



วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

JOURNAL OF HOSPITAL AND COMMUNITY HEALTH RESEARCH

ISSN : 2958-0630 (Online)

Vol. 3 No. 3 September - December 2025

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568



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/pthjo/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสหวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจาก รายงานวิจัย 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 วิวิจารณ์เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทที่บทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม



นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

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

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯ รับผิดชอบเฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด 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)

แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง

นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล 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 เชื้อปรุ่ง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก. ชุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายธวัชชัย เหลืองศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรชัย 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
นพ.ไตรรัตน์ ชุนศิริทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านศัลยศาสตร์) รพท.หนองคาย
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพท.ท่าบ่อ
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์ทิพย์ ฤทธิธิตติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังขะฤกษ์	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 หรือมีความจำเป็นการใช้อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน 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 ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อเรื่องภาษาไทย 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 ตามลำดับด้านท้ายหน้าแรก

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

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

5. เนื้อหา (Text)

5.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างอิงเอกสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างอิงข้อมูลบนเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้าง ทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือ เนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิ์ อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหา สั้นกะทัดรัด

4) วิจารณ์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากผลการวิจัย ขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็น ด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็น การประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทักษะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของ เนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และ ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

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

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวยกรงเล็บในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดย เรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้าง และไม่ควรใช้บทคัดย่อ (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 ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

5.2 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 ไม่ยาวไปหรือมากเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

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

5.3 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) อาจทำเป็นproblem list
- 10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค (Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณา กลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบ ชื่อของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือ ข้อเสนอแนะ 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)

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นวารสารวิชาการ และเป็นแหล่งเรียนรู้ ตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข และมุ่งหวังที่จะพัฒนาวิชาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสูงขึ้น โดยกำหนดให้เป็นออกวารสารราย 4 เดือน ซึ่งฉบับนี้เป็นฉบับประจำปี ที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม) เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่งานวิจัย ผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และใช้เป็นสื่อกลางเชื่อมโยงความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ สามารถต่อยอดนำไปใช้ประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

ดังนั้น กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านร่วมส่งบทความเข้ามาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฯ โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo> และกองบรรณาธิการยินดีรับคำติชม และรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง

Dr.Koraphat Artwanischakul

Editor

Contents

บทความวิจัย /Research article

- การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 98-111
ผ่านกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Development of Guidelines for Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Patient in Thabo Crown Prince Hospital.

สมศักดิ์ บุญหาร

Somsak Boonharn, (M.D)

อรพรรณ สุวรรณวลัยกร

Orapan Suwanwalaikorn, (B.N.S.)

- การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน 112-125
ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ จังหวัดสุรินทร์

Prevalence and factors associated with chronic kidney disease in Patients with Diabetes mellitus, Suphakarn Primary care unit, Surin Province.

ญาณิศา สมบูรณ์เทอดธนา พบ.

Yanisa Somboonthetthan, (M.D)

- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 126-139
ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a model to promote the use of nursing practices to prevent falls in patients Undergoing treatment in Phonphisai Hospital Nong Khai Province.

อชิรญาณ พนาสิกุล พย.บ.

Achiraya Panalikul, (B.N.S)

ภรกต สุฝน พย.บ., ปร.ด.

Porakot Soofon, (B.N.S, Ph.D)



การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Development of Guidelines for Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal
Cancer Surgery Patient in Thabo Crown Prince Hospital.

สมศักดิ์ บุญหาร พบ.

อรรถพรณ สุวรรณวลัยกร พย.บ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Somsak Boonharn, (M.D)

Orapan Suwanwalaikorn, (B.N.S.)

Thabo Crown Prince Hospital

Tha Bo District, Nong Khai Province.

(Received: 7 June 2025, Revised 1 October 2025, Accepted: 22 October 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงกับบุคคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 39 คน และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง จำนวน 27 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเหมาะสม แบบประเมินผลการปฏิบัติ และแบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายนพ.ศ. 2567 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568

ผลการวิจัย แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ระยะ 25 กิจกรรม ได้แก่ 1) ระยะ Pre-Operative 9 กิจกรรม ครอบคลุมการให้ข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพและโภชนาการ การเตรียมตัวผ่าตัด และการหลีกเลี่ยงการงดอาหารนานเกินไป 2) ระยะ Intra-Operative 6 กิจกรรม เน้นการผ่าตัดผ่านกล้อง การจัดการสารน้ำที่เหมาะสม และการรักษาอุณหภูมิร่างกาย 3) ระยะ Post-Operative 7 กิจกรรม ส่งเสริมการเคลื่อนไหว การฝึกหายใจ การรับประทานอาหารเร็ว การระงับปวด และการป้องกันคลื่นไส้อาเจียน และ 4) ระยะ Discharge 3 กิจกรรม การให้ข้อมูลครบถ้วนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผลการนำไปปฏิบัติ พบว่า บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางได้ร้อยละ 97.07 มีความเหมาะสมระดับมากถึงมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.23-4.59, SD = 0.28 - 0.64) ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.16 วัน ลดลงจาก 13 วัน ไม่พบภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด พบภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว 1 ราย และไม่มีผู้เสียชีวิต

แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลง ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดผ่านกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านกล้อง, การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ติดต่อผู้พิมพ์ : สมศักดิ์ บุญหาร **อีเมล :** boonharn.somsak@gmail.com

Abstract

This action research aimed to develop and examine the effects of an enhanced recovery after surgery guideline for patients undergoing laparoscopic colorectal cancer surgery at Thabo Crown Prince Hospital. The study sample consisted of 39 healthcare personnel involved in patient care and 27 colorectal cancer patients who underwent laparoscopic surgery at Thabo Crown Prince Hospital. A purposive sampling method was used. Data were collected using interviews, focus group discussions, questionnaires, and practice assessment forms. Data analysis employed descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis. The study was conducted between April 2024 and February 2025.

Results: the developed pathway comprised 4 phases and 25 activities 1) Pre-Operative Phase (9 activities) covered patient information, health and nutritional status assessment, surgical preparation, and avoidance of prolonged fasting. 2) Intra-Operative Phase (6 activities) focused on laparoscopic surgery, appropriate fluid management, and maintaining normothermia. 3) Post-Operative Phase (7 activities) promoted early mobilization, breathing exercises, early oral feeding, pain management, and prevention of nausea and vomiting. 3) Discharge Phase (3 activities) ensured comprehensive information and continuous follow-up. Implementation outcomes showed that personnel adhered to the pathway at 97.07%. The pathway was rated as very appropriate to most appropriate ($\bar{x} = 4.23-4.59$, $SD = 0.28-0.64$). Patient outcomes included an average length of hospital stay of 7.16 days, a significant reduction from the baseline of 13 days. There were no surgical site infections, one case of anastomotic leak, and no mortality.

The development of Guidelines for Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery is appropriate and feasible for implementation. It resulted in a reduced length of hospital stay, fewer complications, and effectively improved the quality of care for patients undergoing laparoscopic colorectal cancer surgery

Keywords : Colon and rectal cancer patients, Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Patients, Promoting post-operative recovery.

Corresponding author : Somsak Boonharn Email : boonharn.somsak@gmail.com

บทนำ

จากสถิติผู้ป่วยของสถาบันมะเร็ง⁽¹⁾ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นอันดับที่ 3 ในผู้ชาย และเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง ซึ่งในการรักษาโรคจะต้องใช้ทั้งการผ่าตัดรวมกับการใช้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา โดยจะใช้การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก ในส่วนการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีนั้นจะเป็นการรักษาเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ โดยส่วนใหญ่แล้วมะเร็งลำไส้ใหญ่จะให้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด ส่วนมะเร็งทวารหนักจะฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งอาจจะให้ก่อนหรือหลังผ่าตัดก็ได้⁽²⁾ ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นได้เป็นที่นิยมกันมากทั้งในและต่างประเทศ เพราะศัลยแพทย์สามารถ

มองเห็นลักษณะทางกายวิภาคในอุ้งเชิงกรานได้อย่างชัดเจน และช่วยลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อเส้นประสาท และอวัยวะข้างเคียงได้⁽³⁾ ซึ่งข้อดีของการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องนั้นจะสามารถทำได้ทุกระยะในผู้สูงอายุ รวมถึงผลหลังการผ่าตัดระยะสั้น (short-term outcome) คุณภาพความปลอดภัยจากการผ่าตัดมะเร็ง (oncologic safety) จะดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทย การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลายผ่านกล้องได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งการผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและสูญเสียเลือดน้อยกว่า สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น⁽⁵⁾

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องจะมีประสิทธิภาพดีในแง่ของการรักษา แต่ทว่าการผ่าตัดก็ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การปวด คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ขาดสารอาหาร การติดเชื้อหลังผ่าตัด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง⁽⁶⁾ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสำคัญ ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด รวมถึงการลดภาวะเครียดจากการผ่าตัด การจัดการความปวดที่เหมาะสม การงดอาหารและน้ำเท่าที่จำเป็นที่จะไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะเดียวกันควรส่งเสริมการเคลื่อนไหวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ⁽⁷⁾ จากการศึกษาแนวทางปฏิบัติฯ ของ ERAS® Society พบว่า แนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ครอบคลุมทุกช่วงเวลาของการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมุ่งเน้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยต่าง ๆ ทำงานอยู่ในภาวะปกติ ตั้งแต่อ่อนผ่าตัด ลดการตอบสนองต่อความเครียดในช่วงระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นผลให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล และลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาลงได้⁽⁸⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มียุทธศาสตร์ด้าน smart service โดยพัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านการส่องกล้อง การผ่าตัดผ่านกล้องและการผ่าตัดแผลเล็กทางศัลยกรรม ซึ่งแต่ละปีได้ให้การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเฉลี่ย 35 รายต่อปี จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13 วัน⁽⁹⁾ ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายตามมาตรฐาน และจากการทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ยังไม่มีแนวทางที่จะส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ชัดเจน และเป็นในทิศทางเดียวกันตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้แนวคิด ERAS มาเป็นกรอบในการพัฒนา เพื่อให้มีแนวทางการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกันซึ่งจะช่วยให้ตอบสนองต่อความต้องการรายบุคคลได้ครอบคลุม ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย มีระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว เจ็บน้อย ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติได้เร็วยิ่งขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2567 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาทำการศึกษานี้ทั้งสิ้น 40 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินการศึกษาวิจัยใน 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 2 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม 4 คน พยาบาลคลินิกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก 2 คน นักกายภาพ 1 คน โภชนากร 1 คน 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา และมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ย้ายสถานที่ทำงาน หรือเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ 2) ไม่สามารถอยู่จนครบระยะเวลาที่ทำการศึกษา เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990)⁽¹⁰⁾ ร่วมกับแนวคิดแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery ERAS® 2018⁽⁸⁾ มาดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การจัดการความปวด การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด จัดทำร่างแนวทางปฏิบัติ จากนั้นนำเอาข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และกำหนดร่างแนวทางปฏิบัติฯ เพื่อที่จะนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การนำแนวทางฯ ไปปฏิบัติและประเมินผลการใช้ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 39 คน โดยอาศัยเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เช่น ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ 2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง จำนวน 27 คน มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เข้ารับรักษาตัวในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 2) รู้สึกดีดี การได้ยินปกติ ฟังและพูดภาษาไทยได้ 3) ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินต้องเข้ารับการผ่าตัดทันที 3) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

ระยะที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การจัดการความปวด 3) การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว 4) แนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และข้อเสนอแนะปรับปรุง

ระยะที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวคำถามหลักในการสนทนากลุ่มการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงในประเด็น ดังนี้ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

ระยะที่ 3 แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 15 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักผ่านกล้อง จำนวน 24 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนปฏิบัติตามแนวทางฯ (ให้ 1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติตามแนวทางฯ (ให้ 0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนการเสียชีวิต เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ประกอบด้วยศัลยแพทย์ จำนวน 2 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ครบถ้วน จากนั้นนำไปหาค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) โดยค่าที่ใช้ได้ต้องอยู่ระหว่าง 0.66 - 1 จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ โดยเก็บข้อมูลสถิติจากสารสนเทศ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม และรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และบันทึกผลการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และนำมาถอดเทปเพื่อรวบรวมข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง และบันทึกผลการดูแลผู้ป่วย เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนการเสียชีวิต เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามหนังสือรับรองเลขที่ NKP: 17/2567 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องที่ผ่านมา พบว่า หน่วยงานศัลยศาสตร์ของโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ ยังไม่มีแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ทำให้ผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติงานที่หลากหลาย

ใช้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนาน การประเมินภาวะโภชนาการยังไม่เหมาะสม ตลอดจนผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกอบรมการหายใจอย่างถูกวิธี และเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยบางราย จะได้รับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวช้า และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสุขภาพไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงผู้ป่วยบางคนยังไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมก่อนเข้ารับการผ่าตัดด้วย เป็นต้น

2. การพัฒนาแนวทางฯ ประกอบ 4 ระยะ คือ

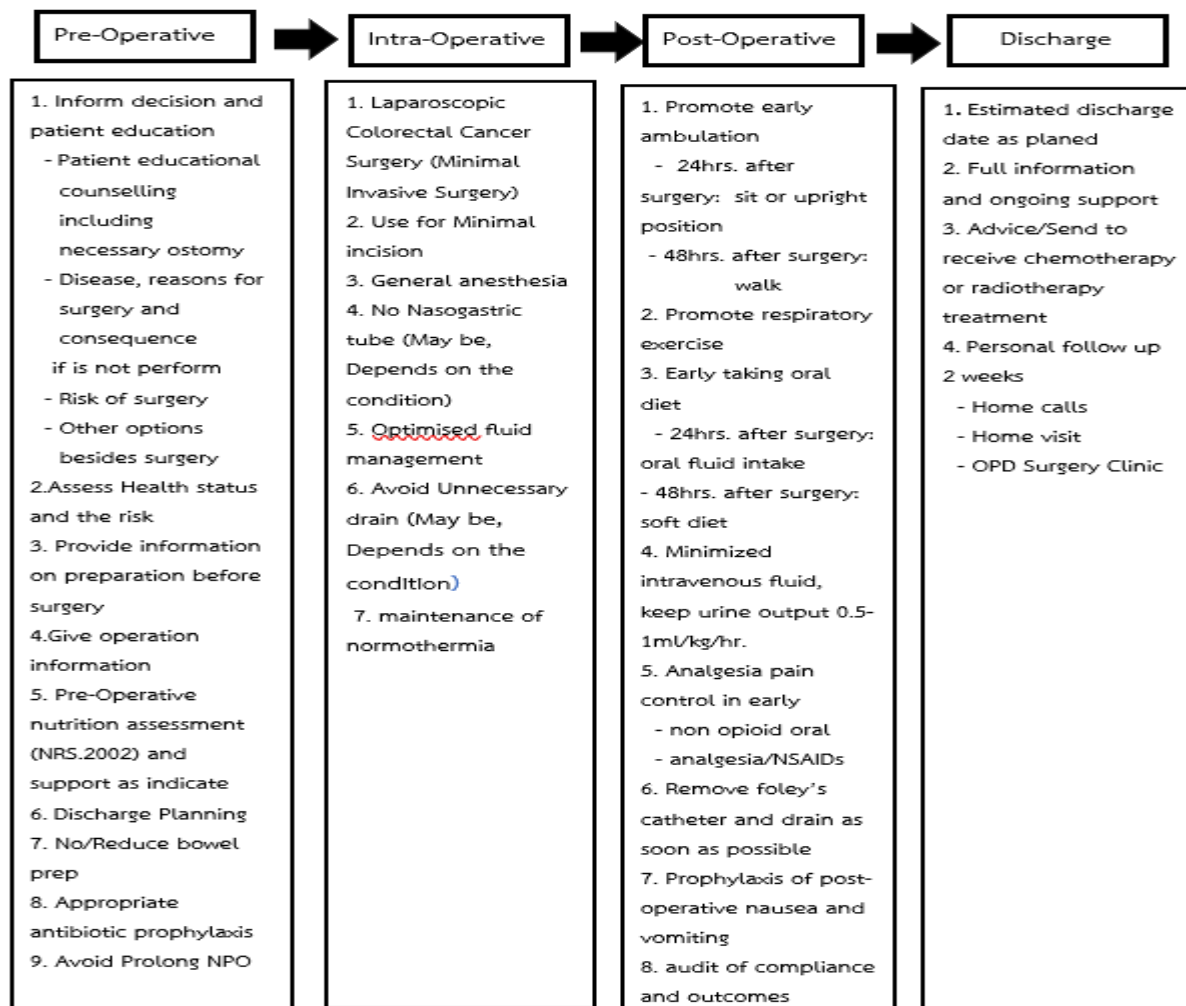
ระยะที่ 1 : ระยะ Pre-Operative มีการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลและความรู้ เพื่อการตัดสินใจรักษา (Inform decision and patient education) ได้แก่ Patient educational counselling including necessary ostomy, Disease, reasons for surgery and consequence if is not perform, Risk of surgery, 2) การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยง (Assess Health status and the risk) 3) การให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด (Provide information on preparation before surgery) 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (Give operation information) 5) การประเมินภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ NRS 2002 และแก้ไขภาวะทุโภชนาการก่อนผ่าตัด (Pre-Operative nutrition assessment and support as indicate) 6) การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) 7) งด/ลดการเตรียมลำไส้ (No/Reduce bowel prep) 8) การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Appropriate antibiotic prophylaxis) 9) การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำที่นานเกินไป (Avoid Prolong NPO)

ระยะที่ 2 : ระยะ Intra-Operative มีการดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ 1) Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery (Minimal Invasive Surgery) 2) Use for Minimal incision (No large incision) 3) Generation anesthesia 4) No Nasogastric tube May be, Depends on the condition 5) การให้สารน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ (Optimized fluid management) 6) Avoid Unnecessary drain (May be, Depends on the condition) 7) maintenance of normothermia

ระยะที่ 3 : ระยะ Post – Operative มีการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) Promote early ambulation ได้แก่ 24 hrs. After surgery sit or upright position, 48 hrs. After surgery walk 2) Promote respiratory exercise 3) early taking oral diet ได้แก่ 24 hrs. After surgery oral fluid intake, 48hrs. After surgery soft diet 4) ลดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Minimized intravenous fluid, keep urine output 0.5-1ml/kg/hr.) 5) การระงับปวดตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Analgesia pain control in early non opioid oral 6) Remove Foley's catheter and drain as soon as possible 7) Prophylaxis of post-operative nausea and vomiting

ระยะที่ 4 : ระยะ Discharge มีการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่ายที่ครบถ้วน ติดตาม สนับสนุนการรักษาต่อเนื่อง (Full information and ongoing support) 2) Send to receive chemotherapy or radiotherapy treatment 3) ติดตามผลรายบุคคลทุกรายใน 2 สัปดาห์ (Personal follow up) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

Guidelines Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Patient



ภาพที่ 1: Guidelines Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Patient

4. ผลการนำไป และการประเมินผล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มของทีมนศหวิชาชีฟที่เกี่ยวข้องๆ กับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 39 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.50 มีอายุเฉลี่ย 37.41 ปี โดยมีอายุสูงสุด 54 ปี และต่ำสุด 27 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ไม่เคยอบรมระยะสั้นร้อยละ 53.8 ปฏิบัติงานที่ตึก ศัลยกรรมร้อยละ 51.30 รองลงมางานการพยาบาลวิสัญญีร้อยละ 25.60 มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 84.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 87.20

2) ผลการปฏิบัติตามแนวทางฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถตามแนวทางฯ ในระยะ Pre- Operative ได้ร้อยละ 98.29 ในระยะ Intra-Operative สามารถปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 100 ระยะ Post- Operative สามารถปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 97.07 และระยะ Discharge สามารถปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางฯ (N=39)

ข้อ	กิจกรรม	ปฏิบัติ (คน)	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
Pre-Operative					
1	การให้ข้อมูลและความรู้เพื่อการตัดสินใจรักษา	39	100	1.00	0.00
2	ประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย	39	100	1.00	0.00
3	ให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	39	100	1.00	0.00
4	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด	39	100	1.00	0.00
5	ประเมินภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ และแก้ไขก่อนผ่าตัด	36	92.3	0.92	0.27
6	วางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning)	39	100	1.00	0.00
7	งด/ลดการเตรียมลำไส้ (No/Reduce bowel prep)	39	100	1.00	0.00
8	ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	39	100	1.00	0.00
9	หลีกเลี่ยงการงดอาหารและน้ำที่นานเกิน 12 ชั่วโมง	36	92.3	0.92	0.27
	โดยรวม		98.29	0.92	0.03
Intra - Operative (N=3) เฉพาะศัลยแพทย์					
10	Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery (Minimal Invasive Surgery)	3	100	1.00	0.00
11	Use for transverse incision	3	100	1.00	0.00
12	General anesthesia	3	100	1.00	0.00
13	No Nasogastric tube	3	100	1.00	0.00
14	Optimized fluid management	3	100	1.00	0.00
15	maintenance of normothermia	3	100	1.00	0.00
	โดยรวม		100	1.00	0.00
Post - Operative					
16	แนะนำ/กระตุ้นการลุกเดิน (Promote early ambulation)	37	94.9	0.95	0.22
17	แนะนำกระตุ้นฝึกหายใจ (Promote respiratory exercise)	38	97.4	0.97	0.16
18	Early taking oral diet	37	94.9	0.95	0.22
19	ลดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, รักษาระดับปัสสาวะออกที่ 0.5-1 มล./กก/ชม.	38	97.4	0.94	0.16
Post - Operative					
20	ให้ยาระงับปวด analgesia/NSAIDs งดการให้ Opioid	39	100	1.00	0.00
21	ถอดสายสวนปัสสาวะ และท่อ drain โดยเร็วที่สุด	39	100	1.00	0.00
22	ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน	37	94.9	0.95	0.22
	โดยรวม		97.07	.97	0.06

(ต่อ) ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละ ของการปฏิบัติกิจกรรมกิจกรรมตามแนวทางฯ (N=39)

ข้อ	กิจกรรม	ปฏิบัติ (คน)	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
Discharge					
23	ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ติดตามสนับสนุนการรักษาต่อเนื่อง	39	100	1.00	0.00
24	ให้คำแนะนำหรือส่งต่อเพื่อ เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา	39	100	1.00	0.00
25	ติดตามผลรายบุคคล 2 สัปดาห์	39	100	1.00	0.00
โดยรวม			100	1.00	0.00

3) ผลประเมินความเหมาะสมของแนวทางฯ พบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของแนวทางฯ ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.90$, $SD = 0.39$) คือ สาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในพัฒนาแนวทางฯ รองลงมาคือ การพัฒนาแนวทางมีวิธีการสร้างโดยใช้แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ($\bar{x} = 4.82$, $SD = 0.38$) ส่วนข้อที่มีความเหมาะสมของแนวทางฯ น้อยสุดคือ กระบวนการพัฒนาโดย สัมภาษณ์ /สนทนากลุ่ม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ ($\bar{x} = 3.77$, $SD = 0.58$) รองลงมาคือการระบุขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวทางที่สร้างขึ้น ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.60$) เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลประเมินความเหมาะสมของแนวทางฯ (N=39)

ผลการประเมินรายข้อ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์			
1. มีการระบุขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวทางที่สร้างขึ้น	4.05	0.60	มากที่สุด
2.การสัมภาษณ์กลุ่มครอบครัวเรื่องการส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ERAS)	4.15	0.49	มากที่สุด
3. แนวทางที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	4.77	0.54	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.32, SD = 0.28$		
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในพัฒนาแนวทางฯ	4.13	0.77	มากที่สุด
5. สาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในพัฒนาแนวทางฯ	4.90	0.39	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.51, SD = 0.39$		
ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ			
6. การพัฒนาแนวทางมีวิธีการสร้างโดยใช้แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	4.82	0.38	มากที่สุด
7. มีการทบทวนวรรณกรรม/เอกสาร มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มา	4.28	0.45	มาก
8. มีกระบวนการพัฒนาโดย สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ	3.77	0.58	มากที่สุด
9. แนวคำถามการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	4.05	0.64	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.23, SD = 0.27$		

(ต่อ) ตารางที่ 3 ผลประเมินความเหมาะสมของแนวทางฯ (N=39)

ผลการประเมินรายชื่อ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านความชัดเจนของการนำเสนอ			
10. ระบุวิธีการดำเนินการได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมด้านการนำไปใช้	4.59	0.64	มากที่สุด
11. เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.62	0.54	มากที่สุด
12. มีการอธิบายเกณฑ์ประเมินผล	4.41	0.63	มากที่สุด
13. แนวทางมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้ง่าย	4.28	0.56	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.43, SD = 0.32$		
ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ			
14.ผู้ร่วมสร้างแนวทางมีอิสระในการให้ข้อมูลโดยไม่มีการถูกบังคับหรือชี้นำ	4.38	0.59	มากที่สุด
15. มีหลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ร่วมพัฒนาแนวทางในแบบบันทึกข้อมูล	4.10	0.72	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.24, SD = 0.44$		

4) ผลการนำแนวทางฯ ไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Colectomy จำนวน 27 คนส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 88.89 สถานภาพโสดร้อยละ 11.11 อายุเฉลี่ย 58 ปี โดยมีอายุระหว่าง 50-70 ปี ร้อยละ 62.96 อายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 22.22 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.82 พบว่า ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีติดเชื้อของแผลผ่าตัด (SSI) แต่พบมีภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis leakage) จำนวน 1 คน โดยภาพรวมมีวันนอนเฉลี่ยโดยรวม 7.16 วัน จำแนกได้ ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap Lt. Hemi colectomy จำนวน 5 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด และรอยต่อลำไส้รั่ว และวันนอนเฉลี่ย 5.67 วัน

(2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap Rt. Hemi colectomy จำนวน 6 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด และรอยต่อลำไส้รั่ว และมีวันนอนเฉลี่ย 6.50 วัน

(3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap. APR จำนวน 11 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว 1 คน และมีวันนอนเฉลี่ย 9.09 วัน

(4) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap. Sigmoidectomy จำนวน 5 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด และรอยต่อลำไส้รั่ว และวันนอนเฉลี่ย 7.40 วัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการนำแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องไปใช้กับผู้ป่วย (N=27)

ชนิดการผ่าตัด colorectal	จำนวน	วันนอนเฉลี่ย	SSI	ภาวะแทรกซ้อน Anastomosis leakage	เสียชีวิต
1. Lap Lt. Hemi colectomy	5	5.67	0	0	0
2. Lap Rt. Hemi colectomy	6	6.50	0	0	0
3. Lap. APR	11	9.09	0	1	0
4. Lap. Sigmoidectomy	5	7.40	0	0	0

วิจารณ์ (Discussion)

สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. จากการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยฯ ไม่มีแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำที่แตกต่างกัน เนื่องจากบุคลากรแต่ละคนอาจจะมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยต่างกันไป เช่น การประเมินความปวด หรือการให้สารน้ำ เป็นต้น ขณะเดียวกันก็มีการประเมินภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม รวมถึงยังไม่ได้มีการฝึกบริหารการหายใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งภายหลังการผ่าตัดช่องท้องนั้น ผู้ป่วยมักจะเจ็บแผลและไม่กล้าหายใจลึก ๆ ประกอบกับฤทธิ์ของยาสงบ ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง หากไม่มีการฝึกบริหารการหายใจอย่างถูกวิธีจะนำไปสู่ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) มีเสมหะคั่งค้างในปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia) ได้ง่าย ประกอบกับมีการกระตุ้นการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้ล่าช้าด้วยแล้ว ยิ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยอย่างมาก จะเห็นได้ว่า การนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ไม่ได้ส่งผลต่อการพักฟื้น แต่กลับสร้างปัญหาหลายอย่างตามมาที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Deep Vein Thrombosis - DVT) การทำงานลำไส้ได้ช้า (Postoperative Ileus) และยังทำให้กล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง ส่งผลต่อการฟื้นตัวโดยรวมได้ช้าลงไปอีก และผู้ป่วยนัดผ่าตัดก็ยังไม่เคยได้รับคำปรึกษาจากแพทย์อายุรกรรมมาก่อนเข้ารับการผ่าตัดด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุก็มีโรคประจำตัว (Comorbidities) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคไต ย่อมเพิ่มความเสี่ยงมากมายตามมา จะเห็นว่า เมื่อไม่มีแนวทางหรือมาตรฐานกลางในการปฏิบัติ ก็ย่อมจะเป็นการยากที่จะประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลมีคุณภาพเพียงพอหรือไม่ จากประเด็นต่าง ๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อโดยตรงและรุนแรงต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลง, มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตน้อยลงตามไปด้วย สอดคล้องกับศึกษาของนรลักษณ์ เสนหาและคณะ(2558)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ถ้ามีภาวะทุพโภชนาการก่อนผ่าตัดมากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐานจะมีโอกาสฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลงเท่ากับ 0.265 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพรรณ ภมรพล และคณะ(2556)⁽¹³⁾ พบว่า ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัดและระยะเวลาการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสมส่งผลต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการจัดการกับปัญหาทางด้านอายุรกรรมเพื่อควบคุมสภาวะร่างกายให้อยู่ในสภาพพร้อมที่สุดตั้งแต่แรกเริ่ม จะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น⁽¹⁴⁾ จากสถานการณ์ที่กล่าวมาทั้งหมดในขั้นต้น การสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุม โดยการนำแนวทาง ERAS - Enhanced Recovery After Surgery มาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วที่สุดและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

2. ผลของการพัฒนาฯ ทำให้ได้แนวทางใหม่ ๆ ที่มีกิจกรรมการปฏิบัติที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดไปจนกระทั่งจำหน่ายและให้กลับบ้าน เช่น ระยะ Pre-Operative มีกิจกรรมที่เน้นในการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งมีความสำคัญมากต่อผลลัพธ์ของการผ่าตัด การเตรียมที่ไม่พร้อมอาจนำไปสู่การเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดได้ ระยะ Intra-Operative มีกิจกรรมที่เน้นความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์, พยาบาลห้องผ่าตัด) ระยะ Post-Operative มีกิจกรรมที่เน้นการฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังสิ้นสุดการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยอาการคงที่และพร้อมย้ายออกจากห้องพักฟื้น และ Discharge เป็นกิจกรรมที่เน้นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และความต่อเนื่องของการดูแลที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ จากการพัฒนาแนวทางฯ ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

สามารถนำเอาแนวทางฯ ไปปฏิบัติได้โดยรวมมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จอย่างสูงของการพัฒนาฯ อันเป็นผลมาจากการมีแนวทางฯ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย, มีขั้นตอนปฏิบัติ และเหมาะสมกับบริบทการทำงานจริง ทำให้บุคลากรสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติ, และการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ประกอบกับการกำกับและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ การมีระบบการตรวจสอบและประเมินการปฏิบัติงานที่สม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และได้รับความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพจนเกิดการยอมรับและนำไปใช้ร่วมกัน และเมื่อนำแนวทางไปใช้กับผู้ป่วย 27 คน พบว่า ไม่มีผู้เสียชีวิต ไม่พบติดเชื้อแผลผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยโดยรวม 7.16 วันซึ่งลดลงจากปี 2566 ที่มีวันนอนเฉลี่ย 13 วัน แสดงว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดการสร้างความร่วมมือพัฒนาแนวทาง การวิเคราะห์สถานการณ์ในบริบทของโรงพยาบาล การลงมือปฏิบัติร่วมกันเพื่อเป้าหมาย การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษามาสะท้อน และร่วมกันแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นทำให้เกิดกระบวนการดูแลร่วมกันที่มีคุณภาพ ผลลัพธ์การนำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 27 คน ไม่พบติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่พบภาวะรอยต่อลำไส้รั่วจำนวน 26 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยโดยรวม 7.16 วันซึ่งลดลงจากปี 2566 ที่มีวันนอนเฉลี่ย 13 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร นาคพพรหม และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้ ลดจำนวนวันนอนและภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาของ Sorawat Janwanitchstaporn⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่แบบไม่ฉุกเฉิน ทำให้มีวันนอนโรงพยาบาลลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lau.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีความเชื่อมโยงกับการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้เร็วยิ่งขึ้น

จากการศึกษานี้ พบภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่วในผู้ป่วยเพียง 1 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว และลักษณะก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ จึงต้องใช้เวลาผ่าตัดในห้องผ่าตัดนาน และได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดซ้ำ explore Lap. Remove intra-abdominal collection และผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 3 สัปดาห์ จะเห็นว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นนั้น สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จนสามารถพัฒนาคุณภาพด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเองและญาติ และยังทำให้มีเตียงในการรองรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเพียงพอ และพร้อมให้บริการกับผู้ป่วยรายใหม่ ๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนการนำไปใช้ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรมีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดผลดีในการพัฒนาแนวทางฯ ให้เหมาะสมยิ่ง ๆ ขึ้นไป
2. ควรมีการจัดทำ "ERAS Competency Training Program" สำหรับบุคลากรทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง (พยาบาลหอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, วิสัญญี, โภชนาการ) เพื่อให้มั่นใจว่าทุกคนมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญ เช่น การประเมินโภชนาการ, การฝึกบริหารการหายใจ, และการกระตุ้นการเคลื่อนไหวที่รวดเร็ว (Early Ambulation)

3. กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนิสิตสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ในแนวทางปฏิบัติ และจัดให้มี "ERAS Coordinator" เพื่อทำหน้าที่ประสานงานและติดตามให้มีการดำเนินการครบถ้วนตามเกณฑ์ (Adherence rate) 95% กับผู้ป่วยทุกราย

4. กำหนดให้มีการทบทวนแนวทาง ERAS เป็นประจำทุกปี เพื่อปรับปรุงให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ ๆ และใช้ตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicators: KPIs) ที่ได้ผลดีจากการวิจัยนี้ (เช่น จำนวนวันนอน, อัตราภาวะแทรกซ้อน, อัตราการปฏิบัติตามแนวทาง) เป็นตัววัดคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

5. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ (เช่น คู่มือ, วิดีโอ, Line Official Account) สำหรับผู้ป่วยและญาติ ในภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด (เช่น ความสำคัญของการงดน้ำงดอาหาร, การฝึกหายใจ)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว (Long-term outcomes) ของผู้ป่วยที่ได้รับแนวทาง ERAS เช่น คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด (Quality of Life), อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ (Readmission Rate) ภายใน 30-90 วัน, และอัตราการรอดชีวิต 5 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบดั้งเดิม

2. วิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการประเมินและจัดการโรคร่วม (Comorbidity Management) ในระยะ Pre-Operative โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดแนวทางที่เป็นมาตรฐานมากขึ้นในการเตรียมความพร้อมทางอายุรกรรมก่อนผ่าตัด เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (เช่น ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว 1 รายที่พบในงานนี้)

3. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแนวทาง (Adherence Rate) ของบุคลากรที่สูงถึง >95% และการใช้เทคโนโลยี (เช่น Mobile Application) เพื่อช่วยในการติดตามและบันทึกการปฏิบัติตามแนวทาง ERAS ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

4. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) ของการใช้แนวทาง ERAS เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุน (เช่น ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วย, ผลตอบแทนจากเตียงที่หมุนเวียนได้เร็วขึ้น)

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนให้การศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Rectal Cancer Version 2 [Online]. [Cited 2020 March 3]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectalpdf.
2. Sutthajit,L., Pornprom,M.,& Pornchai,O. Surgery evolves in Cancer. Bangkok: Bangkok Medical News 2016; (In Thai)
3. Biondi A, Grosso G, Mistretta A, Marventano S, Toscano, Drago F, and et al. Laparoscopic vs open approach for colorectal cancer: Single-center results of 587 cases. Surge Laparosc Endosc Percutan Tech 2016; (26)3: e62-68.

4. Bartels SA, Vlug MS, Ubbink DT, Bemelman WA. Quality of life after laparoscopic and open colorectal surgery. Asystemic review, World J Gastroenterol 2010; 16(40): 5035-41
5. ญาณพล ตาลสุข, รัฐพร ตั้งเพียร. ผลการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและลำไส้ตรงในผู้ป่วยสูงอายุระหว่างการผ่าตัดแบบผ่านกล้องกับแบบเปิดหน้าท้องโดยศัลยแพทย์ทั่วไป. พุทธชินราชเวชสาร 2563; 37(1): 35-41.
6. ขวัญหทัย ช่างใหญ่. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก: การพัฒนาระบบการดูแลและบูรณาการความร่วมมือของสหวิชาชีพ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; (6)1: 230-246.
7. Alon D Altman, et all. Enhanced recovery after surgery: implementing a new standard of surgical care. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6488471/>
8. Gustafsson, U.O. Guidelines for perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. World Journal of Surgery 2019; 659-695.
9. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. รายงานผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ปีงบประมาณ 2566, สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
10. Kemmis, S. and R. Mc Taggart. The Action Research Planner. Geelong Deakin University Press 1990; 2(1): 15-23.
11. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล AGREE-II ฉบับภาษาไทย 2556: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
12. นรลักษณ์ เสนหา, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วลัยลดา ฉันทะเรืองวิชัย, วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล. ปัจจัยทำนายคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงหลังผ่าตัดผ่านกล้อง. วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30(4): 32-44 .
13. ศิริพรรณ ฆมรพล, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, สุวิมล กิมปี, เชิดศักดิ์ ไอยมณรัตน์. ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดตัดต่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง. วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย 2556; (19)1 :38-46.
14. Tan, K. Y., Tan, P., & Tan, L. A collaborative transdisciplinary “geriatric surgery service” ensures consistent successful outcomes in elderly colorectal surgery. Cochrane Database Syst 2011; Rev (2): CD007635.
15. นิภาพร นาคพรหม, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ศุภพงศ์ เกษตรสุนทร. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 6(2): 1-15.
16. Sorawat Janwanitchstaporn, Jirapong Intarasompun. Simplified ERAS Program for Elective Colorectal Surgery at Suratthani Hospital. The Thai Journal of Surgery 2020; 41(3):79-83.
17. Lau, C.S. Enhanced Recovery after Surgery Programs Improve Patient Outcome and Recovery: A meta analysis World Journal Surgery 2017; 899-913.

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน
ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ จังหวัดสุรินทร์

Prevalence and factors associated with chronic kidney disease in Patients with
Diabetes mellitus, Suphakarn Primary care unit, Surin Province.

ญาณิศา สมบูรณ์เทอดธนา พบ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์

อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

Yanisa Somboonterdtana, (M.D.)

Social Medicine Group, Surin Hospital,

Mueang District, Surin Province.

(Received: 27 June 2025, Revised: 26 November 2025, Accepted: 23 December 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease stage 3–5) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 213 คนที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสมการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 21.02 เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ($OR = 1.076$, 95% $CI = 1.021-1.134$) การมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ($OR = 3.625$, 95% $CI = 1.033-12.726$) การไม่ออกกำลังกาย ($OR = 0.342$, 95% $CI = 0.130-0.896$) การไม่ปฏิบัติตามการใช้ยา ($OR = 0.277$, 95% $CI = 0.090-0.851$) และระดับโปรตีนในปัสสาวะ (UACr) ($OR = 1.002$, 95% $CI = 1.000-1.004$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้สามารถสะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามทางคลินิก และการคัดกรองโรคไตเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในระยะเริ่มต้นได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ไตวายเรื้อรัง, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรัง

ติดต่อผู้พิมพ์ : ญาณิศา สมบูรณ์เทอดธนา **อีเมล :** yani.rain51@gmail.com

Abstract

This study aimed to determine the prevalence and associated risk factors of chronic kidney disease (CKD stage 3–5) among diabetic patients attending Supercar Community Health Center in Surin Province. A cross-sectional analytical design was used, involving 213 diabetic patients with complete clinical and laboratory data. Descriptive statistics, logistic regression and 95 % Confidence Interval were employed to identify significant predictors of CKD stage 3–5. The results showed that the prevalence of CKD stage 3–5 among diabetic patients was 21.02%. Statistically significant factors associated with CKD included older age (OR = 1.076, 95% CI = 1.021–1.134), presence of hypertension (OR = 3.625, 95% CI = 1.033–12.726), physical inactivity (OR = 0.342, 95% CI = 0.130–0.896), poor medication adherence (OR = 0.277, 95% CI = 0.090–0.851), and elevated urinary albumin-to-creatinine ratio (UACr) (OR = 1.002, 95% CI = 1.000–1.004). A statistically significant relationship with the occurrence of chronic kidney failure. These findings highlight the importance of promoting healthy behaviors, regular clinical monitoring, and routine CKD screening among diabetic patients, particularly those at high risk enhance the effectiveness of prevention and help delay early-stage kidney deterioration

Keywords : Diabetes mellitus, chronic kidney disease, Factors

Corresponding author : Yanisa Somboonthetthan **E-mail :** yani.rain51@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communication diseases, NCD) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าในปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรค NCD ก่อนอายุ 70 ปี ถึง 18 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 82 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ จากสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน⁽²⁾ โรคเบาหวานก็เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อย และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศทั่วโลก และอุบัติการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวก็ทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽³⁾ ซึ่งโรคเบาหวานมักจะมาพร้อมกับอาการหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ จะเห็นได้จาก 1 ใน 3 ของผู้เป็นเบาหวาน ส่วนมากมักมีโอกาสดังกล่าวการแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรัง ที่นิยมเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเบาหวานลงไต จะเห็นได้ว่าโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy : DN) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไตเสื่อมลงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ทำลายหลอดเลือดฝอยที่กรองของเสีย ส่งผลให้ไตทำงานผิดปกติ มีโปรตีนอัลบูมินรั่วในปัสสาวะ ความดันโลหิตสูงขึ้น และอาจนำไปสู่ไตวายเรื้อรังและต้องฟอกไตในที่สุด เมื่อเวลาผ่านไปหลายปี โรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมที่ดีอาจทำลายหลอดเลือดในไตที่ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือด เกิดความเสียหายของไตและทำให้เกิดความดันโลหิตสูงนำไปสู่ภาวะไตวาย⁽⁴⁾ และโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย⁽⁵⁾ เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESKD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง

แบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน จากนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เฉลี่ย 36,277.78 บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,539.92 บาท ต่อเดือน รวมค่าใช้จ่ายทางตรงทั้งหมดของผู้ป่วย เฉลี่ย 38,815.70 บาท ต่อคนต่อเดือน⁽⁶⁾ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวต้องแบกรับภาระมากขึ้น จะเห็นว่าแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดี⁽⁷⁾

ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งสิ้น 9 ชุมชน มีประชากรในการดูแลทั้งหมด 7,734 คน เปิดให้บริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาโรคทั่วไป คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกทันตกรรม คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกแพทย์แผนไทย และคลินิกสุขภาพเด็กดี นอกจากนี้ยังมีระบบบริการในชุมชน ได้แก่ การให้สุขศึกษา การคัดกรองความเสี่ยงตามวัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย การควบคุมโรคในชุมชน การดูแลสุขภาพที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของภาวะไตวายเรื้อรังที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับโรคดังกล่าว และยังไม่เคยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรคไตวายเรื้อรังที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุกของโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อให้ทราบสภาพปัญหาที่แท้จริงและสามารถบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและค้นหาภาวะไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อที่จะชะลอการดำเนินโรค รวมถึงการป้องกันความรุนแรง ลดภาระของสถานบริการ และลดการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้จากระบบการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายโดยตรงอันเกิดจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะตามมา โดยการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และความชุกของการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ของศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ จังหวัดสุรินทร์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional analytical Study) ทำการศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนที่ลงทะเบียนรักษาและมารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 235 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานั้นได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 213 คน โดยอาศัยตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนที่ลงทะเบียนรักษาและมารับการรักษาแบบต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวาน 2) มีผลตรวจเลือดค่าการทำงานของไต 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีโรคใดร่วมจากสาเหตุอื่น ตาม ICD-10 รหัส N00-N29⁽⁸⁾ 4) ไม่มีประวัติได้รับยาที่มีผลต่อไต ก่อนการตรวจเลือด 5) ไม่มีประวัติเคยได้รับการปลูกถ่ายไต เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่มีข้อมูลครบในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ สิทธิการรักษา ความพิการ และความสามารถในการดูแลตนเอง 2) แบบบันทึกปัจจัยที่ศึกษาที่เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อ เช่น ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ฐานะทางการเงิน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการมีโรคร่วม เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 1 มกราคม 2568 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานเวชระเบียน ระบบโปรแกรม Hos-XP และนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไปทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์หาอัตราความชุกและข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นต้น

2. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้นตรง (Logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรหลาย ๆ ตัวแปรว่าตัวแปรใดบ้างที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ : 15/2567 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 213 คน เป็นเพศชาย จำนวน 60 คน และเพศหญิง จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 28.17 และ 71.83 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64.79 ปี ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.46 รองลงมา คือ อายุ 70-79 คิดเป็นร้อยละ 29.58 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 52.58 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 41.31 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.83 โดยส่วนมากกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 77.46 รองลงมา คือ การเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 12.68 ไม่มีความพิการ คิดเป็นร้อยละ 96.24 ความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะฟุ้งฟิง คิดเป็นร้อยละ 78.40 รองลงมา คือ ฟุ้งฟิงบ้าง คิดเป็นร้อยละ 15.59 เป็นต้น แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=213 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	60	28.17
หญิง	153	71.83

(ต่อ) ตารางที่1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=213 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2.อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	19	8.92
50-59 ปี	46	21.60
60-69 ปี	67	31.46
70-79 ปี	63	29.58
มากกว่า 80 ปี	18	8.45
3.สถานภาพสมรส		
คู่	112	52.58
โสด	11	5.16
หม้าย	78	36.62
หย่า/ แยกทาง	12	5.63
4.อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88	41.31
ค้าขาย	47	22.07
รับจ้าง	55	25.82
ข้าราชการ	6	2.82
อื่น ๆ	17	7.98
5. สิทธิการรักษา		
บัตรทอง 30 บาท	165	77.46
บัตรผู้พิการ	10	4.69
เบิกจ่ายตรง	27	12.68
เบิกต้นสังกัด	2	0.94
ประกันสังคม	7	3.29
ชำระเงินเอง	2	0.94
6. ความพิการ		
มี	8	3.76
ไม่มี	205	96.24
7.ความสามารถในการดูแลตนเอง		
พึ่งพิงทั้งหมด	12	5.63
พึ่งพิงบางครั้ง	34	15.96
ไม่มีภาวะพึ่งพิง	167	78.40

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีวุฒิการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.27 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 79.81 ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นไปในลักษณะมีความรักใคร่กันดี คิดเป็นร้อยละ 62.40 ลักษณะที่อยู่อาศัยอยู่กันเป็นครอบครัว

คิดเป็นร้อยละ 61.50 ฐานะทางการเงินโดยมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 59.62 การดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.72 การสูบบุหรี่ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 70.89 การออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 74.65 การมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 84.50 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.85 จำนวนครั้งที่ขาดนัดใน 1 ปี ไม่เคยขาดนัดเลย คิดเป็นร้อยละ 60.56 มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 80.28 โดยมีความถูกต้องในการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 90.61 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี Systolic blood pressure (SBP) ตั้งแต่ 80 mmHg เป็นต้นไป คิดเป็นร้อยละ 55.40 มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.85 มี Fasting plasma glucose (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dL ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.68 มี HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69.95 มี Urinary Albumin/Creatinine ratio น้อยกว่า 30 mg/G คิดเป็นร้อยละ 53.52 มี CKD ในระยะที่ 1 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.38 รายละเอียดดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ศึกษาที่ศึกษาที่เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน (n=213 คน)

ข้อที่	ปัจจัยที่ศึกษาที่ศึกษาที่เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	ระดับการศึกษา		
	ไม่มีวุฒิการศึกษา	73	34.27
	ประถมศึกษา	66	30.99
	มัธยมศึกษา	50	25.35
	อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	2	1.41
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	22	15.49
2.	จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
	1-2 คน	170	79.81
	3-4 คน	32	15.02
	5 คนขึ้นไป	11	5.16
3.	สัมพันธภาพในครอบครัว		
	รักใคร่กันดี	133	62.44
	ต่างคนต่างอยู่	78	36.62
	มีความขัดแย้งในครอบครัว	2	0.94
4.	ลักษณะที่อยู่อาศัย		
	อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว	78	36.62
	อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว	131	61.50
	อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	4	1.88
5.	ฐานะทางการเงิน		
	ไม่เพียงพอ	78	36.62
	เพียงพอ	127	59.62
	มีเหลือเก็บ	8	3.76

(ต่อ) ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ศึกษาที่ศึกษาที่เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน (n=213 คน)

ข้อที่	ปัจจัยที่ศึกษาที่ศึกษาที่เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6.	การดื่มแอลกอฮอล์		
	เป็นประจำ	55	25.82
	นาน ๆ ครั้ง	91	42.72
	ไม่ดื่มเลย	67	31.46
7.	การสูบบุหรี่		
	เป็นประจำ	16	7.51
	นานๆครั้ง	46	21.60
	ไม่สูบเลย	151	70.89
8.	การออกกำลังกาย		
	มากกว่า 150 นาที/สัปดาห์	54	25.35
	น้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์	159	74.65
9.	การมีโรคร่วม		
	โรคความดันโลหิตสูง	158	74.18
	โรคเก๊าท์	6	2.82
	โรคหลอดเลือดสมอง	12	5.63
	โรคไขมันในเลือดสูง	180	84.50
	โรคหัวใจ	3	1.40
	โรคอื่น ๆ	3	1.40
10.	ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน		
	0-5 ปี	68	31.92
	6-10 ปี	58	27.23
	มากกว่า 10 ปี	87	40.85
11.	จำนวนครั้งที่ขาดนัดใน 1 ปี		
	ไม่เคยขาดนัด	129	60.56
	1-2 ครั้ง	77	36.15
	มากกว่า 2 ครั้ง	7	3.29
12.	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		
	ไม่สม่ำเสมอ	42	19.72
	สม่ำเสมอ	171	80.28
13.	ความถูกต้องในการรับประทานยา		
	ไม่ถูกต้อง	20	9.39
	ถูกต้อง	193	90.61

(ต่อ) ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ศึกษาที่ศึกษาที่เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน (n=213 คน)

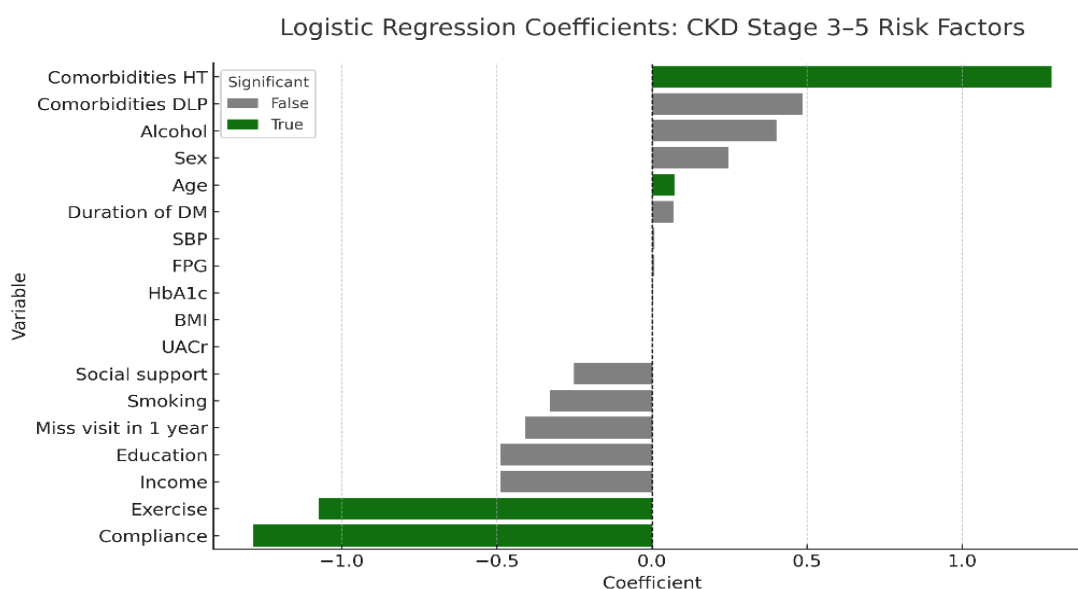
ข้อที่	ปัจจัยที่ศึกษาที่ศึกษาที่เกี่ยวกับการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
14.	Systolic blood pressure (SBP)		
	น้อยกว่า 130 mmHg	95	44.60
	80 mmHg เป็นต้นไป	118	55.40
15.	BMI		
	น้อยกว่า 18.5	13	6.10
	18.5-22.9	76	35.68
	23-24.9 (น้ำหนักเกิน)	37	17.37
	25 ขึ้นไป (อ้วน)	87	40.85
16.	Fasting plasma glucose (FPG)		
	น้อยกว่า 130 mg/dL	88	41.31
	130 mg/dL ขึ้นไป	125	58.69
17.	HBA1c		
	น้อยกว่า 7 %	64	30.05
	7 % ขึ้นไป	149	69.95
18.	Urinary Albumin/ Creatinine ratio		
	น้อยกว่า 30 mg/G	114	53.52
	30-300 mg/G	78	36.62
	มากกว่า 300 mg/G	21	9.86
19.	CKD		
	Stage 1	86	40.38
	Stage 2	83	38.97
	Stage 3	36	16.90
	Stage 4	7	3.29
	Stage 5	1	0.47

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

3.1 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้นตรง (Logistic regression) โดยรูปแบบของ Coefficient และ P-value พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง (P-value = 0.044) อายุ (P-value = 0.006) การออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์ (P-value = 0.030) การไม่ปฏิบัติตามการใช้ยา (P-value = 0.025) ดังแสดงในตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

Variable	Coefficient	95% CI	P-value
Comorbidities HT	1.2882	(-0.153, 5.407)	0.0443*
Comorbidities DLP	0.486	(-0.645, 2.777)	0.4897
Alcohol	0.4016	(-0.335, 2.229)	0.4047
Sex	0.246	(-0.514, 1.545)	0.5977
Age	0.0729	(0.007, 0.294)	0.006*
Duration of DM	0.07	(-0.009, 0.305)	0.053
SBP	0.0086	(-0.013, 0.051)	0.5314
FPG	0.0073	(-0.005, 0.030)	0.1927
HbA1c	0.0053	(-0.113, 0.166)	0.9432
BMI	0.0024	(-0.020, 0.031)	0.8585
UACr	0.0021	(0.000, 0.004)	0.028
Social support	-0.251	(-1.400, 0.606)	0.5776
Smoking	-0.3269	(-1.903, 0.464)	0.5052
Miss visit in 1 year	-0.4086	(-1.766, 0.093)	0.1365
Education	-0.4895	(-2.098, 0.024)	0.726
Income	-0.4811	(-2.098, 0.024)	0.716
Exercise	-1.0743	(-4.748, -0.116)	0.0299*
Compliance	-1.2852	(-5.721, 0.052)	0.0247*

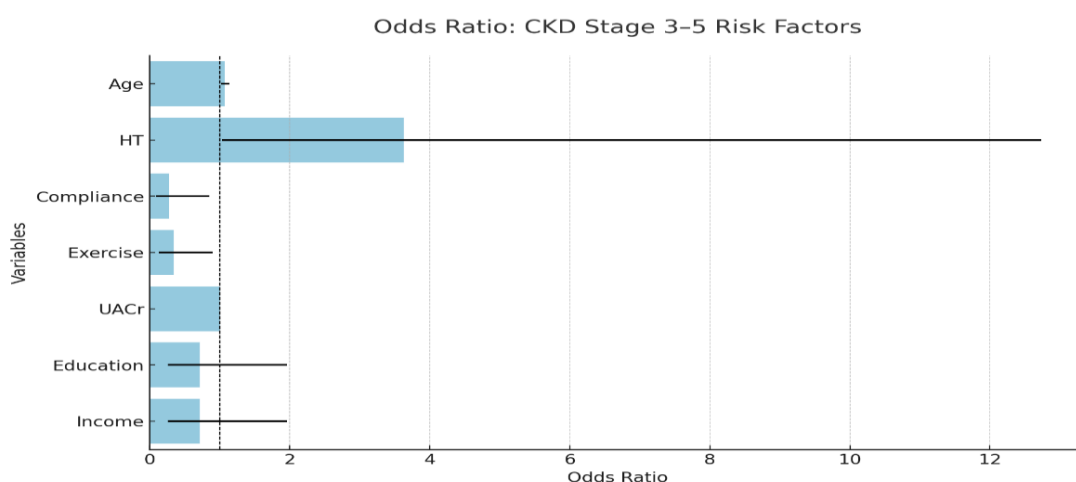


ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับไตวายเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบของ Coefficient

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้นตรง (Logistic regression) โดยรูปแบบ (Odds Ratio : OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การมีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง [OR = 3.625 (95% CI : 1.033–12.726)] อายุ [OR = 1.076 (95% CI : 1.021–1.134)] ค่าโปรตีนในปัสสาวะ (UACr) [OR = 1.002 (95% CI : 1.000–1.004)] การออกกำลังกาย (Exercise) [OR = 0.342 (95% CI : 0.130–0.896)] และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา [OR = 0.277 (95% CI : 0.090–0.851)] มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงในตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 2

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

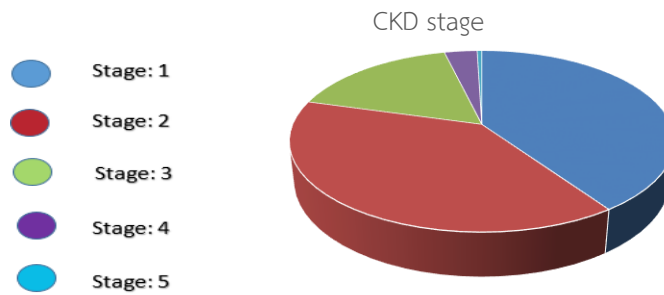
Variable	OR	(95% CI)
Comorbidities HT	3.625	(1.033, 12.726)
Age	1.076	(1.021, 1.134)
UACr	1.002	(1.000, 1.004)
Exercise	0.342	(0.130, 0.896)
Compliance	0.277	(0.090, 0.851)



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับไตวายเรื้อรัง โดยใช้ Odds ratio

3.3 การจำแนกระยะการเกิดโรคไตวายแต่ละระยะ

เมื่อจำแนกระยะการเกิดโรคไตวายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พบความชุกของการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ระยะ 3–5 คิดเป็นร้อยละ 21.02 โดยแบ่งเป็นระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 16.90 ระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 3.27 และระยะที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 0.47 เป็นต้น แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวานแบ่งตามระยะการดำเนินโรค

วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การมีโรคความดันโลหิตสูง อายุที่เพิ่มขึ้น การไม่ปฏิบัติตามการใช้ยา การไม่ออกกำลังกาย และค่าโปรตีนในปัสสาวะ (UACr) จะเห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยยิ่งส่งผลต่อการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 0.044$, $OR = 3.625$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี สูงแข็ง⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผู้มีความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ดี ($\leq 130/80$) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังต่ำ ความดันโลหิตสูงเป็นตัวทำนายสำคัญของโรคไตวายเรื้อรัง^(10,11,12) และ Rinku Joshi (2023)⁽¹³⁾ และ Zaher Nazzal (2022)⁽¹⁴⁾ ยืนยันว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญ ประกอบกับการมีอายุที่เพิ่มขึ้นจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุปราณี สูงแข็ง และคณะ (2563)⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรังน้อยกว่าจะเห็นว่าความเสี่ยงโรคไตเพิ่มขึ้นชัดเจนในกลุ่มอายุสูง⁽¹⁵⁾ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Shewanah Damtie และคณะ (2018)⁽¹¹⁾ ยืนยันว่าอายุเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงโรคไตวายเรื้อรัง เช่นเดียวกับบดินทร์ จักรแก้ว⁽²⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 3.99 เท่า (95% $CI = 2.61\text{--}6.08$) ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 70 ปี

รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเรื้อรัง ระยะ 3–5 สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา สิตะเสน และคณะ (2563)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อความเสี่ยงไตวายเรื้อรัง รวมถึงการออกกำลังกายไม่เพียงพอต่างก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของพงษ์ประยูร แก้วหมื่น (2562)⁽¹⁷⁾ พบว่า การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับไตวายเรื้อรัง ซึ่งการขาดกิจกรรมทางกายเพิ่มความเสี่ยงไตวายเรื้อรัง^(18,19) เป็นต้น

จะเห็นว่า ค่าโปรตีนในปัสสาวะ (UACr) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3–5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ค่าที่สูงขึ้นของ UACr จะบ่งชี้ถึงความเสี่ยงของไตที่มากขึ้น และสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดล่วงหน้าได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของแสงอรุณ สือยรรยงศิริ (2566)⁽¹²⁾ และงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การมีโปรตีนในปัสสาวะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดไตวายระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวาน^(13,14) จะเห็นว่าการใช้ UACr เป็นตัวชี้วัด เพราะ UACr เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัด Micro albuminuria หรือ Proteinuria และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังของสมาคมโรคไต⁽⁷⁾ ยืนยันว่า $UACr \geq 30 \text{ mg/G}$ เป็นเกณฑ์สำคัญในการจัดระดับไตวายเรื้อรัง และควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนปัจจัยอื่นที่ไม่พบความสัมพันธ์ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ HbA1c, FPG, เพศ, การสูบบุหรี่,

BMI, การศึกษา, รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีอิทธิพล แต่ไม่ชัดเจนในกลุ่มประชากรกลุ่มนี้มากนัก อย่างไรก็ตาม ยังคงมีงานวิจัยหลายฉบับที่ยังพบความสัมพันธ์อยู่ จากการศึกษาความชุกของการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน (CKD stage 3–5) พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 21.02 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 21.8⁽²⁰⁾ เช่นกัน และใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานของนิชชาภัทร ยอดแคล้ว และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2562)⁽²¹⁾ พบว่า ความชุกของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 16.13 เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้ พบการเกิดโรคไตเรื้อรังในระยะ 3–5 (CKD stage 3–5) ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับการมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ รวมถึงการมีระดับโปรตีนในปัสสาวะ (UACr) ที่สูงขึ้น ย่อมส่งผลต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังได้ง่าย ในขณะที่ปัจจัยอื่นทั้ง ค่า HbA1c, FPG, เพศ, การสูบบุหรี่, BMI, การศึกษา, รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ยังไม่พบความสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจากบริบทของประชากรแต่ละพื้นที่หรือพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

ข้อเสนอแนะ ที่ได้จากการศึกษา มีดังนี้

1. ด้านคลินิก ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง หรือมีค่า UACr เพิ่มขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมการปฏิบัติตามการใช้ยาและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แบบเฉพาะกลุ่ม อย่างเช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วม ประกอบกับการเสริมสร้างระบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในการใช้ยาและกิจกรรมทางกาย
3. ด้านการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรศึกษาในประชากรกลุ่มใหญ่ ๆ และในหลาย ๆ พื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความครอบคลุมที่สามารถสะท้อนผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนมีศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมหรือปัจจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ทุกท่าน อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก.โรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. บดินทร์ จักรแก้ว. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกิ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขสุลล่านา. 2566; 18(1): 16-30.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการ ดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>

4. บัญชา สติระพจน์. Diabetic Nephropathy: Diagnosis and Therapeutic Targets.เวชสารแพทย์ทหารบก. 2563; 73(3) :199-210.
5. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึง 22 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/ADMIN/Desktop/no.5_01.pdf
6. Kasemsup V. Budget impact analysis of including renal replacement therapy in the benefit package of universal coverage in Thailand. J Nephrol Soc Thai 2006; 12(2):136-48.
7. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด ; 2565.
8. World Health Organization: WHO. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. 2019 [cited 26 Jun 2022]. Available from: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.
9. สุปราณี สูงแข็ง และคณะ. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2560; 24 (2): 1-9.
10. ทวี ศิลารักษ์ และคณะ. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563; 40(2):109-121.
11. จิรวัดน์ สีสื่อ. ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2562; 27(2):1-15.
12. แสงอรุณ สือบรรยงศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายในระยะที่สามในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566; 38(1): 105-112.
13. Rinku Joshi et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes mellitus at a tertiary care hospital in Nepal: a cross-sectional study. BMJ Open. 2023; 13(2).
14. Zaher Nazzal et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease among Palestinian type 2 diabetic patients: a cross-sectional study. BMC Nephrology. 2020; 21(1):484.
15. Atiporn Ingsathit et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephron Dial Transplant. 2010; 25:1567-1575.
16. นิตยา สิตะเสน และคณะ. ความชุกและปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. Nursing Science Journal of Thailand. 2563; 38(4):31-43.
17. พงศ์ประยูร แก้วหมื่น. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 5(3):62-73.
18. ทวี ศิลารักษ์ และคณะ. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ. Songklanagarind Journal of Nursing. 2563; 40(2):109-121.
19. นิตยา สิตะเสน และคณะ. ความชุกและปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. Nursing Science Journal of Thailand. 2563; 38(4):31-43.

20. Shewanesh Dam tie et al. Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors Assessment among Diabetes Mellitus Patients at a Tertiary Hospital, Northwest Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2018; 28(6):691-700.
21. นิชชาภัทร ยอดแคล้ว และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562 26(2), 24-35.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a model to promote the use of nursing practices to prevent falls in patients
Undergoing treatment in Phonphisai Hospital Nong Khai Province.

อชิรญาณ์ พนาลิกุล พย.บ.

Achiraya Panalikul, (B.N.S)

ภรกต สุฝน พย.บ., ประ.ด.

Porakot Soofon, (B.N.S, Ph.D)

โรงพยาบาลโพนพิสัย

Phonphisai Hospital

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province

(Received: 1 December 2025, Revised: 30 December 2025, Accepted: 12 January 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ เพื่อสร้างรูปแบบส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566-มิถุนายน 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์จากรายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ กับกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ PPSH Model และแบบบันทึกอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม โดยแบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบ PPSH Model (Phon Phisai Patient-Safety & Fall-Prevention Holistic Model) ที่มีประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ: (P) การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบด้วย MFS และ HFRM II, (P) การมาตรฐานการปฏิบัติและรูปแบบการควบคุม, (S) การส่งเสริมความเข้าร่วมของบุคลากร และ (H) การเฝ้าระวังและเรียนรู้จากเหตุการณ์ ภายหลังใช้รูปแบบ PPSH Model คะแนนพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนใช้ $M = 40.20$, $SD = 4.80$; หลังใช้ $M = 53.20$, $SD = 2.90$; $p < .001$) ไม่พบเหตุการณ์พลัดตกหกล้มในช่วงทดลองใช้ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ($M = 4.53$, $SD = 0.35$) แสดงว่ารูปแบบ PPSH Model มีความเหมาะสมและมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความปลอดภัยของผู้ป่วย, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม, แนวปฏิบัติการพยาบาล

ติดต่อผู้พิมพ์ : อชิรญาณ์ พนาลิกุล **อีเมล :** yayalovefrist@gmail.com

Abstract

This study employed a research and development (R&D) design to develop a model promoting the implementation of nursing practice guidelines for fall prevention at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. The study was conducted between October 2023 and June 2024 and consisted of three phases: Phase 1 involved a situational analysis based on fall incident reports; Phase 2 focused on developing the promotion model; and Phase 3 involved implementing and evaluating the model with a sample group. Research instruments included a nursing practice questionnaire for fall prevention, a satisfaction questionnaire regarding the PPSH Model, and a fall incident record form. The questionnaire and satisfaction assessment demonstrated acceptable reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences before and after model implementation were examined using a paired t-test.

The results revealed that the PPSH Model (Phon Phisai Patient-Safety & Fall-Prevention Holistic Model) comprises four key components: (P) systematic risk assessment using the Morse Fall Scale (MFS) and Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II); (P) standardization and control of nursing practices; (S) promotion of staff engagement; and (H) monitoring and learning from fall incidents. Following the implementation of the PPSH Model, nurses' fall-prevention practice scores significantly increased (pretest $M = 40.20$, $SD = 4.80$; posttest $M = 53.20$, $SD = 2.90$; $p < .001$). No fall incidents were reported during the implementation period, and nurses demonstrated a high level of satisfaction with the model ($M = 4.53$, $SD = 0.35$). These findings indicate that the PPSH Model is appropriate and has strong potential for practical application in enhancing patient safety and effectively reducing fall incidents among hospitalized patients.

Keywords : Patient safety; fall prevention; nursing practice guideline; research and Development

Corresponding author : Achiraya Panalikul **E-mail :** yayalovefrist@gmail.com

บทนำ

การพลัดตกหกล้มนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกของอุบัติเหตุที่พบในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บ⁽¹⁾ นอกจากผลกระทบต่อร่างกายแล้ว การพลัดตกหกล้มยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเชื่อมั่นของญาติ และภาพลักษณ์ขององค์กร⁽²⁾ ข้อมูลระดับนานาชาติระบุว่า มีผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสบเหตุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 700,000–1,000,000 ราย โดยร้อยละ 30–50 ได้รับบาดเจ็บในระดับรุนแรง⁽³⁾ และมีรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพลัดตกหกล้มสูงถึง 250,000 รายต่อปี⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานว่ ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลประมาณ 1,200 ราย⁽⁵⁾ มีสาเหตุของการพลัดตกหกล้มสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวและการทรงตัวบกพร่อง โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง การได้รับยาหลายชนิด เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาระงับปวด ยาต้านการชัก รวมทั้งภาวะเครียด ซึมเศร้า และความกลัวการหกล้ม

รวมถึง สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น ห้องน้ำไม่มีราวจับ อุปกรณ์ไม่เหมาะสม หรืออุปกรณ์ช่วยพยุงไม่พอดีกับผู้ป่วย^(6,7) เป็นต้น

การป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการพยาบาล และบรรจุไว้ในเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสากล (IPSG) รวมทั้งตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล (Nursing quality indicators) งานวิจัยต่างประเทศหลายฉบับพบว่า การนำแนวปฏิบัติที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการมาใช้โดยต่อเนื่อง สามารถลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ^(8,9) และการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่เป็นระบบและได้รับการยอมรับในระดับสากล เช่น Morse Fall Scale (MFS) และ Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและวางแผนการดูแลที่เหมาะสม โดย MFS ใช้ประเมินความเสี่ยงทั่วไปของผู้ป่วยใน เช่น ประวัติการหกล้ม การเคลื่อนไหว และสภาพจิตใจ ขณะที่ HFRM II มุ่งเน้นความสามารถในการลุกจากเก้าอี้ ความผิดปกติของการทรงตัว และการใช้ยาบางประเภท^(10,11) ยิ่งถ้าหากใช้เครื่องมือทั้งสองร่วมกันเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า รูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพมักจะมียุทธศาสตร์ประกอบหลายด้าน ทั้งการประเมินความเสี่ยง การมีส่วนร่วมของพยาบาล การฝึกปฏิบัติเชิงสถานการณ์ และการนิเทศทางคลินิกอย่างเป็นระบบ เช่น การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาล ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงและการฝึกเชิงปฏิบัติ ช่วยลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มได้จริง⁽¹²⁾ ทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการทรงตัวในชุมชนสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันและลดความเสี่ยงการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹³⁾ ประกอบกับการนิเทศทางคลินิกที่มีโครงสร้างชัดเจนช่วยเพิ่มพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ รวมถึงการมีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งการประเมิน กำหนดมาตรการ จัดทำเครื่องมือ และนิเทศต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามแนวทางและระดับความพึงพอใจของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁵⁾ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่า ความสำเร็จของการป้องกันการพลัดตกหกล้มต้องอาศัยแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบท และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพอย่างแท้จริง

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มแล้ว แต่ยังพบอุบัติการณ์เกิดขึ้นต่อเนื่อง โดยช่วงปี พ.ศ. 2564–2565 พบเหตุการณ์รวม 20 ราย⁽¹⁶⁾ บางรายมีความรุนแรงต้องส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลศัลยกรรมสูง ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และความเชื่อมั่นของประชาชน การทบทวนสาเหตุพบว่า การใช้แนวปฏิบัติยังไม่ต่อเนื่อง บุคลากรบางส่วนขาดความตระหนักในการประเมินความเสี่ยงและไม่ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด แม้โรงพยาบาลจะประกาศใช้แนวปฏิบัติ SP-NSO-006 อย่างเป็นทางการตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม 2566 แต่ยังไม่มีงานวิจัยประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติดังกล่าว และยังพบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มอยู่ แสดงให้เห็นช่องว่างระหว่างการมีแนวทางกับการนำไปใช้จริงในบริบทหน่วยงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาครั้งนี้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)⁽¹⁷⁾ และการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)⁽¹⁸⁾ และทฤษฎีระบบของเบตตี นิวแมน (Neuman's systems model)⁽¹⁹⁾ ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงด้วย Morse Fall Scale และ Hendrich II Fall Risk Model^(20,21) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติที่ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติได้สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ผู้วิจัยคาดหวังว่า งานวิจัยนี้จะได้รับแบบส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัสดุและวิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัย เชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงมิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 รวม 8 เดือน โดยระยะที่ 1 มุ่งศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยจากระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลโพธิพิสัย ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564–2566 โดยบันทึกปีที่เกิดเหตุ หอผู้ป่วยที่เกิดเหตุ และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงกับพยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโพธิพิสัย รวม 10 คน โดยต้องมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในและเกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ได้แก่ การรับรู้ต่อความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้มปัจจัยเสี่ยง และปัญหาที่พบในบริบทหน่วยงาน ประสิทธิภาพ และปัญหาในการใช้ Morse Fall Scale และ Hendrich II Fall Risk Model อุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบหรือรูปแบบการป้องกัน โดยร่างแนวคำถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง 0.80–1.00 จากนั้นปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการแบบตัวต่อตัวในห้องหรือมุมที่เป็นส่วนตัวภายในหน่วยงาน โดยใช้เวลาเฉลี่ย 30–45 นาทีต่อคน มีการขออนุญาตบันทึกเสียงทุกครั้ง พร้อมทั้งจดบันทึกภาคสนาม ประกอบ การเก็บข้อมูลดำเนินการต่อเนื่องจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากรายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์ เพื่ออธิบายภาพรวมสถานการณ์และหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบ ตรวจสอบความถูกต้องกับเนื้อหา แล้ววิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ สร้างหมวดประเด็น และสังเคราะห์เป็นธีมหลัก (themes) ซึ่งผลที่ได้ถูกนำไปใช้เป็นกรอบพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนารูปแบบฯ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และทฤษฎีระบบของเบตตี นิวแมน ร่วมกับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ Morse Fall Scale (MFS) และ Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II) เป็นกรอบในการออกแบบโครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การร่างและพัฒนารูปแบบฯ ระหว่างเดือนมกราคม–มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เป็นข้อมูลเบื้องต้น และดำเนินการจัดประชุมระดมความคิดเห็นแบบสนทนากลุ่ม (focus group) กับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ≥ 10 ปี และพยาบาลผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์ ≥ 5 ปี รวม 10 คน จนได้ร่างรูปแบบ PPSH Model (Phon Phisai Patient-Safety & Fall-Prevention Holistic Model) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) Patient Risk Assessment (P) ใช้ MFS และ HFRM II

ในการประเมินและบันทึกความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ กำหนดระดับความเสี่ยงและมาตรการดูแลเฉพาะตามระดับความเสี่ยง 2) Practice Standardization (P) พัฒนาแนวปฏิบัติแบบย่อ ป้ายเตือน และแบบฟอร์มมาตรฐานสำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พร้อมทั้งใช้แบบประเมินสมรรถนะเพื่อติดตามการปฏิบัติของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 3) Staff Engagement (S) กำหนดกิจกรรมหลัก ได้แก่ การทบทวนความรู้ หน่วยงานและการให้ความรู้แบบสั้น (mini workshop) การสาธิตการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและนิเทศข้างเตียง (bedside coaching) พร้อมการสะท้อนผลการปฏิบัติรายบุคคล/รายทีม และกิจกรรมเสริมแรง เช่น การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวก และการชื่นชมหน่วยงานที่มีการปฏิบัติได้ดี 4) Holistic Monitoring (H) จัดระบบเฝ้าระวัง บันทึก และรายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม วิเคราะห์รากเหตุ (root cause analysis) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเมื่อเกิดเหตุการณ์ และจัดให้มีการทบทวนบทเรียนและปรับปรุงมาตรการป้องกันในการประชุมหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ PPSH Model โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่า อยู่ระหว่าง 0.80–1.0 ภายหลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.93 แสดงว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง⁽²²⁾ การเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินใช้การส่งแบบสอบถามผ่าน Google Form และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยรายงานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design)⁽²³⁾ ดำเนินการในหอผู้ป่วย 4 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยในชาย หอผู้ป่วยในหญิง หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยในพิเศษ โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในทั้ง 4 แห่ง รวม 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 4) สนใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในแบบแสดงความยินยอม ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ลาป่วย ลาคลอด หรือศึกษาต่อในช่วงดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกเหตุการณ์การพลัดตกหกล้ม ใช้บันทึกจำนวน ลักษณะ และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มจากระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มใช้ประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 2 ระดับ คือ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” พร้อมตัวเลือก “ไม่มีการดำเนินการ (NA)” สำหรับข้อที่ไม่เกี่ยวข้อง การให้คะแนนกำหนด “ปฏิบัติ” = 1 คะแนน “ไม่ปฏิบัติ” = 0 คะแนน ส่วน NA ไม่นำมาคิดคะแนน โดยคำนวณคะแนนรวมของแต่ละคนจากผลรวมคะแนน หาดด้วยคะแนนเต็มตามจำนวนข้อที่ตอบ (ไม่รวม NA) แล้วคูณ 100 เพื่อแปลงเป็นร้อยละของพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติตามแนวทางการสร้างแบบวัดพฤติกรรมที่นิยมใช้การแปลงคะแนนเป็นร้อยละเพื่อจัดระดับพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ^(24,25) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ($\geq 80\%$) แสดงว่ามีพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ระดับปานกลาง (60–79%) แสดงว่ามีพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติบางส่วนแต่ยังไม่ต่อเนื่อง และระดับต่ำ ($< 60\%$) แสดงว่ามีพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติต่ำหรือไม่ครอบคลุมกิจกรรมที่กำหนด^(24,26)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.80 ทุกข้อ) และทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พบค่าสัมประสิทธิ์ Kuder–Richardson 20 (KR-20)

มากกว่า 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี^(24,26) โดยแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ PPSH Model จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยรวม แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ คือ 3.50–5.00 = ระดับมาก-มากที่สุด 2.50–3.49 = ระดับปานกลาง และ 1.00–2.49 = ระดับน้อย ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และค่าเฉลี่ยรวม 0.93⁽²²⁾ ทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาล 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90 แสดงว่า แบบประเมินมีความเชื่อถือได้ในระดับสูง⁽²³⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับพฤติกรรมและความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ PPSH Model เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อพฤติกรรม การปฏิบัติ การพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม^(23,26)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิสัย เลขที่รับรอง ECPPS 10-2566 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างชัดเจนก่อนการลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นย้ำว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือสิทธิใด ๆ นอกจากนี้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 จากการทบทวนข้อมูลอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิสัย ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 พบว่า ในช่วงปี 2564–2565 มีอุบัติการณ์รวม 20 ราย ส่วนใหญ่เกิดในหอผู้ป่วย ในชาย หอผู้ป่วยในหญิง และหอผู้ป่วยในพิเศษ โดยมีความรุนแรงระดับ F 1 ราย ระดับ E 3 ราย และระดับ D 7 ราย บางรายต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายและความเชื่อมั่นของญาติ แม้โรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและประกาศใช้แล้ว แต่อุบัติการณ์ยังคงเกิดขึ้น สะท้อนช่องว่างระหว่างการมีแนวปฏิบัติกับการนำไปใช้จริง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วย 10 คน พบประเด็นสำคัญ ๆ ดังนี้ 1) ระบบและนโยบายในหน่วยงาน แนวปฏิบัติยังไม่ถูกนำไปใช้สม่ำเสมอ ขาดระบบกำกับติดตามและการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน 2) ทรัพยากร บุคลากร และภาระงาน อัตรากำลังและอุปกรณ์สนับสนุนไม่เพียงพอ ทำให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยเสี่ยงสูงทำได้จำกัด 3) ความรู้ ทักษะ และ การใช้เครื่องมือประเมิน บางส่วนมองว่าการหกล้มเลี้ยยาก การใช้ MFS และ HFRM II ยังไม่เชื่อมโยงกับแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ 4) การสื่อสารและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้ยังเป็นลักษณะเตือนปากเปล่า ขาดสื่อและรูปแบบที่เหมาะสม 5) วัฒนธรรมความปลอดภัยและการเรียนรู้จากเหตุการณ์ พยาบาลบางคนรู้สึกรายงานแล้วไม่เห็นการปรับปรุงเชิงระบบ และกังวลการถูกตำหนิ ซึ่งช่องว่างเหล่านี้ถูกนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบและพัฒนาารูปแบบ PPSH Model ในระยะที่ 2 ต่อไป.

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิสัย ผลการศึกษา ได้รูปแบบ “PPSH Model” (Phon Phisai Patient-Safety & Fall-Prevention Holistic Model) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. P : Patient Risk Assessment มุ่งเน้นให้มีการประเมินและติดตามความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดให้ใช้ทั้ง Morse Fall Scale (MFS) และ Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กำหนดช่วงเวลาการประเมิน เช่น ขณะรับใหม่ หลังเคลื่อนย้ายหอนผู้ป่วย หลังผ่าตัด หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพ จัดทำ “ป้ายระบุระดับความเสี่ยง” เสี่ยงสูงสีแดง เสี่ยงปานกลางสีเหลือง และเสี่ยงต่ำสีเขียว และกำหนดพื้นที่สำหรับแขวนป้ายที่หัวเตียง กรณีห้องพิเศษติดที่หน้าห้องและหัวเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ทีมสหวิชาชีพมองเห็นชัดเจน

2. P : Practice Standardization เน้นการทำให้มาตรฐานการปฏิบัติให้ชัดเจน ลดความแตกต่างระหว่างบุคคลและระหว่างเวร โดยจัดทำ “แนวปฏิบัติแบบย่อ” 1-2 หน้า สำหรับใช้บนบอร์ด ครอบคลุมขั้นตอนตั้งแต่การประเมิน การจัดสิ่งแวดล้อม การให้คำแนะนำ ไปจนถึงการรายงานเหตุการณ์ พัฒนา “แบบประเมินสมรรถนะการป้องกันพลัดตกหกล้มของพยาบาลวิชาชีพ” ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ในการนิเทศและติดตาม จัดทำแบบฟอร์ม/รายการสิ่งแวดล้อมปลอดภัย (เช่น ราวจับ แสงสว่าง เสียงและอุปกรณ์ช่วยเดิน) เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันในทุกหอผู้ป่วย

3. S : Staff Engagement มุ่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจของบุคลากร โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ (workshop) เรื่องการใช้แบบประเมินความเสี่ยง การจัดสิ่งแวดล้อม และการสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติ นิเทศข้างเตียง และแลกเปลี่ยนกรณีตัวอย่าง ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานเชิงบวก เช่น การชื่นชมหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ลดลง หรือมีการรายงานและแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง

4. H : Holistic Monitoring เน้นการเฝ้าระวังและติดตามผลเชิงระบบ โดย จัดทำแผนผังการเฝ้าระวังผู้ป่วยเสี่ยงสูง และกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องในแต่ละเวร พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกและติดตามอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มที่เชื่อมโยงกับการวิเคราะห์สาเหตุและมาตรการแก้ไข นำข้อมูลอุบัติการณ์และผลการประเมินสมรรถนะมาสรุปในที่ประชุมทีมพยาบาลและคณะกรรมการคุณภาพ เพื่อใช้ในการทบทวนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) อายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาอายุมากกว่า 40 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมา อยู่ระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) ในการประเมินระดับพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่หลังการใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นแนวโน้มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติการปฏิบัติของพยาบาลในทิศทางที่ดีขึ้นหลังได้รับการส่งเสริมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ PPSH Model ที่พัฒนาขึ้น (n = 30)

คะแนนพฤติกรรมปฏิบัติฯ	ค่าเฉลี่ย (M)	S.D.	ระดับปฏิบัติ
ก่อนใช้รูปแบบฯ	40.20	4.80	ปานกลาง
หลังใช้รูปแบบฯ	53.20	2.90	สูง

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติ ก่อนและหลังการใช้ PPSH Model โดยใช้ Paired t-test ($n = 30$)

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่หลังการใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นแนวโน้มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในทิศทางที่ดีขึ้นหลังได้รับการส่งเสริมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติ ก่อนและหลังการใช้ PPSH Model โดยใช้ Paired t-test ($n = 30$)

ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ยร้อยละ (M)	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบฯ	40.20	4.80			
หลังใช้รูปแบบฯ	53.20	2.90	13.00	12.45	.001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 ผลการเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษา พบว่า การกระจายระดับพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ พยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและยังมีบางส่วนอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่หลังการใช้รูปแบบ พยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และไม่พบพยาบาลที่มีพฤติกรรมระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกของรูปแบบ PPSH Model ต่อการยกระดับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติ ($n=30$)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้รูปแบบฯ (คน)	ก่อนใช้รูปแบบฯ (คน)
ระดับสูง ($\geq 80\%$)	4 (13.3%)	26 (86.7%)
ระดับปานกลาง (60–79%)	20 (66.7%)	4 (13.3%)
ระดับต่ำ ($< 60\%$)	6 (20.0%)	0 (0.0%)

ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามพบว่า ก่อนใช้รูปแบบรูปแบบ PPSH Model พยาบาลมีพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่หลังการทดลองใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่ารูปแบบ PPSH Model สามารถส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

2.4 คะแนนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติ แยกตามรายด้าน หลังการใช้รูปแบบ PPSH Model

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบ PPSH Model อยู่ในระดับสูงทุกด้าน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสามารถเสริมสร้างการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติแยกตามรายด้านหลังการใช้รูปแบบ PPSH Model (n = 30)

ด้านการปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย (M)	SD	ระดับ
การประเมินความเสี่ยง	85.3	6.1	สูง
การปฏิบัติเพื่อป้องกันหกล้ม	82.7	5.8	สูง
การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ	80.5	6.4	สูง
การดูแลเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	83.1	5.6	สูง
รวม	83.0	5.2	สูง

3. ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความพึงพอใจและความตระหนักรู้ต่อการใช้รูปแบบ PPSH Model ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุอยู่ในช่วง 30-49 ปี ร้อยละ 63.3 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 83.3 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.7 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์วิชาชีพเพียงพอในการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ PPSH Model พบว่าความพึงพอใจต่อรูปแบบ PPSH Model โดยรวมอยู่ในระดับ มาก (M = 4.53, SD = 0.35) ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 4.40 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านประสิทธิภาพของรูปแบบในการลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.60, SD = 0.36) แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบ PPSH Model ที่พัฒนาขึ้น (n = 30)

ด้าน/รายการ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ความชัดเจนของรูปแบบ	4.57	0.41	มาก
ความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน	4.50	0.40	มาก
ความง่ายต่อการใช้งาน	4.47	0.45	มาก
ประสิทธิภาพในการลดการหกล้ม	4.60	0.36	มาก
การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม	4.43	0.47	มาก
รวม	4.53	0.35	มาก

3.3 ผลการประเมินความตระหนักของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ PPSH Model ผลการวิเคราะห์พบว่าความตระหนักของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ PPSH Model อยู่ในระดับ มาก (M = 4.55, SD = 0.34) สะท้อนว่าพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทาง มีความเข้าใจในความเสี่ยง และมีความตั้งใจนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในงานประจำอย่างต่อเนื่อง แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับความตระหนักต่อการใช้รูปแบบ PPSH Model ที่พัฒนาขึ้น (n = 30)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	S.D.	การแปลผล
ตระหนักถึงความสำคัญของแนวทาง	4.63	0.37	ระดับมาก
เข้าใจความเสี่ยงหากไม่ปฏิบัติ	4.57	0.39	ระดับมาก
ความตั้งใจนำไปใช้จริง	4.50	0.41	ระดับมาก
ความรู้สึกร่วม	4.53	0.38	ระดับมาก
ความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติ	4.60	0.36	ระดับมาก
การประเมินตนเองในการปฏิบัติ	4.47	0.45	ระดับมาก
รวม	4.55	0.34	ระดับมาก

โดยสรุป รูปแบบ PPSH Model ที่พัฒนาขึ้น ได้รับการยอมรับจากพยาบาลทั้งในด้านความพึงพอใจและความตระหนักในระดับมาก สะท้อนถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และศักยภาพในการนำไปใช้จริงเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างยั่งยืน หากท่านต้องการ

วิจารณ์

การศึกษาศาสนการณ์ ปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย แม้โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติอยู่แล้ว แต่อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มยังคงเกิดขึ้น เนื่องจากการใช้ไม่ต่อเนื่อง ขาดระบบกำกับติดตาม และมีช่องว่างในด้านทรัพยากร ความรู้ของพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและบุคลากร และวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยพบปัญหาหลัก ๆ ใน 5 ด้าน ได้แก่ ระบบและนโยบาย ทรัพยากรและภาระงาน ความรู้และทัศนคติของพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ และวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยหลายฉบับที่รายงานว่า การมีแนวปฏิบัติไม่ได้หมายถึงการปฏิบัติที่มีคุณภาพ หากขาดระบบกำกับติดตามและแรงสนับสนุนเชิงโครงสร้าง^(27,28) และอุปสรรคสำคัญของการป้องกันการหกล้มคือ ภาระงานพยาบาลสูง การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่ไม่เชื่อมโยงกับแผนการพยาบาล และการขาดวัฒนธรรมความปลอดภัยแบบไม่กล่าวโทษ^(29,30) สอดคล้องกับแนวคิด *Patient Safety*⁽³¹⁾ และ *Just Culture*⁽³²⁾ ที่เน้นระบบการเรียนรู้จากเหตุการณ์แทนการมุ่งโทษบุคคล เมื่อพิจารณาร่วมกับ *Donabedian's Model*⁽³³⁾ พบว่าปัญหาครอบคลุมทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบเชิงระบบเพื่อจัดการช่องว่างดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม

ผลจากการพัฒนารูปแบบ “PPSH Mode” เพื่อส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะที่ 2 พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้น มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับสูงจากความเห็นและการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้สะท้อนว่ารูปแบบนี้ออกมาว่า สามารถตอบโจทย์ปัญหาที่พบในระยะที่ 1 ได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รูปแบบ PPSH Model ได้บูรณาการในการประเมินความเสี่ยง การกำหนดมาตรการป้องกันที่ชัดเจน การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย ตลอดจนการเฝ้าระวังเชิงระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล วงศ์ภักดีและคณะ (2565)⁽²⁷⁾ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมแล้วพบว่าแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถช่วยให้พยาบาลมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ราชวัช ทวีคุณ (2566)⁽³⁴⁾ ที่เน้นการใช้แนวปฏิบัติที่ออกแบบเฉพาะในห้องฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการหกล้มจนลดอุบัติเหตุการฉีกอย่างสิ้นเชิง⁽³⁵⁾ สอดคล้องกับแนวคิระดับสากล *Fall Prevention Bundle*⁽³⁰⁾ และงานของ Dykes et al. (2020)⁽⁸⁾ ที่เน้นการใช้ข้อมูลการประเมินความเสี่ยง เพื่อขับเคลื่อนแผนการพยาบาลรายบุคคล รวมทั้งสอดคล้องกับ *Chronic Care Model*⁽³⁶⁾ และ *Evidence-Based Practice*⁽³⁷⁾ ซึ่งใช้ข้อมูลจากบริบทจริงเป็นฐานในการออกแบบ ช่วยเชื่อมช่องว่างระหว่างแนวปฏิบัติบนกระดาษกับการปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยได้อย่างมีระบบและยั่งยืน

ผลการทดลองใช้และประสิทธิผลของรูปแบบ PPSH Model พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบ PPSH Model เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในการส่งเสริมพฤติกรรมกาปฏิบัติจริง สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า การพัฒนารูปแบบที่ชัดเจนและได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารนั้น จะช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาล^(37,38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาเวเรศ ก้านมะลิ (2564)⁽³⁵⁾ และ เสาวภา เด็ดขาด (2565)⁽³⁸⁾ ที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และการออกแบบรูปแบบการบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาปฏิบัติและการป้องกันการหกล้มที่ยั่งยืน⁽³⁸⁾ และความพึงพอใจและการตระหนักรู้ของพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จะเห็นว่างานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับ *Theory of Planned Behavior*⁽³⁹⁾ ที่อธิบายว่า ทักษะคิด การรับรู้บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติ ดังนั้น รูปแบบ PPSH Model จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยลดความซับซ้อนของการทำงาน เพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

จะเห็นว่า รูปแบบ PPSH Model ที่พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือปฏิบัติที่ชัดเจน มีระบบและสามารถนำไปใช้งานได้จริงในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังขาดเครื่องมือและแนวทางการจัดการที่เป็นระบบ โดยรูปแบบนี้ช่วยลดความซับซ้อนของการทำงาน ลดความคลุมเครือ และเพิ่มความชัดเจนในการดำเนินการของแต่ละบทบาท ช่วยลดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บของผู้ป่วย ก็จะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิต ลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และเสริมสร้างความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. **ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบ PPSH Model ไปใช้จริงอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานพยาบาลทุกระดับ** เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมกาใช้แนวปฏิบัติ ควรมีการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล ในด้านนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และระบบกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. **ควรจัดอบรมและพัฒนาองค์ความรู้แก่พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ** เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ทักษะคิด และความตระหนักรู้ของพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติจริง การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยยกระดับทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวทางอย่างมีประสิทธิภาพ

3. **ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการป้องกันการหกล้ม** การให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการจัดทำข้อตกลงร่วมเพื่อความปลอดภัย จะช่วยลดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนแนวคิด *Patient and Family Engagement in Safety* ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของรูปแบบ PPSH Model

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการวิจัยไปยังโรงพยาบาลประเภทอื่นหรือภูมิภาคอื่นของประเทศเพื่อทดสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ PPSH Model ในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลที่มีโครงสร้างการบริหารแตกต่างกัน
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้รูปแบบ PPSH Model โดยติดตามผลหลังการนำรูปแบบไปใช้ในระยะเวลา 6 เดือน–1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว
3. ควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล เช่น แรงจูงใจภายใน ภาระงาน การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และวัฒนธรรมองค์กร โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสม เพื่อเข้าใจกลไกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างานและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งได้สละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.ดร.เทพไทย โชติชัย ผศ.ดร.ชลการ ทรงศรี และดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าในการพัฒนารูปแบบ PPSH Model จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Global Burden of Disease Study Collaborators: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990 – 2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet. 2015; 386 (9995): 743 – 800.
2. World Health Organization. Patient safety. Geneva: WHO; 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing falls in hospitals: A toolkit for improving quality of care. Rockville: AHRQ; 2021.
4. Royal College of Physicians. National audit of inpatient falls: Audit report 2020. London: RCP; 2020.
5. เยาวเรศ ก้านมะลิ. การวิเคราะห์เหตุการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(5): 15-23.
6. Keay L, Palagyi A, McCluskey P, Lamoureux E, Pesudovs K, Lo S, Ivers R, Boufous S, Morlet N, Ng J, Stapleton F, Fraser M, Meuleners L. Falls in older people with cataract, a longitudinal evaluation of impact and risk : the FOCUS Study Protocol. InjPrev 2014; 20 (1): 1 - 6.

7. Scott D, Hayes A, Aitken D, Jones G. Operational definitions of sarcopenia and their associations with 5-year changes in falls risk in community dwelling middle-aged and older adults. *Osteoporos Int.* 2014; 25:187-193.
8. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Benoit A, Middleton B. Building and testing a patient-centered fall prevention tool kit. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2020; 46(5): 286-293. doi:10.1016/j.jcjq.2019.12.001
9. Matarese M, Ivziku D, Bartolozzi F, Piredda M, De Marinis MG. Systematic review of fall risk assessment tools for hospitalized older patients. *J Adv Nurs.* 2019; 75(7): 1376-1393. doi:10.1111/jan.13928
10. Morse, J. M. (2009). Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program. Springer Publishing Company.
11. Hendrich, A. L. (2007). Predicting patient falls: Using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50–58.
12. นิภาพร มีชิน, รุจิรา ดงเรืองราช, & สุรรัตน์ ดาวเรือง. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. *วารสารสาธารณสุขขอนแก่น*, 16(1), 31–45.
13. Khowitz D, Jumrongpeng J, Saengkaew R, et al. The Effectiveness of a Fall Prevention Program on Fall Prevention Behaviors and Balance among the Elderly with Early Stage of Knee Osteoarthritis in Community. *NJPH.* 2024; 34(2): 160 174.
14. Sirirungsankul P, et al. The Effects of a Clinical Supervision Model on Nursing Practice Behaviors for Fall Prevention ... *J Royal Thai Army Nurses.* 2023; 24(2): 199 208.
15. เยาวเรศ ก้านมะลิ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล. (2564). *วารสารกองการพยาบาล*, 48(1), 1-19.
16. รายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย พ.ศ. 2564–2565. หนองคาย: โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย; 2566.
17. World Health Organization. (2021). Patient safety: Global action on patient safety. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R13-en.pdf
18. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
19. Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Appleton & Lange.
20. Morse, J. M. (2009). Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program. Springer Publishing Company.
21. Hendrich, A. L. (2007). Predicting patient falls: Using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50–58. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000292206.02216.3e>
22. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
23. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Health.* 2008;31(2):180-191.

24. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. 5th ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2022.
25. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
26. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 5th ed. New York: Springer; 2017.
27. นฤมล วงศ์ภักดี, ศุภศรี อินทรประเสริฐ. การพัฒนาแนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565; 40(3): 15–28.
28. Pantong U, Trapero I, Jareaprapal U. Analysis and prevention of falls among community-dwelling older adults in southern Thailand. *J Adv Nurs*. 2023.
29. Tzeng HM, Yin CY. Nurses' solutions to prevent inpatient falls: linking risk assessment to care planning. *J Nurs Care Qual*. 2018; 33(3): 213–220.
30. Dykes PC, et al. fall prevention in acute care hospitals: a randomized controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2020; 29(6): 488–495.
31. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety. Geneva: World Health Organization; 2019.
32. Marx D. Patient safety and the “just culture”: a primer for health care executives. New York: Columbia University; 2001.
33. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966;44(3):166–206.
34. ราชวัช ทวีคุณ. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีบุญเรือง. วารสารอุดรธานีโรงพยาบาล. 2566.
35. เยาวเรศ ก้านมะลิ. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 2564; 48(1): 1–19.
36. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75–85.
37. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Fall prevention models in hospital settings: systematic review. *Ann Intern Med*. 2019; 170(5): 356–364.
38. เสาวภา เต็ดขาด, สุดารัตน์ ทองคง, พยอม ถิ่นอ่อน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสุขภาพภาคเหนือ. 2565; 8(2): 45–56.
39. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179–211.