อมูลซ้ำซ้อนกัน เช่น การใช้เลขบัตรประชาชน 13 หลัก เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้บันทึกข้อมูลสามารถตรวจสอบได้ว่า มีการบันทึกข้อมูลบุคคลในส่วนนี้ไปแล้ว

2. บางเมนูบางรายการของระบบ ยังไม่ได้จำกัดส่วนที่สามารถเลือกได้เพียง 1 คำตอบ จึงทำให้ข้อมูลสามารถบันทึกได้มากกว่า 1 คำตอบ ซึ่งข้อมูลบางคำตอบทำให้ได้ข้อมูลที่มีความขัดแย้งกันเอง เช่น ไม่มีปัญหาทางสังคมแต่ต้องการความช่วยเหลือด้านสังคม เป็นต้น

3. ในอนาคตแพลตฟอร์มดังกล่าว ควรเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือฐานข้อมูลของสถานพยาบาลด้วย เพื่อลดภาระงานในการนำเข้าสู่ข้อมูลในหลายๆโปรแกรม ในขณะเดียวกัน จะช่วยให้ผู้บันทึกหรือผู้ที่จะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์มีความสะดวกและรวดเร็วขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและขยายพื้นที่ในการศึกษามากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ที่หลากหลาย

2. ควรมีระยะเวลาในการดำเนินงานให้มากขึ้น เนื่องจากบางกิจกรรมที่ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การวางแผนและการดูแลผู้พิการบางรายที่ต้องใช้ระยะเวลานาน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร ทีมสุขภาพในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุเชิงชุม เทศบาลนครสกลนคร หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสกลนคร และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่กรุณาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านคนพิการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มคนพิการทุกท่านที่ร่วมเป็นอาสาสมัครในการให้ข้อมูลจนการวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนงานโครงการนี้ ทำให้นักวิจัยขอกราบขอบพระคุณและมอบความดีให้แก่บุคลากรที่ได้อบรมสั่งสอน ปลุกฝังความดี ความขยันหมั่นเพียร มานะ อดทนและให้กำลังใจมาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2559.
2. ชานนท์ คันธฤทธิ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการสวัสดิการทางสังคมของผู้พิการ ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2561; 1(1): 1-16.
3. วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และสายสมร วชิระประพันธ์. การพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(4): 743-759.
4. นครินทร์ โสมาบุตร. การพัฒนารูปแบบบริการตามนโยบาย 3 หมอ ในการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยระดับประจักษ์ในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17(2) :532-542.
5. ศูนย์บริการคนพิการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/more_news.php?cid=146
6. รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, วรณรัตน์ ลาวัณ และ เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ. การพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน กระบวนการ: WE CAN DO by TIM. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2555; 5(3): 17-36.
7. บุญธิดา บุญแก้ว. การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
8. ศิรินาถ ตงศิริ. แนวทางการนำฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7(1): 99-113.
9. เรณู ภาวะดี. ผลการพัฒนาระบบบูรณาการดูแลคนพิการ โดยใช้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการ เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 29(3): 467-477.

10. สุทธิชัย เพ็ชรศรี, สิริพรรณ ศรีมีชัย และ ฉันทนา เลอ มูแอลลิค. ครอบครัวยุคใหม่กับการศึกษาความเข้าใจของผู้ปกครองเพื่อลดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่อเด็ก. รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการเนื่องในโอกาสการสถาปนาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2565: 176-193.
11. ระพีพรรณ คำหอม และ อีระ สินเดชารักษ์. การพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษา กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
12. ยุวดี รอดจากภัย และ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ. รายงานวิจัย. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

Quality Improvement of Nursing Handover in the patient

Department Sri Chiang Mai Hospital.

ชุตานา ศรีสุรัตน์ พย.บ.

โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

Chutapa Srisurat, (B.N.S)

Sri Chiang Mai Hospital

Si Chiang Mai District Nong Khai Province

(Received: 28 November 2023, Revised 25 December 2023, Accepted: 28 December 2023)

บทคัดย่อ

การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล เป็นกระบวนการส่งข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจากพยาบาล ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมาก่อนหน้านี้ไปยังพยาบาลอีกคน การส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจะมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและความปลอดภัย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ การศึกษาเชิงพัฒนานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการสื่อสารแบบ ISBAR มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากระบวนการรับส่งเวร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 8 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนตุลาคม 2566 โดยใช้แบบประเมินผลของการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR จำนวน 27 ข้อ และแบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการ จำนวน 12 ข้อ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.90 และทดสอบหาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยสถิติวิลคอกสัน

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามหลักไอเอสบาร์ คุณภาพการส่งเวรของพยาบาลในด้านความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้กระบวนการฯ ทั้งโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 พบอุบัติการณ์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาลลดลงอย่างชัดเจน สรุปได้ว่า การรับส่งเวรตามเทคนิคไอเอสบาร์ จะช่วยเพิ่มคุณภาพของข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลที่ดีและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ไอเอสบาร์, การพัฒนาคุณภาพ, การรับส่งเวรทางการพยาบาล

ติดต่อผู้พิมพ์: ชุตานา ศรีสุรัตน์ **อีเมล:** chutapa.ssr@gmail.com

Abstract

The nursing handoff communication is a transfer and acceptance of patient care of patient clinical information from one nurse to another. This Effective information transfer is important for continued patient care safety and reduces adverse events that occur to patients. The purpose of this developmental study was to improve the quality of nursing handover in the Inpatient Department at Sri Chiang Mai Hospital, using the ISBAR communication process as a conceptual framework for development. Data were collected between August and October 2023 using the ISBAR technique evaluation form (27 items) and 12 items from the incident record form for official duty transfers. Content validity was verified by experts. It has an Index of Concordance (IOC) of 0.90 and was tested for reliability with Cronbach's coefficient alpha of 0.89. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation statistics, as well as Wilcoxon test statistics.

The results indicate that, following the implementation of the nursing shift handover process based on the ISBAR principles, the quality of nurses' shift handover, measured in terms of accuracy and completeness of nursing information, significantly improved compared to the pre-implementation phase. After using the nursing shift transfer process according to the IS Bar principles quality of nurses' shift submission in terms of accuracy. The completeness of nursing information was higher than before using the process overall significantly at the 0.05 level, and the incidence of nursing shift transfer decreased. In conclusion, implementing the IS Bar technique for shift transfer can enhance the quality of patient information exchange among nurses, thereby providing significant and maximum benefits for patient care.

Keywords: ISBAR, Quality development, Nursing Handover

Corresponding author: Chutapa Srisurat E-mail: chutapa.ssr@gmail.com

บทนำ

การรับส่งเวรทางการพยาบาล (nursing handover) เป็นกระบวนการสื่อสาร ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลวิชาชีพด้วยกัน ในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผลัดเปลี่ยนเวรภายในหรือผลัดเปลี่ยนเวรระหว่างหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นการย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น หรือแม้กระทั่งการจำหน่ายผู้ป่วยออกไป⁽¹⁾ ซึ่งองค์ประกอบของการส่งเวร ประกอบด้วย พยาบาลผู้ทำการส่งเวรซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในเวรที่ผ่านมา พยาบาลผู้รับการส่งเวร คือผู้ที่มารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อ และเนื้อหาที่ทำการส่งเวรเป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล การรับส่งเวรทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นและสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง⁽²⁾ การส่งต่อข้อมูลทางการ

พยาบาลที่เป็นระบบนั้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ⁽³⁾ ซึ่งคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นระบบการทำงานที่ได้มาตรฐานทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการพยาบาลเป็นเลิศและมีมาตรฐาน⁽⁴⁾ ขณะเดียวกันถ้าหากการสื่อสารและประสานงานที่ไม่มีคุณภาพนั้น จะแสดงออกมาในรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิก เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ รวมทั้งโอกาสและแนวโน้มได้รับการพยาบาลที่ล่าช้ากว่าเดิม ซึ่งการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจะเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process) ที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ จากประเด็นที่สามารถป้องกันได้⁽⁵⁾ จากรายงานของ The Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool For Hand-Off Communications พบว่า ร้อยละ 80 ของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ร้ายแรงที่เกิดขึ้น เกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องในระหว่างการส่ง ต่อผู้ป่วยอาจส่งผลการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งในด้านของความปลอดภัยและการได้รับการรักษาที่ทันเวลาทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย⁽⁶⁾ จะเห็นว่ารูปแบบการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาลนั้นมีหลายแบบ ทั้งการส่งต่อข้อมูลข้างเตียงผู้ป่วย หรือการสื่อสารโดยวาจาในขณะที่ปฏิบัติงาน⁽⁷⁾ เหตุจากการขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการสื่อสารจึงส่งผลการส่งต่อข้อมูลที่ผิดพลาดก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ การรับส่งเวรทางการพยาบาลจึงไม่มีประสิทธิภาพ และเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่จะทำให้คุณภาพการพยาบาลลดลง และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายมากขึ้นตามมา⁽⁸⁾

หอผู้ป่วยใน (IPD) เป็นหนึ่งหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ มีการทำงานแบ่งเป็น 3 ผลัด ผลัดละ 8 ชม. ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก มีการมอบหมายเป็นแบบ Total care โดยพยาบาลแต่ละคนมีการปฏิบัติงาน รับผิดชอบวางแผนการพยาบาลและดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับใหม่ รับย้าย จนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งในการผลัดเปลี่ยนการปฏิบัติงานนั้นจะต้องมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมการพยาบาลที่มาปฏิบัติงานเวรต่อไปได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่เรียกว่าการรับ-ส่งเวร จากประชุมประจำเดือนของหน่วยงานผู้ป่วยใน พบว่า พยาบาลมีการสื่อสารในการรับส่งเวรไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ลำดับเหตุการณ์ขั้นตอนแตกต่างกัน ทั้งนี้เกิดจากการรับส่งเวรของพยาบาลที่ยังไม่เป็นระบบหรือมีรูปแบบที่ชัดเจน รวมทั้งมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการรับส่งเวรของพยาบาลโดยตรง โดยเฉพาะสมรรถนะการทำงานของพยาบาลที่ลดลง อันเนื่องมาจากพยาบาลมีอายุมากขึ้นแต่ก็ยังต้องขึ้นเวรปกติ ประกอบกับความพร้อมทางด้านสุขภาพร่างกายของพยาบาลเวรดึก ที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับข้อมูล ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลในการรับส่งเวรตามมา และจากการสังเกตของผู้วิจัยเองและสอบถามพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการรับและส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย พบว่า การรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ยังไม่ใช่แนวทางเดียวกัน จึงทำให้เกิดความแตกต่างกันของการรับและส่งเวรทางการพยาบาลในแต่ละเวร ทั้งการใช้เวลาในการรับส่งเวร และในระหว่างการรับและส่งเวรทางการพยาบาลนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันผู้รับเวรเองเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องกังวลต่อการเร่งรับเวรและต้องดูแลผู้ป่วยไปด้วย บางครั้งมีผู้ป่วยนอนรักษาตัวจำนวนมากก็ต้องบริหารการดูแลผู้ป่วยที่มากกว่าอัตรากำลังรองรับ ซึ่งส่งผลต่อมีความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์บางอย่างขึ้นได้

จะเห็นว่าในการปรับแนวทางการปฏิบัติงานทางการแพทย์พยาบาลให้ไปในทิศทางเดียวกันนั้น จึงต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานมาเป็นแนวปฏิบัติในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมพยาบาลด้วยกัน จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเอื้อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง⁽⁹⁾ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จึงมีความสนใจที่จะทำการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลในการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR ซึ่งเดิมสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กำหนด Patient Safety Goals ยึดหลัก SIMPLE ซึ่งเป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) S: Situation การระบุสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2) B: Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ 3) A: Assessment การประเมินสถานการณ์ และ 4) R: Recommendation ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถานการณ์ ต่อมามีการพัฒนาต่อยอดเป็น ISBAR โดยเพิ่ม I: Identify การระบุตัวตน ได้แก่ การระบุตัวผู้รายงาน ตัวผู้ป่วย ปัจจุบันมีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการสื่อสารอย่างแพร่หลาย⁽¹⁰⁾ ซึ่ง ISBAR ถือว่าเป็นเครื่องมือรับส่งเวรหนึ่งที่ได้รับการนิยมนำอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สำหรับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เชื่อถือได้และผ่านการตรวจสอบว่าช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในหน่วยบริการสุขภาพ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีโครงสร้างชัดเจนสามารถนำมาใช้กำหนดกรอบการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กระชับรวดเร็วครอบคลุมสิ่งที่จำเป็น และสื่อสารในรูปแบบเดียวกัน⁽¹¹⁾

ดังนั้นการสร้างกรอบมาตรฐานในการรับและส่งเวรทางการแพทย์พยาบาลที่ชัดเจน โดยใช้ ISBAR เป็นแนวทางในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพด้วยกันในการรับส่งเวรมีความถูกต้อง ครบถ้วน จะช่วยให้การส่งเวรมีคุณภาพ ช่วยลดปัญหาความผิดพลาดของข้อมูล ลดการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย⁽¹²⁾ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานได้มีการสื่อสารข้อมูลในการรับส่งเวรที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นในมิติของพื้นที่เอง ช่วยลดปัญหาและเพิ่มคุณภาพในการส่งเวรระหว่างพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละเวรมีความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอันเป็นหัวใจของการดูแลรักษาพยาบาล และยังเป็นรากฐานสำคัญอันที่จะสร้างความเชื่อมั่น และเกิดความไว้วางใจของผู้รับบริการ ก่อให้เกิดความประทับใจให้กับผู้ใช้บริการทุกคนต่อไปการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการคุณภาพการรับส่งเวรทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการพัฒนาด้วยสื่อสารแบบ ISBAR มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากระบวนการรับส่งเวร โดยทำการศึกษาดังแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาทำการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จำนวน 37 คน กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จำนวน 37 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 8 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 2) สนใจเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน 2) มีปัญหาด้านสุขภาพและไม่สามารถอยู่เวร เข้า บ่าย ดึก ได้ครบทุกเวร 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมจนครบระยะเวลาดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และโรคประจำตัว ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ(Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติงานการรับส่งเวรทางการพยาบาล ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาสร้างขึ้น โดยกำหนดโครงสร้างการสังเกต (structured observation) ของแบบประเมินการรับส่งเวรทางการพยาบาล ตามรายการที่กำหนด โดยประเมินตามองค์ประกอบ 5 ด้านของเทคนิค ISBAR จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklists) มีลักษณะตามมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน และไม่ปฏิบัติ กำหนดให้คะแนน 2, 1 และ 0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล วัดโดยการนับจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล จากบันทึกการเกิดอุบัติการณ์ (occurrence report) บันทึกจำนวนอุบัติการณ์ที่พบในแต่ละข้อ ซึ่งเป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิด

การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (content validity) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม (sequence the questions) ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้พิจารณา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะเพื่อให้แบบสอบถามมีความชัดเจนของเนื้อหายิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (reliability) ไปทดลองใช้กับทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามแนวทางการสื่อสารรูปแบบ ISBAR จำนวน 10 ครั้ง โดยแต่ละครั้งของการสังเกตทีมพัฒนาคุณภาพทั้ง 2 คน จะสังเกตทีมผู้ปฏิบัติคนเดียวกัน ในเวลาเดียวกันและใช้แบบสังเกตเดียวกัน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (find a process to improve) โดยผู้ศึกษาค้นหาปัญหาของการรับส่งเวรของงานผู้ป่วยใน ทบทวนอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดในการรับส่งเวรทางการพยาบาล จากรายงานการประชุม ข้อร้องเรียนต่าง ๆ ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงานการรับส่งเวรทางการพยาบาล พบอุบัติการณ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผู้ป่วยจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ได้แก่ อุบัติการณ์การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยล่าช้า และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า เป็นต้น

2. สร้างทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล (organize team that know the process) ผู้วิจัยจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการทำงานด้านคุณภาพไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีประสบการณ์การปฏิบัติการรับส่งเวรไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน จากนั้นชี้แจง วัตถุประสงค์ และกระบวนการขั้นตอนของการศึกษา พร้อมให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นร่วมกันวางแผนในการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ รวมถึงกิจกรรมที่ต้องทำของทีมพัฒนาคุณภาพต่อไป

3. ชี้แจงสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาลกับทีมพัฒนาคุณภาพ (clarify the current knowledge of the process) กับสถานการณ์ปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหน่วยงานผู้ป่วยในที่ผ่านมา และให้ร่วมทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล

4. วางแผนกิจกรรมการพัฒนาระบวนการในการรับส่งเวรของพยาบาลงานผู้ป่วยใน ดำเนินการประเมินการรับส่งเวรทางการพยาบาล และเก็บข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ในการรับส่งเวรทางการพยาบาลของงานผู้ป่วยใน และเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (select the process improvement: S) โดยนำเอาเครื่องมือการรับส่งเวรแบบ ISBAR มาใช้ในการพัฒนาฯ ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อน นำกิจกรรมเข้าไปสังเกตกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา และให้แสดงเจตจำนงที่จะเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยจะไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมศึกษา

6. จัดอบรมให้ความรู้และทบทวนเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการรับส่งเวรกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โดยแบ่งออกเป็น 2 รุ่น ๆ ละ 4 คน อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติแก่พยาบาลให้ครบทุกคน เรียนรู้กระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิค ISBAR สร้างความเข้าใจทักษะการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

7. นำกระบวนการรับส่งเวรคุณภาพในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ไปปฏิบัติจริง โดยมีคณะทำงานพัฒนาคุณภาพคอยสังเกตการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยการทดลองใช้กระบวนการคุณภาพในการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิค ISBAR เป็นเวลา 6 สัปดาห์

8. การตรวจสอบการปฏิบัติ (check the result) ทีมพัฒนาคุณภาพดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับการพัฒนา โดยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมจากสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลและบันทึกแบบสังเกตที่กำหนดขึ้น โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแต่ละเวรจะไม่ทราบว่าจะได้รับการสุ่มสังเกตบ้าง โดยสังเกตการปฏิบัติการรับส่งเวรกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน คนละ 3 ครั้ง รวมทั้งหมดจำนวน 24 ครั้ง ซึ่งการดำเนินการสังเกตจะบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลจากการสังเกตโดยใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR ประกอบด้วย 1) I: Identify การระบุตัวตนทั้งผู้รายงานและผู้ป่วย 2) S: Situation สถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3) B: Background ข้อมูลภูมิหลังของสถานการณ์ 4) A: Assessment การประเมินสถานการณ์ และ 5) R: Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล เพื่อให้การสังเกตการส่งเวรของกลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมเวลาทำงาน

จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลเป็นข้อมูลหลังการพัฒนา กระบวนการฯ สรุปผลและนำเสนอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ และมีการตกลงร่วมกันภายในให้มีการถือปฏิบัติในหน่วยงานต่อไป และเพื่อความคงอยู่ของการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล จะต้องมีการประเมินผลโดยการสังเกตการรับส่งเวรตามรูปแบบ ISBAR เป็นระยะ และนำผลการสังเกตเสนอต่อที่ประชุมประจำเดือนอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ (Frequency) และใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลวิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละความแตกต่าง (percentage difference)

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลในการรับส่งเวรทางการพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียวและวัดผลก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design) ถ้าหากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าทีแบบไม่อิสระต่อกัน (T-Test Dependent) และในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติจะวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการ (certificate of approval) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รหัสโครงการ 64/2566 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงก่อนการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ รวมทั้งได้รับการปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.5 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 87.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 ตำแหน่งงานการทำงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.5 ไม่มีโรคประจำตัวนั้น คิดเป็นร้อยละ 75 โรคประจำตัวจะป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคอื่น ๆ เท่ากัน ร้อยละ 50 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การประเมินการปฏิบัติงานตามกระบวนการคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล

1. ประเมินการปฏิบัติงานตามกระบวนการคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลรายชื่อในแต่ละด้านตามหลัก ISBAR จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลอาศัยเกณฑ์ตามหลัก ISBAR จำนวน 8 คน ทั้งหมด 24 ครั้ง (คนละ 3 ครั้ง) โดยประเมินความถูกต้องและครบถ้วนเป็นรายชื่อในการปฏิบัติตามหลัก ISBAR หลังใช้กระบวนการตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ในด้านการระบุตัวตนของผู้รายงานและผู้ให้บริการ (Identify) พบว่า รายชื่อที่มีคุณภาพความถูกต้องครบถ้วนมากที่สุดคือ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย และหมายเลขห้องหรือเตียงผู้ป่วย ร้อยละ 100 รองลงมาคือ อายุผู้ป่วย และวัน เดือน ปี ที่รับผู้ป่วย ร้อยละ 91.67 ด้านสถานการณ์การเจ็บป่วย (S : Situation) พบว่า รายชื่อที่มีคุณภาพความถูกต้องครบถ้วนมากที่สุดคือ มีการส่งข้อมูลประเด็นอาการสำคัญ Patient illness และสัญญาณชีพล่าสุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การวินิจฉัยโรคและโรคประจำตัวผู้ป่วย ร้อยละ 95.84 ด้านข้อมูลภูมิหลัง (B : Background) พบว่า รายชื่อที่มีคุณภาพความถูกต้องครบถ้วนมากที่สุดคือ การส่งข้อมูลเกี่ยวกับยาสำคัญและ IV fluid ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 95.84 ด้านการประเมิน (A : Assessment) พบว่า รายชื่อที่มีคุณภาพความถูกต้องครบถ้วนมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ร้อยละ 83.33 ด้านข้อเสนอแนะ (R : Recommendation) พบว่า รายชื่อที่มีคุณภาพความถูกต้องครบถ้วนมากที่สุดคือ สิทธิการรักษา ร้อยละ 91.67 รองลงมาคือ สรุปการส่งต่อ /เรื่องการเฝ้าระวัง ร้อยละ 83.33 เป็นต้น แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละในการปฏิบัติตามหลัก ISBAR ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ได้รับความถูกต้องครบถ้วน (n=24)

รายชื่อ	ก่อนใช้กระบวนการฯ		หลังใช้กระบวนการฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Identify				
ระบุชื่อผู้รายงาน	12	50.00	20	83.33
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	20	83.33	24	100.00
อายุผู้ป่วย	16	66.78	22	91.67
วดป.ที่รับผู้ป่วย	17	70.83	22	91.67
ระบุแพทย์เจ้าของไข้	15	62.50	20	83.33
หมายเลขห้องหรือเตียงผู้ป่วย	18	75.00	24	100.00
Situation				
อาการสำคัญ	20	83.33	24	100.00
Patient illness	22	91.67	24	100.00
การวินิจฉัยโรค	18	75.00	23	95.84
โรคประจำตัวผู้ป่วย	19	79.16	23	95.84
สัญญาณชีพล่าสุด	22	91.67	24	100.00
Background				
History illness	17	70.83	22	91.67
ประวัติการแพ้ยา	13	54.16	20	83.33
ประวัติการผ่าตัด (ถ้ามี)	10	41.67	19	79.16
การรักษาที่ได้รับ	21	87.50	22	91.67
ยาสำคัญ	22	91.67	24	100.00
IV fluid	22	91.67	24	100.00
หัตถการ	18	75.00	22	91.76
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	18	75.00	23	95.84
Assessment				
การตรวจร่างกาย	11	45.83	20	83.33
สัญญาณชีพ	22	91.67	24	100.00
ประเมินความเจ็บปวด	10	41.67	17	70.83
ประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย	9	37.50	18	75.00
ข้อมูลด้านจิตใจ	7	29.16	16	66.78

ต่อตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละในการปฏิบัติตามหลัก ISBAR ในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ได้รับความถูกต้อง ครบถ้วน (n=24)

รายชื่อ	ก่อนใช้กระบวนการฯ		หลังใช้กระบวนการฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Recommendation				
การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ	12	50.00	18	75.00
สิทธิการรักษา	14	58.33	22	91.76
สรุปการส่งต่อ / เรื่องการเฝ้าระวังความเสี่ยง	11	45.83	20	83.33

2. ระดับคุณภาพและการเปรียบเทียบความถูกต้องครบถ้วนของการส่งเวรของพยาบาลตามหลัก ISBAR ในรายด้าน หลังใช้กระบวนการตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งเวรของพยาบาล เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพโดยรวมรายด้าน พบว่า ด้านการเกริ่นนำ (I : Introduction) มีความถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับสูง (Mean = 1.91, S.D.= 0.20) ด้านสถานการณ์การเจ็บป่วย (S : Situation) มีความถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับสูง (Mean = 1.98, S.D.= 0.08) ด้านข้อมูลภูมิหลัง (B : Background) มีความถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับสูง (Mean = 1.91, S.D.= 0.20) ด้านการประเมิน (A : Assessment) มีความถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.79, S.D.= 0.32) และด้านข้อเสนอแนะ (R : Recommendation) มีความถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.83, S.D.= 0.33) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพความถูกต้องครบถ้วนในแต่ละด้านในการรับส่งเวรก่อนและหลังการใช้กระบวนการฯ (n = 24)

รายด้าน	ก่อนใช้กระบวนการฯ			หลังใช้กระบวนการฯ		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการเกริ่นนำ						
(I : Introduction)	1.60	0.53	สูง	1.91	0.20	สูง
ด้านสถานการณ์การเจ็บป่วย						
(S : Situation)	1.82	0.34	สูง	1.98	0.08	สูง
ด้านข้อมูลภูมิหลัง						
(B : Background)	1.65	0.43	สูง	1.91	0.20	สูง
ด้านการประเมิน	1.24	0.63	ปานกลาง	1.79	0.32	สูง
(A : Assessment)						
ด้านข้อเสนอแนะ	1.33	0.70	ปานกลาง	1.83	0.33	สูง
(R:Recommendation)						

3. การเปรียบเทียบความถูกต้องครบถ้วนแต่ละด้านในการรับส่งเวรทางพยาบาลตามเทคนิค ISBAR ก่อนและหลังใช้กระบวนการฯ พบว่า หลังการใช้กระบวนการฯตามเทคนิค ISBAR พบว่า โดยด้านการระบุตัวตนของผู้รายงานและผู้ให้บริการ (I : Introduction) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 0.06$, $p\text{-value} = <0.01$) ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ (S : Situation) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 2.22$, $p\text{-value} = 0.02$) ด้านข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้บริการ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (B : Background) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.30$, $p\text{-value} = <0.01$) ด้านการประเมินสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของผู้ให้บริการในเวรปัจจุบัน (A : Assessment) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.36$, $p\text{-value} = <0.01$) ด้านการแจ้งหรือแนะนำความต้องการที่จำเป็นเร่งด่วน หรือปัญหาที่ต้องแก้ไขต่อไปของผู้ให้บริการ (R : Recommendation) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.07$, $p\text{-value} = <0.01$) เป็นต้น แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความถูกต้องครบถ้วนแต่ละด้านในการรับส่งเวรของพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการใช้กระบวนการฯตามเทคนิค ISBAR

คุณภาพรายด้าน	ก่อนใช้กระบวนการฯ		หลังใช้กระบวนการฯ		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการเกริ่นนำ						
(I : Introduction)	1.60	0.53	1.91	0.20	3.06	<0.01
ด้านสถานการณ์การเจ็บป่วย						
(S : Situation)	1.82	0.34	1.98	0.08	2.22	0.02
ด้านข้อมูลภูมิหลัง						
(B : Background)	1.65	0.43	1.91	0.20	3.30	<0.01
ด้านการประเมิน						
(A : Assessment)	1.24	0.63	1.79	0.32	3.63	<0.01
ด้านข้อเสนอแนะ						
(R:Recommendation)	1.33	0.70	1.83	0.33	3.07	<0.01

ส่วนที่ 3. การเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

จากการติดตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดของการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์ ภายในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ก่อนก่อนใช้กระบวนการฯ พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น จำนวน 35 ครั้ง โดยอุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดคือ ส่งสิ่งตรวจล่าช้า และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพล่าช้า รองลงมาคือ ระยะเวลาการรับส่งเวรล่าช้า การติดตามการทางห้องปฏิบัติการล่าช้า รับ/จำหน่าย/ส่งต่อล่าช้า และส่งต่อข้อมูล/การประสานงานไม่ครบถ้วน หลังก่อนใช้กระบวนการฯคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลพบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพียง 6 ครั้ง โดยอุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดคือ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพล่าช้า ซึ่งโดยภาพรวมอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงจากก่อนก่อนใช้กระบวนการฯ แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนการอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวชระเบียนทางพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการใช้กระบวนการตามเทคนิค ISBAR

อุบัติการณ์	จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์	
	ก่อนใช้กระบวนการ	หลังใช้กระบวนการ
1.ระยะเวลาการรับส่งเวชระเบียน	3	1
2.ลืมเก็บส่งส่งตรวจ	1	0
3.ส่งส่งตรวจล่าช้า	4	1
4.การติดตามการทางห้องปฏิบัติการล่าช้า	3	1
5.การรับคำสั่งรักษาเร่งด่วนล่าช้า	2	0
6.รับ/จำหน่าย/ส่งต่อล่าช้า	3	1
7.รายงานแพทย์ล่าช้า	1	0
8.ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพล่าช้า	4	2
9.ลืมบันทึกหัตถการ	1	0
10.การบริหารยาที่ล่าช้า/ให้ยาผิดเวลา	1	0
11.ส่งต่อข้อมูล/การประสานงานไม่ครบถ้วน	3	1
12.ลืมรายงานแพทย์	1	0
รวม	27	6

เมื่อเปรียบเทียบการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดของการรับส่งเวชระเบียนทางพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการใช้กระบวนการ พบว่า ก่อนใช้กระบวนการ พบอุบัติการณ์ทั้งหมด 27 เหตุการณ์ใน 12 ประเด็น หลังใช้กระบวนการพบอุบัติการณ์เกิดขึ้น จำนวน 6 ครั้ง เมื่อหาค่าความแตกต่างของการเกิดอุบัติการณ์ ร้อยละ 77.77 แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดของการรับส่งเวชระเบียนทางพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการใช้กระบวนการ

อุบัติการณ์	ก่อนใช้ กระบวนการ (จำนวน)	หลังใช้ กระบวนการ (จำนวน)	ความแตกต่าง (จำนวน)	ร้อยละของความ แตกต่าง
การอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น จากความผิดพลาดของ การรับส่งเวชระเบียน ทางพยาบาล	27	6	21	77.77

วิจารณ์

ในการพัฒนาระบบการคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน ตามเทคนิค ISBAR โดยข้อมูลส่วน identify, situation, background, assessment และ recommendation สามารถพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้ประยุต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้นมากขึ้น สามารถวิจารณ์ผลได้ดังนี้

1. การพัฒนาระบบคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่จะใช้การสื่อสาร ในส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลนั้น เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นปกติในทุก ๆ วัน ทั้งการรายงานข้อมูลผู้ป่วย อาการเปลี่ยนแปลง การวางแผนการพยาบาล หรือการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล จากที่ผ่านมา นั้น มีการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหลายรูปแบบ ทั้งการเขียนบันทึกทางการพยาบาล การรายงานด้วยวาจา แบบเผชิญหน้า หรือทางโทรศัพท์รวมทั้งช่องทางออนไลน์ ซึ่งการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลหรือทีมการพยาบาลนั้น มิใช่แค่เพียงข้อมูลที่ต้องการส่งเท่านั้น แต่รวมถึงความรู้ของพยาบาลที่นำมาใช้ในการส่งต่อข้อมูลด้วย ทั้งนี้ความปลอดภัยและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยด้วย⁽¹³⁾ การสื่อสารที่ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลจากผู้ส่งสาร จะทำให้ผู้รับสารได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ เกิดความคลาดเคลื่อนในการตีความที่ผิดพลาดได้ ส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ และอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจะเป็นเพียงเล็กน้อย หรือรุนแรงไปจนถึงขั้นคุกคามต่อชีวิตได้

และหลังการใช้ระบบคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามเทคนิค ISBAR ไปแล้ว พบว่าคุณภาพในการรับส่งเวรของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทุก ๆ ด้าน และรายชื่อดีขึ้น อันเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ ด้วยเทคนิค ISBAR ในสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาล จะช่วยให้ผู้รับการฝึกอบรมสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง ส่งผลต่อคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าการสื่อสารด้วยเทคนิค ISBAR เป็นรูปแบบที่กระชับ การสื่อสารทางการพยาบาลไร้รอยต่อ เพราะมีการรอบในการสื่อสารเพิ่มความชัดเจนในการส่งข้อมูลให้ครบถ้วน ใน 5 ด้าน ได้แก่ I: Identify การระบุชื่อ ระบุตัวผู้รายงาน/ตัวผู้ป่วย S: Situation สถานการณ์ผู้ป่วยที่ต้องรายงาน/ที่ต้องส่งเวร B: Background ข้อมูลภูมิหลังสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วย A: Assessment การประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยของพยาบาล และ R: Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งการรับส่งเวรโดยใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเวรได้ในระยะเวลาที่จำกัด และเร่งรีบได้ และผู้รับเวรได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ลดความผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล ส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของจูไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ (2558)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคไอเอสบาร์ ส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลของนักศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งโดยรวมและทุกรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Griffin (2010)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า รูปแบบรายงานการส่งเวรที่พัฒนาขึ้นตาม กระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

จะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วยและการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพที่เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ 1) การใช้ กระบวนการพยาบาลในการรายงานการส่งเวรที่ให้ข้อมูลที่มีความครบถ้วน เป็นขั้นตอน 2) รูปแบบรายงาน การส่งเวรที่พัฒนาตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพเป็นรายบุคคลและต่อเนื่อง พยาบาลสามารถนำความรู้ทางการพยาบาลมาวิเคราะห์ปัญหาและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคิดริเริ่มสร้างสรรค์ได้อย่างเต็มที่

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความถูกต้อง ครบถ้วนของการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามเทคนิค ISBAR ทั้งก่อนและหลังการนำกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนในทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สบายสุข และคณะ (2564)⁽¹⁶⁾ ที่ทำการศึกษาผลของการส่งเวรโดยใช้รูปแบบ ISBAR ระหว่างพยาบาลห้องฉุกเฉินกับหอผู้ป่วยในต่อคุณภาพการส่งเวรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรสถาบันโรคทรวงอก พบว่า หลังการส่งเวรโดยใช้รูปแบบ ISBAR คุณภาพการส่งเวรของพยาบาลหัวหน้าเวรห้องฉุกเฉินไปยังพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thompson และคณะ (2011)⁽¹⁷⁾ ได้นำรูปแบบ ISBAR ไปใช้ในการสื่อสารในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของออสเตรเลีย พบว่า คุณภาพการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพดีขึ้น เพิ่มการรับรู้ข้อมูล ผู้รับเวรมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เชื่อได้ว่า จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้น

๒. การเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนของการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์ ก่อนใช้กระบวนการด้วยเทคนิค ISBAR พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น จำนวน 27 ครั้ง การรับส่งเวรที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ข้อมูลในการดูแลรักษา เกิดความคลาดเคลื่อนไม่ต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาล เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า การรับส่งเวรที่สื่อสารผิดพลาดนำไปสู่การการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ และหลังก่อนใช้กระบวนการด้วยเทคนิค ISBAR พบอุบัติการณ์เกิดขึ้น จำนวน 6 ครั้ง จะเห็นว่าคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในมีแนวทางการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ได้ข้อมูลครบถ้วน ครบคลุมมากยิ่งขึ้น จึงส่งผลต่อการพบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลจึงลดน้อยลงซึ่งเห็นได้ชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนากระบวนการคุณภาพการรับส่งเวรดังกล่าว มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติการรับส่งเวรอย่างชัดเจน ซึ่งจากเดิมซึ่งไม่มีกรอบหรือวิธีการรับส่งเวรที่ชัดเจน บางครั้งมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยขาดข้อมูลบางรายการ จึงทำให้มีข้อมูลและกิจกรรมบางอย่างไม่มีการส่งต่อและเกิดอุบัติการณ์จากการรับส่งเวรได้ ดังนั้นเมื่อมีแนวทางที่ชัดเจนแล้ว พยาบาลวิชาชีพทุกคน ได้มีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเข้มงวด ทำให้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทำได้ครบถ้วนยิ่งขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังพัฒนากระบวนการฯ ซึ่งโดยภาพรวม พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงจากก่อนใช้กระบวนการฯซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจน ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา สบายสุข และคณะ (2557)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลก่อนการใช้โปรแกรมลดจาก 11 ครั้งเหลือ 5 ครั้ง มีความต่างร้อยละ 54.55

เช่นเดียวกับสุปราณี ศรีพลาวงษ์ และคณะ (2560)⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้ระบบการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อความเสี่ยงทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า การปฏิบัติตามรูปแบบการใช้ระบบการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 64.6) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.3) เมื่อเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก ด้านการระบุตัวผู้ป่วยอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านพลัดตกหกล้มมีจำนวนลดลงจาก 2 ครั้ง เป็น 0 ครั้ง และอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการบริหารยาความเสี่ยงสูงมีจำนวน ลดลงจาก 1 ครั้ง เป็น 0 ครั้ง คะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนภาพรวมหลังการใช้ รูปแบบระบบการพยาบาล (ร้อยละ 91.39) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบระบบการพยาบาล (ร้อยละ 90.38) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบระบบการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$)

ดังนั้นการใช้เทคนิค ISBAR จึงเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การสื่อสารมีความชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพ เชื่อถือได้และผ่านการตรวจสอบว่าช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีโครงสร้างชัดเจนสามารถนำมาใช้กำหนดกรอบการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่กระชับ รวบรวมครอบคลุมสิ่งที่จำเป็น และสื่อสารในรูปแบบเดียวกัน⁽⁶⁾ และปัจจุบันได้มีการประยุกต์และนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการสื่อสารอย่างมากขึ้น ทำให้มีการส่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน และถูกต้อง มีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาได้ชัดเจนมากขึ้นทั้งนี้เพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้ จะเห็นว่าการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเอื้อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนากระบวนการคุณภาพของการรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้พยาบาลเวรถัดไป สามารถนำข้อมูลไปแก้ปัญหาตามความต้องการให้ผู้ป่วยได้ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลที่ต่อเนื่อง เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตลอดจนทำให้การบริการทางการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ ใช้การสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตรู้ตัว ซึ่งอาจมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการรับส่งเวรที่ไม่แท้จริงหรือเป็นธรรมชาติของบุคคล และเนื่องจากในการศึกษานี้ ทีมสังเกตเป็นพยาบาลที่อยู่ภายนอกงานผู้ป่วยใน ดังนั้นอาจเป็นข้อจำกัดในการสังเกตความสม่ำเสมอของพฤติกรรมปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรพยาบาลสามารถกรอบการสื่อสารในรูปแบบ ISBAR ไปใช้ในการรายงานการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และบูรณาการติดตามตรวจเยี่ยมหน้างานร่วมกับทีม RM และสรุปประเด็นในการตรวจเยี่ยม ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบเป็นระยะ

2. ใช้หลัก ISBAR มาทำเป็น KPI ของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในทุกลูกเตียงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการแต่งตั้งคณะทำงานประเมินงาน ISBAR กับพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับประเมินความรู้ ISBAR กับพยาบาล

3. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยเทคนิค ISBAR ให้กับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาผ่านคลิปวิดีโอเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. ควรมีการกำกับ ติดตามและประเมินความถูกต้อง ครบถ้วน ของการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามเทคนิค ISBAR อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 1. นำรูปแบบและเทคนิคการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยแบบ ISBAR ไปพัฒนางานการพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับการนิเทศกับติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
 2. ควรขยายกิจกรรม ISBAR ไปสู่ยังพยาบาลกลุ่มงานอื่นๆ เปรียบเทียบประสิทธิผลกันระหว่างหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อหาจุดอ่อนของแต่ละงานแล้วนำมาปรับใช้กับหลักการ ISBAR ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
 3. ควรนำเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนการนำเอาเทคนิคไอเอสบาร์ไปใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการควบคุมมาตรฐานในการรับส่งเวรทางการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลที่ให้คำปรึกษาและชี้แนะตลอดจนการช่วยตรวจ แก้ไขข้อบกพร่องของเอกสารการรับส่งเวรทางการพยาบาลรวมทั้งนอพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยในทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ จนการวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Forde MF, Coffey A, Hegarty J. The factors to be considered when evaluating bedside handover. J Nurs Manag 2018; 26(7): 757-68. doi: 10.1111/jonm.12598.
2. เสาวนีย์ ราชคม, มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัสวพลังกุล. ประสิทธิภาพของการนิเทศทางการพยาบาลต่อความถูกต้องในการส่งเวรโดยใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR. วารสารตรงพยาบาลกำแพงเพชร 2565; 26(1):78-88.
3. ศรีลาวัลย์ สัจจะสกุลชัย, อารี ชิวเกษมสุข. ผลการใช้รูปแบบรายงานการส่งเวรด้วยกระบวนการพยาบาลและการบริหารความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการสื่อสาร. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559; 8(2): 91-106.
4. อัญชลี สิงห์น้อย, อภิรติ นันทศุภวัฒน์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล. การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์ แห่งหนึ่ง. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2561; 5(3): 29-42.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (มหาชนองค์กร). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เพมส์แอนด์ซัสเซสฟลู; 2561.
6. 20. Joint Commission Accreditation of Healthcare organization (JCAHO). Implementing the SBAR Technique. Patient Safety. Toronto Rehabilitation Institute 6 [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun. 18]. Available from: <http://opm.gov/insure/health/planinfo/safety>.

7. Bourne C. Inter shift report: A standard for handovers. NT Research 2000; 5(6): 451-489.
8. Patterson ES, Wears RL. Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010; 36(2): 52-61.
9. สายทิพย์ ไชยรา. (2558). การพัฒนารูปแบบรายงานส่ง เวิร์ดด้วยกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
10. Boaro N, Fancott C, Baker R, Velji K, Andreoli A. Using SBAR to improve communication in inter professional rehabilitation teams. J Inter Prof Care. ๒๐๑๐; ๒๔(๑): ๑๑๑-๔.
11. Joint Commission National Patient Safety Goal. Improving handoff communications: Meeting National Patient Safety Goal 2E. The Joint Perspectives on Patient Safety. 2006; 6(8): 9-15.
12. กรรณิกา ธนไพโรจน์, สุคนธ์ ไชแก้ว, สมพันธ์ หิญาชีระนันท์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 14(1),9-24.
13. Rose, M., & Newman, S. Factors influencing patient safety during postoperative Handover. American Association of Nurse Anesthetists Journal, 2016; 84(5): 329-338.
14. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี,ทรงศรี สรณสถาพร, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39 (2), 98-112.
15. Griffin.,T. Bringing Change of Shift Report to the Bedside: A patient and Family Centered Approach. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 2010; Vol.24 No. 4: 348-353
16. สุกัญญา สบายสุข, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และกนกพร แจ่มสมบูรณ์. (2564). ผลของการส่งเวรโดยใช้รูปแบบไอเอสบาร์ระหว่างพยาบาลห้องฉุกเฉินกับผู้ป่วยในต่อคุณภาพการส่งเวรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรสถาบันโรคทรวงอก. วารสารพยาบาลศึกษา, 14(2), 39-51.
17. Thompson,J.E.,Collett,L.W.,Langbart,M.J.,Purcell,N.J.,Boyd,S M.,Yuminaga,Y., et al. Using The ISBAR Handover Tool in Junior Medical Officer Handover: a Study in an Australian Tertiary Hospital. Postgraduate Medical Journal [online]. 2011 [cited 4/11/2022]; 87(1027):340344. Available from <https://doi.org/10.1136/pgmj.2010.105569>
18. สุปรานี ศรีพลาวงษ์, ชุลินดา ทิพย์เกสร. ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อความเสี่ยงทางคลินิกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม[อินเทอร์เน็ต].2560 (เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2566). เข้าถึงได้จาก https://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/km/1507187196_15.pdf

การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ
ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

Development of nursing practice guidelines for the prevention of phlebitis
In patients receiving Intravenous therapy at in patient department
Kukaew hospital, Udon Thani Province.

นภา อุทัยศรี พย.บ.

โรงพยาบาลกู่แก้ว อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

Napha Uthaisri (B.N.S)

Kukaew hospital, Kukaew District,
Udon Thani Province.

(Received: 1 December 2023, Revised 5 January 2024, Accepted: 9 January 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดของเคมมิสและแมคทาการ์ท วงจร PAOR มาพัฒนาและนำไปปรับใช้กับการทำงานให้ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกู่แก้ว จำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยอาศัยเกณฑ์การคัดเข้าคือ จำนวน 385 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบประเมินตนเองของพยาบาล และแบบสังเกตการปฏิบัติทางการพยาบาล 2) แบบประเมินการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 3) แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติทางการพยาบาล 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและของผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired T-test

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล โดยภาพรวมรายข้อมีการปฏิบัติ ทุกครั้ง (Mean = 4.41, S.D. = 0.50) ผลการประเมินแนวทางปฏิบัติการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแนวใหม่ มีความเหมาะสมมากที่สุด (Mean = 4.27, S.D. = 0.70) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติการตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล หลังเข้าอบรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำลดลง จากร้อยละ 2.44 เป็น 0.60 ในด้านความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยต่อแนวทางการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ โดยส่วนใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับมาก ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทาง, การให้สารน้ำ, หลอดเลือดดำอักเสบ

ติดต่อผู้พิมพ์: นภา อุทัยศรี อีเมล: nubtungmetapon@gmail.com

Abstract

This action research aim to develop nursing practice guidelines to prevent venous inflammation in patients receiving intravenous fluids. Inpatient nursing work Ku Kaew Hospital, Udon Thani Province. This an apply the concepts of Chemis and McTaggart, the PAOR circuit, to be developed and applied to work better. The sample group consisted of professional nurses who performed inpatient work of Ku Kaew Hospital, 13 people and patients receiving intravenous fluids Based on the inclusion criteria, the number was 385 people. Data were collected using 1) a nurse self-assessment form and nursing practice observation form 2) a venous inflammation assessment form 3) a nursing practice knowledge test 4) a nurse and patient satisfaction assessment to follow nursing guidelines which has been verified by 3 experts and analyzed using mean, percentage, standard deviation and Paired T -test.

The results found that compliance with nursing practice guidelines Overall, each item was performed every time (Mean = 4.41, S.D. = 0.50). The evaluation of nursing practice guidelines to prevent the occurrence of venous inflammation in patients receiving intravenous fluids, the new method is most appropriate (Mean = 4.27, S.D. = 0.70) and when comparing knowledge in operating according to nursing practice guidelines after Attending the training increased more than before attending the training at a significance of 0.05 and found that venous inflammation of patients receiving intravenous fluids decreased from 2.44 to 0.60 percent. Regarding the satisfaction of nurses and patients with the intravenous fluid administration guidelines In order to prevent the occurrence of phlebitis, it was mostly found that the sample groups were satisfied at the highest and very high levels, respectively.

Keywords: Guidelines Development, Intravenous therapy, extravasation

Corresponding author: Napa Uthaisri Email: nubtungmetapon@gmail.com

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Intravenous infusions) เป็นการให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำน้ำตาล และเกลือแร่เจือจางในปริมาณมากแก่ผู้ป่วยเข้าทางหลอดเลือดดำ จะเห็นว่าการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำนั้นมีความสำคัญต่อการให้การรักษายาบาลมาก ถึงแม้จะเป็นวิธีการที่มีประโยชน์แต่อาจก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนได้ ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย ๆ ได้แก่ การที่ของเหลวแทรกซึมในเนื้อเยื่อ (Infiltration) หรือการมีของเหลวคั่งในเนื้อเยื่อชั้นในใต้ผิวหนัง ที่เกิดจากเข็มแทงทะลุออกนอกหลอดเลือดโดยบริเวณที่แทงเข็มจะมีการบวมและปวด ซึ่งการอักเสบของหลอดเลือดดำ (Phlebitis) นั้นเป็นที่สามารถป้องกันได้⁽¹⁾ ถ้าหากเกิดภาวะการอักเสบของหลอดเลือดดำแล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด และ

ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นหรืออาจสูญเสียอวัยวะ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้น มีค่ายาปฏิชีวนะและค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามมา⁽²⁾ ดังนั้นพยาบาล จึงควรมีความรู้ในการดูแล การเฝ้าติดตามอาการ การค้นหา การป้องกันและแก้ไข ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบซ้ำ นอกจากนี้ การเฝ้าระวังและการแจ้งเตือนญาติและผู้ป่วยเอง ก็นับว่ามีความสำคัญไม่น้อย เพราะจะเป็นการช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับรู้อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น หลังจากการได้รับสารน้ำทาง หลอดเลือดดำได้ด้วย⁽³⁾ จะเห็นได้ว่า การที่พยาบาลได้มีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติให้เป็นไปเป็นไปตามแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ จะมีผลอย่างยิ่งต่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนอุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบในงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแก้วพบว่า มีอุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำโรงพยาบาลแก้วที่กำหนดไว้ คือ อัตราการเกิดหลอดเลือดดำในหน่วยงานเท่า 0 ต่อจำนวนตำแหน่งของการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย⁽⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบจำนวน 10 ครั้ง คิดอัตราเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเท่ากับ 0.94 จากจำนวนตำแหน่งของการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมด 1,062 ตำแหน่ง เกิดในระดับ 2 ทั้งหมดจำนวน 10 ครั้ง ซึ่งในปีพ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 11 ครั้ง แยกเป็นระดับ 2 จำนวน 10 ครั้ง ระดับ 3 จำนวน 1 ครั้ง คิดอัตราเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเท่ากับ 0.70 จากจำนวนตำแหน่งของการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมด 1,562 ตำแหน่ง มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำจำนวน 2 ครั้ง และในปีพ.ศ.2566 ตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม- สิงหาคม 2566 พบอุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบจำนวน 24 ครั้ง แยกเป็นระดับ 2 จำนวน 20 ครั้ง ระดับ 3 จำนวน 3 ครั้ง ระดับ 4 จำนวน 1 ครั้ง คิดอัตราเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเท่ากับ 1.80 จากจำนวนตำแหน่งของการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมด 1,282 คน ผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 4 ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องทำการผ่าระบายหนองบริเวณที่เกิดการอักเสบ ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยครั้งนี้ และกังวลที่ต้องรับการให้สารน้ำอีกครั้ง สูญเสียการหารายได้เลี้ยงชีพรายวันและขาดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล⁽⁴⁾

จะเห็นว่าการเกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบระดับ 4 ถือว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับที่รุนแรงในหอผู้ป่วย และอุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 2-3 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีข้อร้องเรียนด้านการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทั้งที่มีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในหน่วยงาน ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และป้องกันผลกระทบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีหน้าที่ในการเตรียมและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำเป็นต้องตระหนักและควรหาแนวทางเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นยุคของการพัฒนาเพื่อคุณภาพการบริการซึ่งในการบริหารความเสี่ยง มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งของคุณภาพบริการ ดังนั้นความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้ป่วยที่เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในอย่างยิ่ง⁽³⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ

- 1) เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำ

ทางหลอดเลือดดำ 2) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ 3) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้ระยะเวลาทำการศึกษาค้นคว้า 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart)⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นวงจรแบบ PAOR มาประยุกต์ใช้ซึ่งประกอบ 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ 3) ขั้นตอนการสังเกต และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนกลับ เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทำการศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุแก้ว จำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุแก้ว จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 385 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร⁽⁷⁾ และอาศัยเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมงานวิจัยทุกขั้นตอน 2) เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป 3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำมาจากหน่วยงานอื่น 3) พยาบาลปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง
 - 1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุแก้ว จำนวน 4 ข้อ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน
 2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำ จำนวน 6 ข้อ
 3. แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ข้อ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแปลผลคำตอบ ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 (คะแนน ต่ำกว่า 6) ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 60.00-79.00 (คะแนนตั้งแต่ 7-12) ระดับความรู้สูง คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80.00-100.00 (คะแนน 13-20)
 4. แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ด้าน 1) การรับคำสั่งแพทย์และการเตรียมอุปกรณ์ก่อนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2) การเตรียมผู้ป่วย, การประเมินตำแหน่งที่แทงเข็มและการแทงเข็ม 3) การพยาบาล, ติดตามผู้ป่วยหลังแทงเข็มให้สารน้ำ 4) การล้าง และหล่อสายสวนหลอดเลือดดำ 5) การถอด IV catheter 6) การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยการทำควมสะอาดมือ รวมทั้งสิ้น 48 ข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) ให้คะแนน ดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (4 คะแนน) และปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยที่ 1-1.8 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 1.81-2.6 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.61-3.4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.41-4.2 หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ค่าเฉลี่ย 4.21-5 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้งเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

5. แบบประเมินแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล และแบบสังเกตแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Rating scale) (5) นำคะแนนมากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลผล อันตรภาคชั้นระดับ 1 เหมาะสมน้อยที่สุด ระดับ 2 เหมาะสมน้อย ระดับ 3 เหมาะสมปานกลาง ระดับ 4 เหมาะสมมาก และระดับ 5 เหมาะสมมากที่สุด

6. แบบประเมินการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis scale)⁽⁶⁾ ใช้ควบคุมแบบบันทึกแจ้งเตือนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใช้ในการส่ง-รับเวร โดยคำนวณอัตราการเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำโดยการเกิด phlebitis grade 1-4 x 100/จำนวนตำแหน่งของการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมด โดยแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของหลอดเลือดดำอักเสบมีดังนี้ ระดับ 0 ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ระดับ 1 แดงรอบรอยเข็มร่วมกับมีอาการปวดหรือไม่ปวดก็ได้ ระดับ 2 ปวดรอบรอยเข็มพร้อมกับแดงและ/หรือบวม ระดับ 3 ปวดรอบรอยเข็มพร้อมกับแดง และ/หรือบวม มีรอยแดงเป็นทางคลาได้หลอดเลือดแข็งน้อยกว่าเท่ากับ 1 นิ้ว ระดับ 4 ปวดรอบรอยเข็มพร้อมกับแดง และ/หรือบวม มีรอยแดงเป็นทางคลาได้หลอดเลือดแข็งมากกว่า 1 นิ้ว และระดับ 5 ปวดรอบรอยเข็มพร้อมกับแดง และ/หรือบวม มีรอยแดงเป็นทางคลาได้หลอดเลือดแข็งมากกว่า 1 นิ้วและมีหนอง เป็นต้น

7. แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

8. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และหาค่าดัชนีสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปคำนวณ IOC ได้ค่าเท่ากับ 0.93, 0.88, 0.92, 0.88 และ 0.93 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try - out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง และนำค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถาม โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.90, 0.90, 0.86, 0.81 และ 0.86 นำแบบสอบถามความรู้ไปหาค่าดัชนีความยากง่ายหรือค่า $P^{(8)}$ ได้ค่า P เฉลี่ยเท่ากับ 0.59 แปลผลได้ว่า ข้อสอบมีความยากง่ายพอเหมาะ รายข้ออยู่ระหว่าง 0.31-0.77

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้อมูลอุบัติการณ์ หลอดเลือดดำอักเสบในหน่วยงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขป้องกัน จากการประชุมบุคลากรใน หน่วยงาน ยกร่างมาแนวทางปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

- โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ผลกระทบของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ค้นหาสาเหตุและนำปัญหาเข้าสู่การประชุมทีมคร่อมสายงานด้านคลินิก และทีมควบคุมการติดเชื้อ ของโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันหาข้อมูล
- ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียดรวมทั้งการเสนอแนวทาง และความต้องการการพัฒนาแนว ปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยประชุมบุคลากรในหน่วยงานทุกคน
- นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาร่างเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำ
- นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสม ก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไปปรับปรุงอีกครั้ง
- จัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำทาง หลอด เลือดดำ
- ประชุมชี้แจงและฝึกอบรมให้ความรู้กับแนวทางปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติในการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำที่ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน จากนั้นนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) โดยนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอด ดำอักเสบที่เป็นลายลักษณ์อักษร

- ส่งมอบให้ทีมด้านคลินิก 1 ฉบับ
- ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะหลอดดำอักเสบ โดยใช้สื่อวิดีโอของชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแห่งประเทศไทย
- สื่อสารแนวทางที่พัฒนาขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษรให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทราบ เป็นแบบ electronic file
- นำแบบประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis scale) ไปใช้ในหน่วยงาน
- จัดทำแผ่นความรู้การสังเกตอาการผิดปกติหลังได้สารน้ำแจ้งผู้ป่วย ให้คำแนะนำะทำการรับใหม่ และเก็บข้อมูลในแบบบันทึกแจ้งเตือน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

- นำข้อมูลไปใช้ในการส่งและรับเวรการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคู่แก้ว เพื่อเป็นการสื่อสาร แจ้งเตือนระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และจัดหาอุปกรณ์ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้มาตรฐานตามแนวทางกำหนด

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing) การใช้แนวทางปฏิบัติฯ โดยหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน การตรวจเยี่ยมหน้างาน และสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของ พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินตนเอง จากการตอบ แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้

สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยตนเอง มีการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลรายวันจากการ IV round กับผู้ป่วย ประเมินผล การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) ประเมินผลความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยการทดสอบหลังการอบรม การติดตามสอบถามผู้ป่วยข้างเตียงประเมินความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาล จากนั้นประชุม บุคลากรในหน่วยงาน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไข ปัญหาดังกล่าวร่วมกันในหน่วยงาน เปรียบเทียบผลการดำเนินการให้เห็นความแตกต่างและสะท้อนข้อมูลสู่ผู้ป่วยปฏิบัติ และ ประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติ paired t-test โดยกำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แนวทางปฏิบัติและประเมินการเกิดอุบัติเหตุการหลอดเลือดดำอักเสบอธิบายถึงความสร้างข้อสรุป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุตรดิตถ์ เลขที่ UDREC 1167 วันที่รับรอง 9 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับ ขั้นตอนของการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ และมีสิทธิ์บอกยุติใน การเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ในกรณีที่ปฏิเสธไม่เข้าร่วมผู้ป่วยจะยังคงได้รับการบริการ การดูแลที่ได้มาตรฐานจากบุคลากรในทีมสุขภาพทุกประการ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็น ความลับ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.00 อายุเฉลี่ยอยู่ ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 53.80 รองลงมาคือ ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 46.20 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 และ ประสบการณ์ในการทำงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกู่แก้ว มากที่สุด ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 46.20 รองลงมาคือ ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 38.50 และ ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 15.40 ตามลำดับ

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (N=385) ผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 213 คน ร้อยละ 55.30 เพศหญิง จำนวน 172 คน ร้อยละ 44.00 ช่วงอายุที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำจำนวนมากที่สุดอยู่ที่ อายุระหว่าง 51 ปีขึ้นไป และจำนวนน้อยสุดช่วงอายุที่ ระหว่าง 20-30 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 268 ร้อยละ 69.00 รองลงมาคือโรคอื่น ๆ จำนวน 38 คน ร้อยละ 38 โรคเบาหวาน จำนวน 23 คน ร้อยละ 5.80 โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และโรคไต จำนวน 19 คน ร้อยละ 4.90 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน ร้อยละ 4.90 โรคตับแข็ง จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.80 ไตวายระยะ 1-5 จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.50 ตามลำดับ

2. แนวทางในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พบว่า แนวทางปฏิบัติใหม่ที่เกิดขึ้นอาศัยแนวทางการปฏิบัติกับผู้ป่วยในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของชมรมเครือข่ายพยาบาลน้ำแห่งประเทศไทยและแนวทางของ Udon tani IV care bundle 2023 ยกร่างแนวทางปรับตามบริบทโรงพยาบาล แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระหว่างแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแบบเดิมและแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่

แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแบบเดิม	แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่พัฒนาขึ้นใหม่
1.แหล่งที่มาของข้อมูล 1.1.ไม่มีการอ้างอิงแนวทางในเอกสารชัดเจน แนวทางปฏิบัติได้จากการค้นหาข้อมูลในเว็บไซต์ และวารสารในอินเทอร์เน็ตที่หลากหลาย	1.แหล่งที่มาของข้อมูล 1.1.นำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย และแนวทางของ Udon tani IV care bundle 2023 ยกร่างแนวทางปรับตามบริบทโรงพยาบาล
1.2.การพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	1.2.ศึกษาและอ้างอิงคู่มือการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่แทงและคาเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ⁽⁹⁾ เพื่ออ้างอิงในเนื้อหาการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละขั้นตอน ให้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน
1.3.ไม่มีการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ	1.3.มีการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของแนวทางปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ก่อนนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ป่วย
2.ขั้นตอนปฏิบัติทางการพยาบาลเดิม 2.1.ขั้นตอนการทำความสะอาดผิวหนัง ทำความสะอาดด้วย 70% แอลกอฮอล์ เช็ดรอบ ๆ	2.ขั้นตอนปฏิบัติทางการพยาบาลพัฒนาใหม่ 2.1.ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยออกแรงเช็ด ขัด ภูมิภาคด้วย 70% แอลกอฮอล์ให้สะอาดจนกว่าคราบโคลนหมักมีความกว้างไม่น้อยกว่าขนาดของแผ่นฟิล์มใสปลอดเชื้อ
2.2.การยึดตัวเข็มและใช้วัสดุปิดเข็ม สติกเกอร์ IV สีรุ้ง	2.2.การยึดตัวเข็มและใช้วัสดุปิดเข็ม ติดสติกเกอร์ระบุ วัน เวลา ที่แทงเข็ม วันครบเปลี่ยน สติกเกอร์ IV สีรุ้ง ติดชื่อผู้แทงเข็ม

ต่อตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระหว่างแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแบบเดิมและแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่

แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแบบเดิม	แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่พัฒนาขึ้นใหม่
2.3.ไม่มีการบันทึกหลังให้สารน้ำ	2.3.ต้องมีการบันทึกข้อมูลหลังแทงเข็มให้สารน้ำ
2.4.การพยาบาล, ติดตามผู้ป่วยหลังแทงเข็มให้สารน้ำไม่มีกำหนดเวลาเป็นแนวทางชัดเจน	2.4.การพยาบาล, ติดตามผู้ป่วยหลังแทงเข็มให้สารน้ำมีกำหนดเวลาชัดเจน แยก ประเภท ชัดเจน
2.5.การล้าง และ หล่อสายสวนหลอดเลือดดำ -ทำความสะอาดข้อต่อ ไม่ได้ล้างหลัก Scrub the hub มาใช้ ไม่มีกำหนดปริมาณสารน้ำที่ใช้ในการล้างสาย	2.5.การล้าง และ หล่อสายสวนหลอดเลือดดำ กำหนดให้ต้องทำความสะอาดตามหลัก Scrub the hub มีกำหนดปริมาณสารน้ำที่ใช้ล้างสายชัดเจนตามประเภท ที่ผู้ป่วยได้รับ
2.6 การถอด IV catheter -ทำโดยพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้	2.6.การถอด IV catheter - ทำโดยพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น

3. ความรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ก่อนการฝึกอบรมฯ พยาบาลมีความรู้ในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 68.84 โดยมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.77 ภายหลังอบรมการใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ พบว่า พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.38 โดยมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.08 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังการเข้าอบรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการเข้าอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อน-หลังการเข้าอบรมแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (N=13)

การทดสอบ	ร้อยละ	Mean	S.D	df	t	p-value
1.ก่อนการเข้าอบรม	68.84	13.77	3.24	12	-4.35	0.001
2.หลังการเข้าอบรม	90.38	18.08	1.50			

* $p \leq 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของ ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1) การปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า รายข้อที่มีการปฏิบัติทุกครั้ง คือ การรับคำสั่งแพทย์ และการเตรียมอุปกรณ์ก่อนให้สารน้ำ (Mean = 4.55, S.D.= 0.52) การพยาบาลและการติดตามผู้ป่วยหลัง แหวงเข็มให้สารน้ำ (Mean = 4.27, S.D. = 0.88) การ flush (Mean = 4.35, S.D. = 0.72) การถอด IV catheter (Mean = 4.49, S.D. = 0.53) และการป้องกันการติดเชื้อโดยการทำความสะอาดมือ (Mean = 4.46, S.D. = 0.60) ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติเกือบทุกครั้งคือ การเตรียมผู้ป่วย, การประเมินตำแหน่งที่แทงเข็มและการแทงเข็ม (Mean = 4.13, S.D. = 0.70) เป็นต้น

2) ผลจากการสังเกตของหัวหน้าเวร พบว่า โดยส่วนใหญ่จะมีผลเหมือนกับการประเมินตนเองของ พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน การรับคำสั่งแพทย์และการเตรียมอุปกรณ์ก่อนให้สารน้ำ (Mean = 4.87, S.D. = 0.20) การพยาบาลและการติดตามผู้ป่วยหลังแทงเข็มให้สารน้ำ (Mean = 4.26, S.D. = 0.61) การ flush (Mean = 4.35, S.D. = 0.58) การถอด IV catheter (Mean = 4.49, S.D. = 0.53) และการป้องกันการติดเชื้อ โดยการทำความสะอาดมือ (Mean = 4.46, S.D. = 0.45) ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติเกือบทุกครั้งคือ การเตรียมผู้ป่วย, การประเมินตำแหน่งที่แทงเข็มและการแทงเข็ม (Mean = 4.14, S.D. = 0.64) เป็นต้น แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการปฏิบัติของพยาบาล และการสังเกต การปฏิบัติตามแนวการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำ อักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

รายชื่อ	การปฏิบัติตามแนวทาง			ผลการสังเกต		
	Mean	S.D	การปฏิบัติ	Mean	S.D	การปฏิบัติ
การรับคำสั่งแพทย์และการเตรียม อุปกรณ์ก่อนให้สารน้ำ	4.55	0.52		0.20	4.87	
การเตรียมผู้ป่วย, การประเมิน ตำแหน่งที่แทงเข็ม และการแทงเข็ม	4.13	0.70	เกือบทุกครั้ง	0.64	4.14	เกือบทุกครั้ง
การพยาบาลและติดตามผู้ป่วยหลัง แหวงเข็มให้สารน้ำ	4.27	0.86	ทุกครั้ง	0.61	4.26	ทุกครั้ง
การ flush	4.35	0.72	ทุกครั้ง	0.58	4.35	ทุกครั้ง
การถอด IV catheter	4.49	0.53	ทุกครั้ง	0.53	4.49	ทุกครั้ง
การป้องกันการติดเชื้อโดยการทำความสะอาดมือ	4.46	0.60	ทุกครั้ง	0.45	4.46	ทุกครั้ง
รวม	4.23	0.70	ทุกครั้ง	4.41	0.50	ทุกครั้ง

5. การประเมินแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ พบว่า ระดับความเหมาะสมของแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พบว่าโดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับเหมาะสมมากที่สุด (Mean = 4.27, S.D. = 0.70) มีเพียงบางรายข้อเท่านั้นที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก คือ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Mean = 3.00, S.D. = 1.00) และแนวคิดในการพัฒนา (Mean = 2.67, S.D. = 1.15) เป็นต้น แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความเหมาะสมของแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

รายการ	Mean	S.D	ระดับความเหมาะสม
1.ขอบเขตและวัตถุประสงค์	3.00	1.00	มาก
2.แนวคิดในการพัฒนา	2.67	1.15	มาก
3.การรับคำสั่งแพทย์และการเตรียมอุปกรณ์ให้สารน้ำ	4.67	0.85	มากที่สุด
4.การเตรียมผู้ป่วยและประเมินตำแหน่งแทงเข็มและการแทงเข็ม	3.67	1.53	มากที่สุด
5.การพยาบาล,ติดตามผู้ป่วยหลังแทงเข็มให้สารน้ำ	3.00	1.00	มาก
6.การล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำ	2.67	1.15	มาก
7.การถอด IV catheter	4.67	0.85	มากที่สุด
8.การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยการทำความสะอาดมือ	3.67	1.53	มากที่สุด
9.สอดคล้องกับแนวทางของชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย	4.67	0.58	มากที่สุด
10.สอดคล้องกับนโยบาย 3P Safety	4.67	0.58	มากที่สุด
11.สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.67	0.58	มากที่สุด
12.เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรนำไปใช้	4.67	0.58	มากที่สุด
13.เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ	4.67	0.58	มากที่สุด
14.เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.67	0.58	มากที่สุด
15.เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล	4.33	0.58	มากที่สุด
16.ความเหมาะสมต่อภาพรวม	4.33	0.58	มากที่สุด
รวม	4.27	0.70	มากที่สุด

6. การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis scale) ผลการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบลดลง คือก่อนใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 2.44 และหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 0.60 ต่อจำนวนตำแหน่งของการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทั้งหมด แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis scale) ก่อน-หลังการใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ	ก่อนใช้แนวทางฯ		หลังใช้แนวทางฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 0	360	95.80	377	98.00
ระดับ 1	9	2.33	4	1.00
ระดับ 2	14	1.56	4	1.00
ระดับ 3	1	0.23	0	0.00
ระดับ 4	1	0.08	0	0.00
จำนวนตำแหน่งแทงเข็มทั้งหมด	1,022		1,326	
รวม	385	100.00	385	100.00

7. ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ โดยภาพรวมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อแนวทางการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.14, S.D. = 0.69) แสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (N=13)

ข้อความถาม	Mean	S.D	ระดับ
1.แนวทางปฏิบัติมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	4.69	0.48	มากที่สุด
2.แนวทางปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.69	0.48	มากที่สุด
3.แนวทางมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	4.54	0.52	มากที่สุด
4.เนื้อหาในแนวทางเข้าใจได้ง่าย	4.69	0.48	มากที่สุด
5.แนวทางปฏิบัติช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	4.85	0.38	มากที่สุด
6.แบบฟอร์มในแนวทางสะดวกในการใช้งาน	4.77	0.44	มากที่สุด
7.การเรียงลำดับขั้นตอนเข้าใจง่าย	4.92	0.28	มากที่สุด
8. ความชัดเจนของเนื้อหาวิชาการ เชื่อถือได้ ปฏิบัติตามง่าย ไม่ขัดกับบริบทหน่วยงาน	4.69	0.48	มากที่สุด
9.พึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ	4.77	0.44	มากที่สุด
รวม	4.73	0.44	มากที่สุด

8. ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก (Mean = 4.14, S.D.= 0.69) มีเพียงบางข้อเท่านั้นที่พึงพอใจมากที่สุดคือ การให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ (Mean = 4.25, S.D.= 0.70) และความพึงพอใจภาพรวมในการได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Mean = 4.43, S.D.= 0.66) เป็นต้น แสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (N=385)

ข้อคำถาม	Mean	S.D	ระดับความพึงพอใจ
1.บุคลิกภาพและการแต่งกายของพยาบาล	4.14	0.64	มาก
2.การยืนยันตัวตนผู้ป่วยก่อนให้สารน้ำและยุติการให้สารน้ำ	4.05	0.86	มาก
3.การให้คำแนะนำก่อนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	4.03	0.73	มาก
4.การให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ	4.25	0.70	มากที่สุด
5.การตรวจเย็บประเมินอาการหลังการให้สารน้ำ	3.96	0.56	มาก
6.ความพึงพอใจภาพรวมในการได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	4.43	0.66	มากที่สุด
รวม	4.14	0.69	มาก

วิจารณ์

แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยทุกขั้นตอนของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จากผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติฯ ชุดเก่ามีโอกาสเกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบเป็นมากกว่าแนวปฏิบัติฯ ชุดใหม่ ทั้งนี้เพราะยังมีข้อบกพร่องอยู่หลายประการ ส่วนแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่นั้น จะมีความทันสมัย มีเนื้อหาที่ผู้ปฏิบัตินำไปเป็นหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติ มีการเรียงเรียงขั้นตอนการปฏิบัติไว้เป็นหมวดหมู่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามได้ตรงตามหลักมาตรฐาน โดยเฉพาะการมีติดสติ๊กเกอร์วันที่แทงเข็มและวันที่ครบเปลี่ยนชื่อผู้แทงเข็ม และการรับ-ส่งเวร เพื่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานในการดูแลเปลี่ยนที่แทงเข็มหรืออาการต่าง ๆ ที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วย จะช่วยลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบที่เห็นผลได้ชัดเจน

ในส่วนของการแจกแผ่นความรู้และให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นจะต้องแจ้งพยาบาลให้ทราบโดยเร็ว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อการเกิดความผิดปกติหลังการให้สารน้ำอย่างทันเวลา ลดการเกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 3 ถึง 4 ได้เป็นอย่างดี

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ และคันสนีย์ ชัยบุตร และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้น้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลชัยภูมิ ที่มีองค์ประกอบ 8 องค์ คือ การเตรียมก่อนให้น้ำ การทำความสะอาดมือ การเตรียมผิวหนัง การแทงเข็มให้น้ำ การดูแลระหว่างให้น้ำ การเปลี่ยนเข็ม การเปลี่ยน dressing และการดูแลหลังให้น้ำ พบว่าแนวทางสามารถแก้ไขปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.30 เท่ากัน

ในด้านการมีความรู้ของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติฯ นั้น พบว่า หลังการฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติฯ แล้วพยาบาลมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจากก่อนการอบรมการใช้การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งจากการสังเกตโดยหัวหน้างานและการตอบแบบสอบถามของพยาบาล ผู้ปฏิบัตินั้นไม่เกิดความแตกต่างกันที่ทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วย การประเมินตำแหน่งที่แทงเข็ม และการแทงเข็ม การรับคำสั่งแพทย์ การเตรียมอุปกรณ์ก่อนให้น้ำทางหลอดเลือดดำ การพยาบาล การติดตามผู้ป่วยหลังแทงเข็มให้น้ำ การล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำ การถอด IV catheter การป้องกันการติดเชื้อจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ โดยการทำทำความสะอาดมือ เป็นต้น ซึ่งการอบรมเพิ่มความรู้พยาบาลให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติเดียวกัน เพราะการปฏิบัติแต่ละขั้นต้องอาศัยความรู้และทักษะที่ถูกต้องจึงจะสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบได้เป็นอย่างดี

การเกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบลดลง คือก่อนใช้แนวทางการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูแก้ว อุบัติการณ์เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 4.20 คิดอัตราการเกิด เท่ากับ 2.44 และหลังการใช้แนวทางการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ พบอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบ รวมร้อยละ 2.00 คิดอัตราการเกิดได้เท่ากับ 0.60 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรหมรินทร์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ จากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า แนวทางปฏิบัติป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ ลดเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ ($t=-2.408, p<0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย พบว่า การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง จากร้อยละ 30.10 เป็น 11.70 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นั่นคือ มีความเสี่ยงลดลง ร้อยละ 61.00 จะเห็นว่าอุบัติการณ์ของหลอดเลือดดำอักเสบ จากการได้รับยาทางหลอดเลือดดำเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยและมีความสำคัญ ดังนั้นการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นจะช่วยลดอุบัติการณ์ได้ดีขึ้นชัดเจน

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทางมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ชุดใหม่ ของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก การมีแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้จริงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติการพยาบาล และไม่ถือว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มภาระงาน สอดคล้องกับวิภา หาปัญญ (2556)⁽¹²⁾ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก และในส่วนความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งเกิดจากพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ดี มีหลักปฏิบัติที่สามารถฝึกทักษะให้ชำนาญได้ง่าย และเป็นระบบและสรุปผลเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติ โดยใช้หลายวิธีประกอบกันอาศัยความร่วมมือร่วมของพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้ปฏิบัติการการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลงได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไปใช้ในทุกหน่วยงาน ให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติเดียวกันแต่อย่างไรก็ตามควรมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น ชนิดของสารน้ำและยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรมในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ
2. ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เป็นไปตามแนวทางป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ เช่น 0.9% Sodium chloride for injection ampoules 5 ml เพื่อใช้หล่อและล้างสายให้สารน้ำ และสติ๊กเกอร์ที่สามารถเขียนอักษรลงได้โดยไม่ลบหรือหลุด เพื่อใช้เขียนวันที่ เวลา หมดอายุของตำแหน่งสายน้ำ เป็นต้น
3. การนำแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกู่แก้ว ไปใช้ในหน่วยงานอื่น ในโรงพยาบาลกู่แก้ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกู่แก้ว ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (APN) ขอขอบพระคุณหัวหน้างานการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลกู่แก้ว และคณะกรรมการ ประธานที่มนำด้านคลินิก เลขาที่มนำด้านคลินิก และคณะกรรมการทุกท่าน สำหรับคำแนะนำเชิงวิชาการ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จนทำให้การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ของผู้ป่วยที่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในงานการพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลกู่แก้ว มีความสมบูรณ์ มีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และงานวิจัยได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. นางวิภา หาปู้ทน. การสร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ [อินเทอร์เน็ต].2556. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2560000701.pdf>
2. Ray-Barruel, G., Polit, D. F., Murfield, J. E., & Rickard, C. M. (2014). Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. J Eval Clin Pract. 2014; 20(2): 191-202. doi:10.1111/jep.12107
3. ไสว นรสาร. หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำ. วารสารการพยาบาลรามา 2006; 12(2): 167-173.
4. สถิติข้อมูลผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกู่แก้ว. รายงานการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ; 2564-2566.
5. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแห่งประเทศไทย. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ; 2563.
6. Kermid,S &Mc tagart,R. The Action Research Plane (3 rd) victoriia.Deaking Deakkin university.1986
7. อรุณ จิรวัดกุล และคณะ. ชีวสถิติ (พิมพ์ครั้งที่4). ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
8. ไพศาล วรคำ. การวิจัยทางการศึกษา Education Research. มหาสารคาม: ตักสิลาการพิมพ์; 2559.
9. กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ และคันสนีย์ ชัยบุตร และคณะ. พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2651; 38(3): 50-60.
10. กาญจนา อุดมอัษฎาพรและมยุรี พรหมรินทร์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ จากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2561; 14(1): 35-45.
11. วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และคณะ. การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย. วารสารพยาบาลสาร 2557: 41(Supplement November): 71-87.
12. วิภา หาปู้ทน. การสร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต].2556. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก<http://203.157.71.148/information/center/.pdf>

ผลของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3

The Effects of a Programs Slowing the Progress of Patients with Stage 3 Chronic Kidney.

จันทร์เพ็ญ หัตถพานิชพร พย.บ

Janpen Hattapanichaporn, (B.N.S.)

หรรษรัตน์ วิฑูริศานต์ พย.บ

Hunsarat Wituteerasan, (B.N.S.)

โรงพยาบาลสองพี่น้อง อำเภотаใหม่

SongpeeNong Hospital Tha Mai District

จังหวัดจันทบุรี

Chanthaburi Province.

(Received: 15 December 2023, Revised 15 January 2024, Accepted: 18 January 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ของโรงพยาบาลสองพี่น้อง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายระยะที่ 3 ที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดตามแบบจำลองฟรีซิด-โพรซิด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม หาค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.88 และ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช เท่ากับ 0.74, 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง มีพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และอัตราการของไตสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความดันซิสโตลิก/ไดแอสโตลิก และระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบกิจกรรม เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

สำคัญ: โปรแกรมการชะลอไตเสื่อม, ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3, แบบจำลองฟรีซิด-โพรซิด

ติดต่อผู้พิมพ์: จันทร์เพ็ญ หัตถพานิชพร อีเมล: janpen.pen2508@gmail.com

Abstract

The quasi – experimental research (One group pretest – posttest design) aims to study The Effects of a Programs Slowing the Progress of Patients with chronic kidney disease (CKD) stage 3 at Song Pee Nong Hospital Chanthaburi Province. The samples were 30 chronic kidney disease stage 3 that passed the inclusion and exclusion criteria. The tool used in the experiment was a program to slow down kidney deterioration that applied concepts based on the pre-seed-proceed model. Data were collected using a knowledge questionnaire about chronic kidney disease and behavior to slow down kidney deterioration Content validity values were found to be 0.88 and 0.86, with confidence coefficients Cronbach's alpha 0.74, 0.83 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test.

The findings showed that after experiment, the sample group had knowledge about chronic kidney failure. Has the behavior of slowing down kidney deterioration and the glomerular filtration rate was significantly higher than before using the program ($p < .001$). Systolic/diastolic blood pressure And the sugar level after fasting for 8 hours was significantly lower than before using the program ($p < .001$). It can be seen that this program can effectively slow down kidney deterioration. Therefore, it should be used as an alternative in designing activities. To slow down kidney deterioration in patients with chronic kidney failure.

Keywords: Slowly progressive chronic kidney disease Program, Patients with chronic kidney Disease stage 3, PRECEDE-PROCEED Model

Corresponding author: Janpen Hattapanichaporn E-mail: janpen.pen2508@gmail.com

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญไปทั่วโลก จากรายงานของต่างประเทศ พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทั่วโลก จำนวน 843.6 ล้านคน⁽¹⁾ โดยในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรัง 2-6 ล้านคน⁽²⁾ และในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังถึงร้อยละ 17.6 หรือประมาณ 8 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 แสนคน ซึ่งแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคไตวายเพิ่มขึ้นทุกปี ๆ ละมากกว่า 7,800 คน⁽³⁾ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 9,560,638 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวนทั้งสิ้น 21,922 ราย เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 6⁽²⁾ และในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดยาและกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 1 ใน 25⁽⁴⁾ ซึ่งโรคนี้เป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ค่อนข้างรุนแรง ยิ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้แล้ว การดำเนินของโรคย่อมเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease [ESRD]) ได้เร็วยิ่งขึ้น และเมื่อการกรองของไตลดลงถึงร้อยละ 60 ร่างกาย จะเกิดการคั่งของเสีย (uremia) และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในหลายระบบ

จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการทดแทนไตเพื่อให้ชีวิตอยู่รอดได้ต่อไป⁽⁵⁾ ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รอคอยการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่มีประมาณ 40,000 คน ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่นั้น เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนในการรักษาค่อนข้างยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายสูง และรัฐฯ จะต้องจัดสรรงบประมาณในการรักษาถึงปีละประมาณ 200,000 บาทต่อคน ซึ่งจากการสำรวจสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา พบว่า มีการใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตสูงกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีเพียง 400 คนเท่านั้นที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่ เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการ ที่สำคัญก็คือ การขาดแคลนผู้บริจาคไต ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนมากจึงรักษาโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน หรือล้างของเสียออกทางหน้าท้องเพื่อยืดอายุ⁽³⁾ จะเห็นว่า ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องแล้วจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย อย่างไรก็ตาม โรคไตวายก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันการดำเนินโรคให้ช้าลงได้ โดยผู้ป่วยไตเรื้อรังจะต้องให้การดูแลรักษาตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่จะป้องกัน หรือชะลอไตไม่ให้เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 50⁽⁶⁾ จากข้อมูลของโรงพยาบาลสองพี่น้อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังทุกระยะ จำนวน 182, 190 และ 208 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 123, 129 และ 146 คน ตามลำดับ ซึ่งมีลักษณะเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือมีแนวโน้มเป็นสูงขึ้น จะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในปี พ.ศ. 2565 ที่พบว่ามีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวนทั้งสิ้น 23 ราย และจำนวนนี้จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ต้องได้รับการฟอกไตด้วยวิธี CAPD และ Hemodialysis ถึงจำนวน 11 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงถึง 7 คน⁽⁷⁾ ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังคือการมีโรคร่วม รวมทั้งผู้ป่วยที่ควบคุมการรับประทานอาหารไม่ได้ หรือมีการใช้ยาแก้ปวด-แก้อักเสบ โดยเฉพาะการซื้อยารับประทานเอง การดื่มน้ำน้อยเกินไป การเข้าถึงข้อมูลหรือการสื่อสารต่าง ๆ ที่ค่อนข้างจำกัด ประกอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น การใช้สมุนไพรร่วมด้วย ประกอบกับการมีฐานะความเป็นอยู่ที่มีความยากจนที่เป็นปัจจัยเสริมก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังได้รวดเร็ว (Rapid progression)⁽⁸⁾ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ตัวตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 7 ราย ที่ไม่ทราบว่าตนเองกำลังเป็นโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 5 ราย ส่วนอีก 6 รายนั้น ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการชะลอการเสื่อมของไต และมีเพียง 3 รายเท่านั้น ที่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต แต่ไม่มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีในเรื่องการรับประทานอาหารรสหวานจัดและผลไม้หวานได้ตลอดทั้งปี มีการรับประทานสมุนไพรเข้ามาช่วยเสริมการรักษาด้วย⁽⁷⁾ จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยในพื้นที่เองนั้นยังพบอีกว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลจะมีช่วงเวลาในการให้บริการที่จำกัด และผู้ป่วยมักไม่เข้าถึงการบริการสุขภาพที่จำเพาะ โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และพบโรคร่วม ดังนั้นการดูแลตนเองจึงมีความซับซ้อนมากขึ้น ประกอบกับการขาดกำลังใจและแรงจูงใจให้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยขาดความตระหนักในเรื่องดังกล่าว ซึ่งประเด็นทั้งหมดที่กล่าวมาจึงเป็นตัวเสริมที่ทำให้

การดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความคิดว่าการปฏิบัติตัวในบางเรื่องเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก และหากไม่ปฏิบัติตามก็คงไม่ได้รับผลกระทบที่ร้ายแรงเพราะตอนนี้ยังแข็งแรงดีหรือไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ⁽⁹⁾

จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2565-2566 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 14.22 และ 11.75 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140-159/90-99 mmHg ร้อยละ 8.9 และ 5.07 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงขาดยา ร้อยละ 9.03 และ 6.14 ตามลำดับ ⁽¹⁰⁾ ซึ่งนับว่าสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ได้เร็วยิ่งขึ้น ⁽¹¹⁾ เมื่อผู้ป่วยไตวายอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว วิธีการรักษาที่ดีที่สุดคือผู้ป่วยจะต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตทดแทน ปัจจุบันรัฐบาลได้ส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมากขึ้น อย่างไรก็ตามเป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเท่านั้น ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็มักมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไต ⁽¹²⁾ ได้มากขึ้นเช่นกัน ดังนั้น การชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพจึงควรเน้นไปที่การป้องกันโรคมากกว่าการดูแลรักษา รวมทั้งพัฒนาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการชะลอไตเสื่อม ซึ่งการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น ควรดำเนินการอย่างเร่งดำเนินการโดยการนำกลยุทธ์ในการส่งเสริมความรู้ให้ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ⁽¹³⁾ โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรคมีหลากหลายวิธี ทั้งการใช้น้ำทั้งปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง การรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย รวมทั้งปัจจัยเอื้อที่จะใช้ในการพัฒนาทักษะเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และปัจจัยเสริมในด้านการสร้างเสริมแรงจูงใจ การติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model ของกรีนและครูเตอร์ ⁽¹⁴⁾ โดมนำเอาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ มาเป็นกรอบแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเพื่อชะลอไตเสื่อม นำไปสู่การป้องกันการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่จะทำให้กับผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 มีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีขึ้นและชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลง โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ของโรงพยาบาลสองพี่น้อง จังหวัดจันทบุรี และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ 1) เปรียบเทียบความรู้ เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ 2) เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

มีสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้ 1) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไตสูงกว่า/ดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมการชะลอไตเสื่อม 2) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างจะมีความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยเปรียบเทียบผลในกลุ่มเดียว ซึ่งวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest - posttest design) ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รับยาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม $G * power$ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) ที่ .50 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และอาศัยเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี 2) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง 3) เป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ที่ 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร 4) พูดคุยและฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ช่วยเหลือตนเองได้ และ 6) ผู้ที่สามารถสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตได้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 10 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคไตวายเรื้อรัง สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน
- 3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาและการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะการตอบ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ตามลำดับ
- 4) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และแบบบันทึกค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยจะทำการบันทึกผลก่อนและหลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการชะลอไตเสื่อม มีกิจกรรม ดังนี้

- 1) การให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้แผนการสอนเรื่องโรคไตวายเรื้อรัง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการใช้ยาเพื่อชะลอไตเสื่อม ร่วมกับการใช้สื่อวิดีโอ และคู่มือชะลอไตเสื่อม บัญชีไลน์เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง โพสต์เตอร์เรื่องอาหาร โมเดลอาหาร ปฏิทินยา เป็นต้น
- 2) การพัฒนาทักษะผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 เพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยการใช้คลิปวิดีโอ ประกอบการสาธิต การเลือกอาหาร การจัดเตรียมอาหาร การออกกำลังกาย พร้อมกับการร่วมสาธิตการจัดเตรียมอาหาร การออกกำลังกาย

3) การเสริมแรงจิตใจดำเนินการ โดยการลงทะเบียนในระบบไลน์ออฟฟิเชียล และเบอร์โทรศัพท์ ร่วมกับการประสานภาคีเครือข่าย และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ แล้วนำไป ปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณหาค่าตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence) (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และ 0.86 แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวนำไปคำนวณหา ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และ 0.83 ส่วนแบบวัดความรู้ไปหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของ แบบทดสอบ (KR-20) โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.74 เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) กับกลุ่มตัวอย่าง และเจาะเลือดจำนวน 3 มิลลิลิตร เพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ใช้คำนวณอัตราการ กรองของไต วัดระดับความดันโลหิตกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะการทดลอง โดยดำเนินการใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เริ่มดำเนินการโดย

- การเจาะเลือด จำนวน 3 มิลลิลิตร เพื่อส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ตรวจหาค่าครีเอตินิน จากนั้นคำนวณอัตราการกรองของไตและวัดระดับความดันโลหิต

- การให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไต โดยเริ่มที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง ก่อน จากนั้นให้ความรู้โดยใช้สื่อ Power point เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเองเพื่อชะลอ ภาวะไตเสื่อม เป็นต้น

- ให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่ม และร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองถึงสาเหตุของการเกิดไตเสื่อม การแลกเปลี่ยนในภายในกลุ่ม ตั้งเป้าหมายร่วมกันภายในกลุ่ม และนำเสนอผลการวิเคราะห์จากภาพรวมของกลุ่ม

- ทบทวนและสรุปพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของไตเสื่อมอีกครั้ง พร้อมกับทบทวนความรู้ซ้ำอีกรอบ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือด เพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วย

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การให้ความรู้และสร้างทักษะเรื่องการออกกำลังกาย โดยให้ ความรู้ผ่านคลิปวิดีโอ เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม และทบทวนเพื่อสร้างความเข้าใจ พร้อมกับสาธิต การออกกำลังกาย จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการออกกำลังกาย โดยให้คำแนะนำรายบุคคล หลังจากนั้น สอนการบันทึกพฤติกรรมออกกำลังกายให้กับกลุ่มตัวอย่าง และฝึกลงมือบันทึกด้วยตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)

- ให้ความรู้เพื่อสร้างทักษะเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร
- ฝึกการคำนวณพลังงานจากอาหาร การเลือกอาหาร การจัดรายการอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และการปรุงอาหารที่เหมาะสม โดยใช้คลิปวิดีโอช่วยเป็นสื่อในการสอน
- แจกคู่มือการชะลอไตเสื่อมที่ประยุกต์มาจากกรมควบคุมโรค ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผู้วิจัย จากนั้นปรับปรุงการจัดทำคู่มือ เกี่ยวกับอาหารที่ควรเลือกรับประทาน และฝึกการบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารรายบุคคล เป็นต้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)

- ให้ความรู้และสร้างทักษะเกี่ยวกับการใช้ยา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยการบรรยายประกอบสื่อ Power Point เรื่องการใช้ยาเพื่อชะลอไตเสื่อม ทบทวนสรุปผลการใช้ยาเพื่อชะลอไตเสื่อม
- หลังจากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยาเป็นรายบุคคล และฝึกลงบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาลงในแบบบันทึกโรคไต นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไปทุกครั้ง ในกิจกรรมที่ 2-4

กิจกรรมครั้งที่ 5-7 (สัปดาห์ที่ 5-8) ติดตามประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินปัญหาอุปสรรค และถอดบทเรียนในการนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติด้วยตนเอง ร่วมกับการถอดบทเรียนในประเด็นที่มีข้อจำกัดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม พร้อมกับหาแนวทางร่วมกันในสมาชิกกลุ่ม หรือใช้โมเดลของสมาชิกกลุ่มเอง เพื่อให้สมาชิกได้ช่วยกันเองจนสามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 9) มีการเจาะเลือดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 มิลลิลิตร จากการเจาะที่หลอดเลือดดำ เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และตรวจหาค่าครีเอตินินเพื่อใช้คำนวณอัตราการกรองของไต และวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 9 (สัปดาห์ที่ 9-10) สรุปและประเมินผลโปรแกรมการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 และกล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น และให้กำลังใจกับผู้ที่ยังมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่อง โดยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าสู่ระบบไลน์รักษไต หลังจากนั้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลโดยผ่านระบบไลน์รักษไต และระบบโทรศัพท์ส่วนตัว โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อประสานกับผู้วิจัยได้ทันที ในกรณีมีข้อสงสัยหรือมีข้อจำกัดด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการชะลอไตของตนเอง

3. ระยะหลังการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยแบบสอบถามชุดเดิม จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดย ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้ Wilcoxon signed-rank test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ เลขที่ COA069/66 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสองพี่น้องก่อนดำเนินการศึกษา จะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 66-70 ปี ร้อยละ 40 มีอายุเฉลี่ย 58.50 ปี (S.D. = 8.87) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.33 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยของเป็น สามี-ภรรยา ร้อยละ 86.67 เป็นต้น

2. ผลของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 หลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.57$, S.D. = 2.08) และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 19.37$, S.D. = 0.61) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม	15.57	2.08	ปานกลาง	19.37	0.61	สูง	-4.806	*0.000

*p-value < .05

2.2 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม ในด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.40) การรับประทานยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.49) การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.29) และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.67) โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.32) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมในด้าน

การรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.32) การรับประทานยาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.81$, S.D. = 0.17) การออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.36) และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.68$ S.D. = 0.36) โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.60$, S.D = 0. 16)

เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมรายด้านและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยภาพรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมทุกรายด้าน และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม จำแนกตามรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

การปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	3.38	0.40	ปานกลาง	4.48	0.32	มาก	-4.796	*0.000
การรับประทานยา	4.46	0.49	มาก	4.81	0.17	มากที่สุด	-3.838	*0.000
การออกกำลังกาย	2.72	0.92	ปานกลาง	4.45	0.36	มาก	-4.789	*0.000
การปฏิบัติตัวอื่น ๆ	3.98	0.67	มาก	4.68	0.36	มากที่สุด	-4.158	*0.000
การปฏิบัติโดยรวม	3.62	0.32	มาก	4.60	0.16	มากที่สุด	-4.786	*0.000

*p-value < .05

2.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกจากผลการใช้โปรแกรม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3b ($\bar{X} = 42.93$, S.D. = 6.78) ความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในระดับเริ่มสูงกว่าปกติ ($\bar{X} = 135.30$, S.D. = 12.9) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม เหมาะสม ($\bar{X} = 75.80$, S.D. = 8.38) น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 126.87$, S.D. = 39.71) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3a ($\bar{X} = 45.01$, S.D. = 6.33) ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 128.67$, S.D. = 11.23) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับที่เหมาะสม ($\bar{X} = 70.63$, S.D. = 7.25) น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 110.07$, S.D. = 24.08)

เมื่อเปรียบเทียบระดับอัตราการกรองของไตภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกและน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกและน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับอัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
อัตราการกรองของไต	42.93	6.78	3b	45.01	6.33	3a	-3.497	*0.000
ความดันโลหิต								
ซิสโตลิก	135.30	12.90	เริ่มสูง	128.67	11.23	ปกติ	- 4.665	*0.000
			กว่าปกติ					
ไดแอสโตลิก	75.80	8.38	เหมาะสม	70.63	7.25	เหมาะสม	- 2.500	*0.000
น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง	126.87	39.71	สูง	110.07	24.08	ค่อนข้างสูง	- 4.342	*0.000

*p-value < .05

วิจารณ์

ผลจากการใช้โปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ ตามแนวคิดแบบจำลองฟริชต์-โพรชิต ที่ระบุว่าปัจจัยนำนั้นจะช่วยกระตุ้นหรือขึ้นทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะการจัดให้มีกิจกรรมในโปรแกรมฯ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความชัดเจน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การใช้ยา และการออกกำลังกาย โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียงจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ง่าย และสนใจเรียนรู้เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ติดตามเยี่ยมผ่านระบบไลน์ของกลุ่มโรคไต รวมทั้งโทรศัพท์เป็นรายบุคคล เพื่อทวนซ้ำและเน้นย้ำถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยฟ้า สีสุมทร และคณะ (2560)⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขมิ้น อำเภอนิคมบ่งพร จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Beavis J, และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ระบุว่า การเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ สังคมการศึกษา ย่อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีวิธีการแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการสร้างความรู้ (self-assessed knowledge) ที่มีประสิทธิภาพจึงควรจัดให้เป็นรายบุคคล

ในส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.32) และ ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.16) ตามลำดับ โดยมีพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้และปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนาทักษะของผู้ป่วยในการชะลอความเสื่อมของไต เช่น ทักษะการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาให้ตรงเวลา วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ที่สามารถทำตามได้และฝึกความเชี่ยวชาญได้ทุกเมื่อ เพราะสามารถดูจากคลิปวิดีโอในกลุ่มไลน์รักษได้ตลอดเวลา รวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้านยังช่วยให้ผู้วิจัยสามารถค้นพบปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้สามารถให้การปรึกษาที่ครอบคลุมปัญหาที่แท้จริงตามบริบทของผู้ป่วย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากทดลอง พบว่า มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ แสวงหาวิธีเปลี่ยนแปลงร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ติดต่อสื่อสารและให้ความรู้เพิ่มเติม จึงทำให้การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมมีคะแนนสูงขึ้นภายหลังจากทดลอง และมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการครองชีพในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา รัตนศรี (2565)⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ พบว่า การประเมินภาวะไตเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก การแนะนำให้คำปรึกษาโดยการให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมพร้อมฝึกทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการยอมรับและการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมร่วมกัน การช่วยเหลือสนับสนุนในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทุกวัน และการมีส่วนร่วมของชุมชนและการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อัตราการครองชีพดีขึ้นและมีความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

เช่นเดียวกับการศึกษาของละอองดาว ทับอาจ (2559)⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้นำแนวคิดแบบจำลองฟรีซิด-โปรซิด ที่ใช้ทั้ง 3 ปัจจัยมาใช้ในด้านปัจจัยนำโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังด้วยการเรียนรู้แบบเชิงรุก ในด้านปัจจัยเอื้อโดยการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสาธิตและการฝึกทักษะเพื่อชะลอไตเสื่อม และในด้านปัจจัยเสริมโดยการเสริมแรงจิตใจ การเยี่ยมบ้าน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการดำเนินงานด้านชะลอไตเสื่อมฯ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และในการดำเนินกิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับเหมาะสม เช่นกัน โดยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

ภายหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตลดลง และมีค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการทบทวนความรู้และการฝึกปฏิบัติ เพื่อชะลอไตเสื่อมทวนซ้ำในกลุ่มไลน์รักษไต นอกจากนี้การได้รับปัจจัยเสริมในการสร้างแรงจูงใจด้วยการติดตามเยี่ยมผ่านระบบภาคีเครือข่าย การให้คำปรึกษารายบุคคลผ่านระบบไลน์หรือระบบโทรศัพท์ จะเห็นว่า การเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและรับรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรังศิมา รัตนศิลา และคณะ⁽¹⁸⁾ ในการใช้กระบวนการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสร้อยฟ้า สีสุมทร และคณะ (2560)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก คือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไต ระดับการเสื่อมของไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จะเห็นว่า ปัจจุบันผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ของผู้ป่วย ขณะเดียวกันการดูแลรักษาเรื่องของโรคไตวายเรื้อรังของระบบสุขภาพของประเทศไทย มีหลายแบบ และมุ่งเน้นเพียงแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเท่านั้น ยังไม่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิมากนักในการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับในรายบุคคลและครอบครัวอย่างใกล้ชิด เพราะเป็นส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งการเยี่ยมบ้านเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยเน้นเรื่องการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแก้ไข ซึ่งปัญหาบางอย่างอาจไม่ได้พบจากการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

- 1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ควรมีการศึกษาซ้ำอีกครั้ง
- 2) ควรศึกษาผลของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 โดยกำหนดให้มีกลุ่มเปรียบเทียบในการศึกษาครั้งต่อไป
- 3) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึกมาใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสองพี่น้องและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่กรุณาให้คำปรึกษา รวมทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ผู้รับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ร่วมมือ ร่วมใจในการดำเนินการ จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่นด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. [Kovesdy](#), C. P. Epidemiology of chronic kidney disease an update 2022. *Kidney Int Suppl* 2022; 12(1): 7-11.
2. Bikbov, B., Levey, A., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, A., Afarideh, M., et al. Global, Regional, and nation burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis For the Global burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2022; 395(10225): P709-733.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2557 *Hemodialysis Clinical Practice Recommendation* 2014. กรุงเทพฯ; 2557.
4. กรมควบคุมโรค. คนไทยป่วยโรคไตวายเรื้อรังเพิ่ม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึง เมื่อ 16 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27217>
5. Calvert, J. H., & Cline, D. M. End-stage renal disease. In J. E. Tintinalli, O. Ma, D.M.Tealy, G. D. Meckler, J. Stapczynski, D. M. Cline & S. H. Thomas, (Eds.) *Tintinalli's Emergency medicine: A comprehensive study guide*. New York: McGraw-Hill; 2019.
6. Xie, Y., Bowe, B., Mokdad, A., Xian. H., Yan, Y., Li, T., (2018) Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney Int* 2018; 94(3): 567-581.
7. โรงพยาบาลสงฆ์. งานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง: ทะเบียนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565.
8. ละอองดาว ทับอาจ. ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร; 2559.
9. ขวัญเรือน แก่นทอง, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุณี เลิศสินอุดม และอัมพรพรรณ อีรานูตร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 . *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562; 37(3): 211-220.
10. โรงพยาบาลสงฆ์. งานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง: ทะเบียนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2566.
11. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำนักงานกิจการ. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ : กรุงเทพฯ; 2559.
12. โสมพันธ์ เจือแก้ว และ ศิราณี เครือสวัสดิ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/.pdf>

13. Jha, V., Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, B., et al (2013) Chronic kidney Disease: global dimension and perspectives. *The Lancet* 2013; 382(9888): 260-272.
14. Green, L., & Kreuter, M. *Health program planning: An educational and ecological Approach* (4th ed.). McGraw Hill; 2005.
15. สร้อยฟ้า สีสุมทร, สมหวัง ช้อนงาม, นุชจรี นุชวิสัย และชิตชนก จันทร์ตรี. โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขมิ้น อำเภอนีนะมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการชมรม สาธารณสุขแห่งประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 2 ประจำปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566] เข้าถึงได้จาก http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file
16. Beavis J, Sobey B, Holt S. Individual versus group chronic kidney disease education [monograph on the Internet]. Maryland: Royal Melbourne Hospital Nephrology Parkville Australia; 2020.
17. พนิดา รัตนศรี. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565; 4(2): 224-209.
18. รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, สิริประภา กลั่นกลั่น, พัชรพร เกิดมงคล. ผลของการจัดการโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/48508/40301>.