วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2569

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ
เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ
ในสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน
Journal of Nursing Research, Innovation, and Health
is a peer-reviewed journal, published academic papers
in nursing science.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสนอวิทยาการก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่งานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
4. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน

กำหนดออก ทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม

เจ้าของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnscu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร 02-218-1130

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2569

คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	นักวิชาการอิสระ
ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	บรรณาธิการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	บรรณาธิการร่วม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ นักวิชาการอิสระ	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชัย มณีเนตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลภู ถนอมสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญาภา แสนหลวง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ปริญญา แก้วสงค์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวภณ สารข้าวคำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
รองศาสตราจารย์ ดร.วารีรัตน์ ถาน้อย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
อาจารย์ ดร.สุนันทา ทองพัฒน์ นักวิชาการอิสระ	
ดร.วิมล มาดิษฐ์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	
Professor Dr. Chieko Greiner Graduate School of Health Sciences, Kobe University	
Assistant Professor Dr. Benjamin Ho The School of Nursing, The University of Hong Kong	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจณี พันธุ์ไพโรจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เลขานุการกองบรรณาธิการ

กองจัดการวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล	บรรณาธิการ และประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี	บรรณาธิการร่วม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญญาภา โพธิ์เกษม	กรรมการ
อาจารย์ ดร.ศิรินภา จิตติมณี	กรรมการ
Lecturer Dr. Faizul Hasan	กรรมการ
Lecturer Dr. Debby Syahru Romadlon	กรรมการ
อาจารย์ ดร.ภัทรพร เขียวหวาน	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจณี พันธุ์ไพโรจน์	กรรมการ และเลขานุการ
อาจารย์ ดร.พัชรินทร์ ครองธรรม	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
นายรัชกฤศ ยุพากิ่ง	ผู้ช่วยเลขานุการ

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2569

สารบัญ **หน้า** **Contents**

Page

บทความวิชาการ

สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต: แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ชลชญา บุญจันทร์ตรี
ณัฐชมนต์ วรพัฒน์วัชรกุล
1 Competencies of Nurses in Renal Replacement Therapy: Guidelines for Developing Quality Care for End-Stage Renal Disease Patients
Chonchaya Boonchantree
Natchamon Worapatwatcharakul

ปัญญาประดิษฐ์: พลิกโฉมบทบาทใหม่พยาบาลวิชาชีพ
เสาวณีย์ เม่าทับ
ชนัดดา จำปาพันธุ์
จิราพร ธิมาเกตุ
ฉัตรตราภรณ์ หวังสาและ
นิรมล วงศ์ใหญ่
วาสินี วิเศษฤทธิ์
20 Artificial Intelligence: Transforming the Professional Role of Nurses
Saowanee Mautub,
Chanadda Jumpaphun,
Jiraphorn Timagate,
Chattrapron Wangsalae,
Niramon Wongyai,
Wasinee Wisetrith

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยงต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
ดารา วงษ์กวน
33 The role of nurses in caring for low-risk acute myocardial infarction patients treated with Primary percutaneous coronary intervention
Dara Wongkuan

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่
มณีวรรณ สุวรรณมณี,
ศรีสุดา วิจะสิกะ
ทาริกา นิลประเสริฐ
กัญญดา ประจุศิลป
นรลักขณ์ เอื้อกิจ
51 *The Effect of a Concrete-Objective Information Program on Fall Prevention Behaviors among Hospitalized Adult Patients, Sikarin Hospital, Hat Yai*
Maneewan Suwanmanee,
Srisuda Wijasika,
Tharika Nilprasert,
Gunyadar Prachusilpa,
Noraluk Ua-kit

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2569

สารบัญ **หน้า** **Contents**

บทความวิจัย **Page**

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงต่อความพึงพอใจของผู้ดูแล หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพมหานคร
ธัญญพัทธ์ นิธิชัยพัฒนากิจ
วณัฐธมนต์ เจริญสิงห์
นันทนา ยะแสง
กัญญดา ประจุศิลป
นรลักขณ์ เอื้อกิจ

66 EFFECT OF A PARTICIPATION PROGRAM IN CARING FOR CHILDREN WITH HIGH FEVER ON CAREGIVERS' SATISFACTION AT PEDIATRIC WARD, SIKARIN HOSPITAL
Thanyaphat Nithichaipattanakit
Vanattamon Jaroensing
Nuntana Yasaeng
Gunyadar Prachusilpa
Noraluk Ua-Kit

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัด ต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วย
อมรา พวงลำเจียก
พัชยา สวยสุขวิชา
วาสินี วิเศษฤทธิ์
ณธิดาทิพย์ ดาราช

77 The effect of giving care information program for Cataract patients undergoing Phacoemulsification with Intraocular lens surgery on self-care behavior and patient satisfaction
Amara Puanglamjeak
Patchaya Suaysukvicha
Wasinee Wisesrith
Nathidathip Darach

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก
วัชรพันธ์ สุขอุบล
รุ่งรัตติกาล รุ่งเรือง
กัญญดา ประจุศิลป
ศกุนตลา อนุเรือง

91 Effects of a Self-management with Structured Information Program on Bowel Cleanliness and Nursing Services Satisfaction among Patients Preparing for First-Time Colonoscopy
Watcharapan Suk-ubon
Rungrattikarn Rungruang
Gunyada Prachusilpa
Sakuntala Anuruang

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะผู้อ่านทุกท่าน วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ (Journal of Nursing Research, Innovation, and Health: JNRIH) ISSN 3056-9893 (Online) ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 (2026) ยังคงมุ่งมั่นรักษาและพัฒนาคุณภาพทางวิชาการตามมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่อง โดยทุกบทความวิชาการและรายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในฉบับนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณากลั่นกรองอย่างเข้มงวดจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความด้วยรูปแบบปกปิดตัวตนของทั้งผู้แต่งและผู้ประเมิน (Double-Blind Peer Review) เพื่อรับประกันความถูกต้อง แม่นยำ และความโปร่งใสทางวิชาการขั้นสูงสุด

ปัจจุบันวารสาร JNRIH เปิดรับบทความในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Health Sciences) กองบรรณาธิการจึงขอเชิญชวนคณาจารย์ นักวิจัย และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลงานทางวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยวารสารเปิดรับบทความหลากหลายประเภท ได้แก่ รายงานการวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) บทความการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-Analysis Article) บทความงานสร้างสรรค์ (Creative Article) และบทความพิเศษ (Special Article) ทั้งนี้ ผู้ส่งบทความสามารถดำเนินการผ่านระบบจัดการวารสารออนไลน์ที่เป็นมาตรฐานสากล ทั้งระบบ ThaiJO โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่กองจัดการวารสาร โทร. 02-218-1129 หรืออีเมล jnrih@chula.ac.th

ในนามของกองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณท่านผู้อ่าน ผู้นิพนธ์บทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ร่วมรังสรรค์ผลงานประเมินคุณค่า และให้ข้อเสนอแนะเชิงวิพากษ์ที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนขับเคลื่อนให้วารสารเป็นแหล่งอ้างอิงองค์ความรู้ที่มีพลวัต สามารถเชื่อมโยง ทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลและการสาธารณสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนช่วยสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือในองค์กรทางการศึกษา วิชาการ และการวิจัย เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงบริบทของสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาวะในระดับโลกอย่างยั่งยืนต่อไป

ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์

บทความวิชาการ

สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต: แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชลชญา บุญจันทร์ตรี* ณัฐชมนต์ วรพัฒน์วัชรกุล**

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไตและแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงแนวปฏิบัติทางคลินิกและมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เพื่อนำเสนอกรอบสมรรถนะหลักที่จำเป็นสำหรับพยาบาลเฉพาะทางในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะหลักของพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไตประกอบด้วย 9 หัวข้อสำคัญ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและทักษะการใช้เครื่องมือฟอกไต 3) สมรรถนะด้านการสอนและการให้คำปรึกษา 4) สมรรถนะด้านจริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ 5) สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสาร 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม 7) สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 8) สมรรถนะด้านคุณภาพและงานวิจัย 9) สมรรถนะด้านผู้นำและบริหารจัดการ

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสามารถดำเนินการผ่าน 4 แนวทางหลักคือการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องผ่านการฝึกอบรมและการพัฒนาทางคลินิก การจัดทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลและตัวชี้วัดคุณภาพ และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย/การบำบัดทดแทนไต/สมรรถนะพยาบาล/คุณภาพการดูแล

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 1-19

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
หน่วยไตเทียม ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: kanakwan0269@gmail.com
**พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
หน่วยไตเทียม ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
และพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง)

THE EFFECT OF SELF - MANAGEMENT AND FAMILY PARTICIPATION PROGRAM VIA APPLICATION ON MEDICATION ADHERENCE OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA IN THE COMMUNITY.

Chonchaya Boonchantree* Natchamon Worapatwatcharakul**

ABSTRACT

This academic article synthesizes key knowledge on the competencies of specialized nurses in renal replacement therapy and strategies for improving the quality of care for patients with end-stage renal disease. A review of relevant national and international literature, professional standards, and clinical practice guidelines was conducted to develop a core competency framework applicable to all modalities of renal replacement therapy, including hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation.

Results from the study. The study identified nine essential competency domains for nephrology nurse: 1) clinical nursing practice, 2) technology and hemodialysis equipment operation, 3) teaching and counseling, 4) ethics and professionalism, 5) health information technology, 6) communication and teamwork, 7) infection prevention and control, 8) quality improvement and research, and 9) leadership and management. These competencies from the foundation for delivering safe, effective, and high-quality renal replacement therapy.

Quality care development can be achieved through four key approaches: continuous workforce capacity building, development and implementation of standardized clinical practice guidelines, establishment of monitoring and evaluation systems using quality indicators, and strengthening multidisciplinary teamwork. These combined efforts enhance patient safety, reduce complications, and improve overall quality of life.

Keyword: End-stage renal disease/Renal replacement therapy/Nursing competency/Quality of care

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 1-19

Article info: **received November 19, 2024; revised November 26, 2025; accepted January 10, 2026**

*Corresponding author: Nurse Specialist in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis), Hemodialysis Dialysis Unit , Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University
E-mail: kanakwan0269@gmail.com
** Nurse Specialist in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis), Nurse Specialist in Renal Replacement Therapy (Peritoneal Dialysis). Hemodialysis Dialysis Unit ,Faculty of Medicine Siri raj Hospital Mahidol University.

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.1

บทนำ

นิยามของสมรรถนะ (Competency) เป็นปัจจัยในการทำงานที่เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์กร โดยเฉพาะเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารทรัพยากรมนุษย์เพราะสมรรถนะเป็นปัจจัยช่วยให้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้ส่งผลไปสู่การพัฒนาองค์กร McClelland ผู้บุกเบิกแนวคิดเรื่องสมรรถนะได้นิยามว่า “สมรรถนะ” คือลักษณะพื้นฐานของบุคคลที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับประสิทธิผลหรือผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศในงาน[1] ในบริบทของวิชาชีพสุขภาพ Epstein and Hundert ได้ให้คำนิยามสมรรถนะทางวิชาชีพว่าเป็นการใช้ทักษะการสื่อสาร ความรู้ ทักษะทางเทคนิค การให้เหตุผลทางคลินิก อารมณ์ ค่านิยม และการไตร่ตรองอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติงานประจำวันเพื่อประโยชน์ของบุคคลและชุมชนที่ได้รับบริการ[2] สำหรับสมรรถนะในวิชาชีพพยาบาล สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurse: ICN) ได้กำหนดนิยามสมรรถนะของพยาบาลว่า หมายถึง ระดับของการแสดงออกซึ่งความสามารถของพยาบาลในการบูรณาการความรู้ ทักษะ การตัดสินใจ และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิผลในบทบาทและความรับผิดชอบตามมาตรฐานวิชาชีพ[3]

แนวคิดเรื่อง “สมรรถนะ” เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เนื่องจากสมรรถนะสะท้อนถึงองค์ประกอบของความรู้ ทักษะ คุณลักษณะและพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ สมรรถนะไม่ใช่เพียงความรู้หรือทักษะแยกส่วน แต่เป็นการบูรณาการและการประยุกต์ใช้ความสามารถทั้งหมดในสถานการณ์ปฏิบัติงานจริงในงานพยาบาล แนวคิดสมรรถนะถูกนำมาใช้ทั้งในการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพ การประเมินความสามารถพยาบาลเฉพาะทาง และการพัฒนางานบริการที่มีคุณภาพ

ประเภทของสมรรถนะ สามารถจำแนกประเภทดังต่อไปนี้

1.สมรรถนะหลัก (Core competencies) เป็นความสามารถพื้นฐานที่บุคลากรทุกคนในวิชาชีพจำเป็นต้องมีไม่ว่าหน่วยงานหรือสาขาที่ปฏิบัติงานจะเป็นแบบใดสมรรถะหลักในวิชาชีพพยาบาล เช่นความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ, จริยธรรมวิชาชีพ, การสื่อสาร, การให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สมรรถนะกลุ่มนี้ถือเป็น “หัวใจ” ของการพยาบาลทุกระดับเพราะเกี่ยวข้องกับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

2.สมรรถนะตามตำแหน่งงาน (Functional competencies) สมรรถนะประเภทนี้เชื่อมโยงกับภาระหน้าที่เฉพาะของตำแหน่ง เช่น พยาบาลวิชาชีพพยาบาลควบคุมการติดเชื้อหรือพยาบาลงานบริหาร ซึ่งแต่ละตำแหน่งมีขอบเขตงานเฉพาะที่ต้องการทักษะ, เทคนิคและมีความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน สมรรถนะกลุ่มนี้ช่วยให้การประเมินสมรรถนะมีความชัดเจนตามบทบาทที่ปฏิบัติจริง

3.สมรรถนะเฉพาะทาง (Specialty competencies) เป็นสมรรถนะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสาขาที่ต้องใช้ทักษะเชิงเทคนิคและความรู้ขั้นสูง เช่นพยาบาลเฉพาะทางด้านวิกฤต (ICU) การบำบัดทดแทนไต (RRT) ผ่าตัด(OR) วิสัญญีพยาบาล สมรรถนะนี้ประกอบด้วยทักษะทางคลินิก ความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา เทคโนโลยีเฉพาะทาง การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนและความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ซับซ้อน

4.สมรรถนะเชิงพฤติกรรม (Behavioral competencies) เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลหรือพฤติกรรมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน เช่น

ภาวะผู้นำการแก้ปัญหา ความรับผิดชอบ ความยืดหยุ่น การทำงานร่วมกัน ความฉลาดทางอารมณ์และทัศนคติที่ดีของการบริการ สมรรถนะกลุ่มนี้ มักเป็นตัวแยกความโดดเด่นของพยาบาลมืออาชีพ

5.สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพและวิชาชีพ (Professional & Quality Improvement competencies) เป็นสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การทำงานวิจัย การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ (KPI/PI) และการทำโครงการปรับปรุงคุณภาพ (CQI) สมรรถนะประเภทนี้มีความสำคัญต่อการยกระดับมาตรฐานบริการสุขภาพในองค์กรให้สอดคล้องกับแนวทางสากล[3-4]

จากที่กล่าวมาการจำแนกประเภทของสมรรถนะจึงมีความสำคัญเพราะช่วยให้การวางแผนพัฒนาบุคลากรมีความเป็นระบบสามารถใช้กำหนดทิศทางการฝึกอบรม การประเมินผลการปฏิบัติงาน และการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพให้เหมาะสมกับบทบาทของพยาบาลในแต่ละสาขาความเข้าใจในประเภทของสมรรถนะยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญของสมรรถนะ เนื่องจากปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 8 ของโลกและมีผู้ป่วยประมาณ 850 ล้านคนทั่วโลก[5] ในประเทศไทย จากข้อมูลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 300 รายต่อประชากร 1 ล้านคนในปี 2555เป็น 500 รายต่อประชากร 1 ล้านคนในปี 2565 ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตมากกว่า 100,000 ราย[6]

การบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนสูงต้องใช้เทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่นภาวะติดเชื้อ ภาวะเลือดออก ภาวะความดันโลหิตผิดปกติและภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่จากการศึกษาของ Flythe และคณะ พบว่าผู้ป่วยฟอกเลือดมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึง 1.7 ครั้งต่อคนต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกของการรักษาร้อยละ 15-20[7] นอกจากนี้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมักมีโรคร่วมหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องการการดูแลแบบองค์รวมและการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวก็เป็นประเด็นสำคัญการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ลดลงและต้องการการสนับสนุนในการปรับตัวด้านภาระ ค่าใช้จ่าย ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ยประมาณ 400,000 - 600,000 บาทต่อคนต่อปีคิดเป็นค่าใช้จ่ายรวมกว่า 40,000 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญของระบบสาธารณสุข[8]

สภาพปัจจุบันของการกำหนดสมรรถนะในหน่วยงานด้านบริการไตของประเทศไทย ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีความซับซ้อนอย่างสูง ต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้านมากขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ตั้งแต่การชะลอไตเสื่อม การเตรียมผู้ป่วยก่อนฟอกไต การดูแลระหว่างการบำบัดทดแทนไต ไปจนถึงการติดตามผลระยะยาว อย่างไรก็ตามสภาพปัจจุบันของ “การกำหนดสมรรถนะพยาบาลไต”ในประเทศไทยยังมีความท้าทายและ

เหลื่อมล้ำอยู่มากเมื่อเทียบกับต่างประเทศ สรุปได้ดังนี้

1.การกำหนดสมรรถนะยังไม่เป็นกรอบระดับชาติที่ใช้ร่วมกันทุกหน่วยบริการ เนื่องจากประเทศไทยมีหลักสูตรอบรมพยาบาลเฉพาะทางการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องหลายสถาบันแต่ยังไม่มีกรอบสมรรถนะระดับชาติสำหรับพยาบาลเฉพาะทางด้านไตที่ใช้เป็นมาตรฐานกลางเหมือนในต่างประเทศ ผลลัพธ์คือเนื้อหาสมรรถนะของแต่ละสถาบันไม่เหมือนกัน ทำให้ทักษะและการปฏิบัติงานจริงแตกต่างกัน รวมถึงหน่วยงานแต่ละแห่งตีความบทบาทพยาบาลไตไม่เท่าเทียมกัน

2.การพัฒนาสมรรถนะมักขึ้นกับหลักสูตรของแต่ละสถาบันมากกว่าแนวทางรวม เช่นหน่วยบริการในโรงพยาบาลของศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์มักมีระบบการฝึกอบรมที่ชัดเจนมากกว่า โรงพยาบาลระดับชุมชน ซึ่งการอบรมส่วนใหญ่เป็นเพียงการอบรมระยะสั้นเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานระดับพื้นฐานได้

3.นโยบาย “PD Frist”ทำให้เกิดการสร้างสมรรถนะอย่างเร่งด่วนแต่ยังมีช่องว่างเนื่องจากนโยบาย PD Frist ทำให้จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและการที่มีผู้ป่วยจำนวนมากส่งผลกระทบต่อความต้องการพยาบาลเฉพาะทางไตอย่างชัดเจน จากรายงานทั่วประเทศระบุว่ามีการจัด PD nurse training เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนและยกระดับทักษะโดยมีการฝึกอบรมพยาบาล 225 คน คิดเป็น 80% ของพยาบาล PD ทั่วประเทศ ในช่วง 3 ปีแรกของโครงการ[9] แสดงว่าก่อนมีโครงการสมรรถนะ PD nurse กระจุกอยู่ในกลุ่มเล็กๆ และข่าวในประเทศไทยที่ระบุว่าปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายที่ต้องการฟอกไต 70,000 คน แต่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางใหม่เพียง 500 คนต่อปี เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายสำหรับพยาบาลเองรวมถึงเงื่อนไขในการอบรม[10] ทำให้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหา “ความต้องการสูง แต่กำลังคนและระบบฝึกอบรมยังไม่ทัน”

สภาพปัจจุบันของการกำหนดสมรรถนะต่างประเทศจะพบได้ว่าในหลายประเทศมีกรอบสมรรถนะระดับชาติที่ชัดเจนหลายประเทศได้จัดทำ national competency framework สำหรับพยาบาลไตมีข้อสังเกตว่าต่างประเทศหลายแห่งกำหนดให้สมรรถนะพยาบาลไตเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายกำกับวิชาชีพไม่ใช่แค่หลักสูตรเฉพาะรายของสถาบันใดสถาบันหนึ่ง อย่างไรก็ตามแม้จะมีกรอบสมรรถนะที่ชัดเจน แต่ยังพบปัญหาคือเป็นสมรรถนะที่ใช้ได้เฉพาะภายในประเทศเท่านั้น เนื่องจากรูปแบบและสมรรถนะมีความแตกต่างกันมาก

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการแก้ไขช่องว่างความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน รวมถึงการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ การจัดการคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไต

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ความสามารถรวมถึงการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการเพิ่ม

สมรรถนะทักษะการพยาบาลเฉพาะทางสมรรถนะที่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะการพยาบาลโดยใช้ความรู้เชิงลึกที่เกี่ยวกับโรคไตและทักษะการบำบัดทดแทนไต[4,5] เป็นกุญแจที่สำคัญของพยาบาลเฉพาะทางสาขานี้ซึ่งต้องมีความรู้และทักษะที่ครอบคลุมตั้งแต่พยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังและเฉียบพลัน กลไกการทำงานของไตที่ปกติและที่ผิดปกติสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตแต่ละชนิดสามารถสังเกตและแยกแยะอาการต่างๆ ที่เกิดจากโรคไตออกจากโรคอื่นๆ ได้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคไตในแต่ละระยะและสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ของโรคได้อีกทั้งประเมินความเสี่ยงที่นำไปสู่การดำเนินของโรคไต เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลในการป้องกันอันตรายจากสภาวะของโรคไตเรื้อรังได้สิ่งที่ขาดไม่ได้คือความรู้และทักษะที่ท่องแท้เรื่องการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธีรวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้อง มั่นใจและรวดเร็วด้วยเหตุนี้พยาบาลเฉพาะทางได้นำความรู้ทักษะที่กล่าวมาข้างต้นนั้น มาวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่ตรงจุดอย่างเหมาะสมตามปัจเจกบุคคลในแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีผลการศึกษาวิจัยพบว่าสมรรถนะของพยาบาลไตเทียมด้านการรับรู้การจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงด้านการปฏิบัติการเฉพาะทางผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในระดับสูง[6] ดังนั้นพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไต ต้องมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระดับอย่างมีมาตรฐาน ทั้งนี้ทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญด้านนี้จึงได้มีโครงการส่งเสริมการพัฒนาทักษะและความรู้อย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การจัดอบรมต่างๆ การเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผล การให้ยา การฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น สมรรถนะเหล่านี้ล้วนเป็นทักษะที่จะช่วยสนับสนุนให้พยาบาลเฉพาะทางสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพที่ยั่งยืนและตามมาตรฐานนำสู่สากล

2. สมรรถนะความเชี่ยวชาญในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ[7] นอกจากพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตมีบทบาทที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแล้วทักษะเฉพาะทางที่ซับซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชี่ยวชาญการทำงานของเครื่องไตเทียมอย่างลุ่มลึกและบำรุงรักษาเครื่องมือไตเทียมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้เครื่องมือมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มีผลต่อการกำจัดของเสียและสารพิษออกจากร่างกายได้อย่างพอเพียง ด้านความรู้ความเข้าใจในปัญหาการขัดข้องและแก้ไขปัญหาเครื่องไตเทียม[6] อีกทั้งสามารถจัดแต่งปรับเปลี่ยนวงจรการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่างๆ ให้เหมาะสมตามแผนการรักษาได้เช่นอุณหภูมิเครื่องปรับค่า Na, UF profile การคำนวณน้ำหนักเพื่อปรับขนาดการฟอกเลือดให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานจัดการอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเพียงพอ เช่น การตัดสินใจเลือกใช้ Dialysate solution เป็นต้น ซึ่งที่กล่าวมานั้นเป็นกุญแจสำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี่งสอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลไตเทียมที่ Faculty of Nursing, Universitas Indonesia, Depok, West Java, Indonesia[8] สมรรถนะและทักษะการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการฟอกเลือดอย่างเพียงพอเป็นข้อบ่งชี้

คุณภาพอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

3. สมรรถนะการสอนและการให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละครอบครัวอย่างมาก ดังนั้นบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางด้านการสอนและการให้คำปรึกษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินการใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพจึงพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสอนและได้รับคำปรึกษาที่รวดเร็วมีความเข้าใจในแต่ละระยะของตัวโรคไตจะส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล วงค์สารี พบว่ากระบวนการให้คำปรึกษาและการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์พยาบาลไตเทียมต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อน ลดความไม่สุขสบายต่างๆ[9] จากการศึกษาวิจัยของสุภาพร อยู่แดง และอ้อมอารีย์ พุทธาวันดี พบว่าสมรรถนะการสอนและการให้คำปรึกษาของพยาบาลไตเทียมมีความสำคัญอย่างยิ่งถือเป็นหัวใจในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแต่ละระยะ[6]

4. สมรรถนะจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิจริยธรรม เป็นรากฐานสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลทำให้พยาบาลมีการแสดงออกในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเมตตากรุณาให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่เพียงแต่ทางกายเท่านั้นแต่ยังสามารถให้การช่วยเหลือเข้าถึงความต้องการทางด้านจิตใจของผู้เจ็บป่วยได้ด้วย ในปัจจุบันพยาบาลมีการเผชิญกับปัญหาการร้องเรียนและการฟ้องร้องจากผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นจริยธรรมการพยาบาล[10] เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวงการสุขภาพ ทัศนคติและค่านิยมของบุคคลในสังคมที่เปลี่ยนไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลเฉพาะทางจะต้องมีคุณธรรมและจริยธรรม ซึ่งจริยธรรมนั้นมีหลายมิติไม่ว่าจะเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมในวิชาชีพที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือจริยธรรมในมุมมองของพุทธศาสนาแต่ไม่ว่าจะพิจารณาในมิติใดจะพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือเน้นที่การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณาให้การดูแลเสมือนเป็นเหมือนญาติพี่น้อง เอาใจใส่ปฏิบัติสิ่งต่างๆ โดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง อีกทั้งพยาบาลเฉพาะทางยังต้องเป็นผู้มีสติ มีความรอบคอบให้การดูแลผู้ป่วยโดยระมัดระวัง ไม่ให้เกิดความผิดพลาด อีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับรัตนา ทองแจ่มและพระครูภาวนาโพธิคุณ[11] กล่าวว่าผู้มีหน้าที่ให้การพยาบาล คือ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานรวมทั้งให้ความรู้ในการการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตเสมอต้นเสมอปลายและสม่ำเสมอในการให้การดูแลรักษาพยาบาล และสามารถรับรู้ได้รวดเร็วถึงความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยนั้นๆ ด้วยความยินดีและด้วยวาจากิริยาท่าทางที่นุ่มนวลและอ่อนหวานไพเราะและเป็นมิตรเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีนำไปสู่ความไว้วางใจในตัวผู้ให้การพยาบาลส่งผลถึงการยินยอมและร่วมมือในการรักษาตนเองด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ดังกล่าวมา

สมรรถนะจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพการพยาบาล เพราะเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การที่พยาบาลพยาบาลมีจริยธรรมที่ดีจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและสังคมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและวิชาชีพการพยาบาลก็จะได้รับการยอมรับและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

5. สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทสำคัญในทุกวงการรวมถึงวงการแพทย์การนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยให้พยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นทั้งในด้านการบันทึกข้อมูล รวบรวมการวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลเพื่อวางแผนปรับปรุงการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและการสื่อสารกับทีมสุขภาพและผู้ป่วยถือเป็นเคล็ดลับสำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตซึ่งได้สอดคล้องกับบุษยารัตน์ ศิลปวิทยาทร บุญพิชชา จิตต์ภักดี ว่าด้วยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทยที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีความเชี่ยวชาญในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยมีการพัฒนาตนเองสู่การเป็นพยาบาลสารสนเทศ (Nursing informatics) ที่สามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูงสุด[12]

6. สมรรถนะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ[13]จะเห็นได้ว่าพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตไม่ได้ทำงานเพียงลำพังแต่ต้องทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆอีกมากมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครอบคลุมและได้ผลลัพธ์ที่ดีเนื่องด้วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีปัญหาที่หลากหลายและต้องการการดูแลจากทุกสาขาอาชีพ ดังนั้นการทำงานเป็นทีมจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น ซึ่งพยาบาลเฉพาะทางสามารถทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมได้อย่างราบรื่น ภายใต้การให้เกียรติและเคารพในความคิดเห็นของสมาชิกในทีมยินดีที่จะแบ่งปันความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับการมีทักษะการสื่อสารได้เป็นอย่างดีสอดคล้องกับ O'Shea[1] ว่าการให้ข้อมูลข่าวสารไม่ว่าจะเป็นรูปแบบ ใดก็ตามต้องชัดเจนสมบูรณ์มีลำดับขั้นตอนที่ดีเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการสื่อสารที่เข้าใจง่ายรวดเร็วครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน ทั้งนี้สามารถใช้กับผู้ป่วยตลอดจนกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดใช้วิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการกระตุ้นพลังในการทำงานและเพิ่มประสิทธิผลของบุคลากรในองค์กร องค์ประกอบที่ใช้ในการสื่อสารดังนี้[15] 1) การฟังอย่างตั้งใจเป็นพื้นฐานของการสื่อสารที่ดี พยาบาลต้องเปิดใจรับฟังปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเต็มที่และทีมสุขภาพด้วยกัน 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างชัดเจนและเข้าใจง่ายเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง 3) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและเปิดใจในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ 4) การสื่อสารที่เป็นมิตร การใช้ภาษาที่สุภาพและเข้าใจง่ายรวมถึงการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตรจะช่วยสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ 5) การสื่อสารเชิงบวก การมุ่งเน้นไปที่ด้านบวกของการรักษาและการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค 6) การสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจการเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและแสดงความเห็นอกเห็นใจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด 7) การสื่อสารแบบเป็นทีมการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับ

ผู้รับบริการครอบครัวชุมชนร่วมถึงทีมสุขภาพทุกระดับที่ดี[11] ถือเป็นหนึ่งในสมรรถนะสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลเฉพาะทางบำบัดทดแทนไตสามารถดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับผลงานวิจัยของพบว่าสุภาพร อยู่แดง และอ้อมอารีย์ พุทธาวันดี สมรรถนะด้านการสื่อสารและการประสานงานของพยาบาลไตเทียมอยู่ในระดับที่มากที่สุด[6] การพัฒนาทักษะดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลทุกคน

7. สมรรถนะการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้องานวิจัยพบว่ามีการสอดคล้องในลักษณะงานพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตมีกำหนดให้มีการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคตามข้อปฏิบัติของหน่วยควบคุมการติดเชื้องานวิจัยพบว่ามีการสอดคล้องในลักษณะงานพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตมีกำหนดให้มีการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจ่ายเชื้อโรคตามข้อปฏิบัติของหน่วยควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยยึดหลัก Standard Precaution & Transmission based precaution และเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อในอากาศ ละออง ระหว่างผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม แหล่งที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและแพร่กระจายในหน่วยไตเทียม พยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไต[6] ต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งยังโรคที่มีอุบัติการณ์ใหม่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายหรือลดความเสี่ยงต่อติดเชื้อทั้งทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยสู่การให้การพยาบาลอย่างปลอดภัย

8. สมรรถนะการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย[7,16] เป็นอีกหนึ่งกุญแจสำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางบำบัดทดแทนไตนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อให้พยาบาลสามารถรวบรวมองค์ความรู้งานวิจัยใหม่ๆ และมีการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมาประยุกต์ใช้อย่างบูรณาการณ์ในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานเพื่อการเสริมสร้างของพยาบาลเฉพาะทางในการเพิ่มความสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ทักษะการวิจัยที่สำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางบำบัดทดแทนไต[16] ต้องมีความสามารถในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการประเมินคัดเลือกและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์พัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตเรื้อรัง โรคไตระยะสุดท้ายและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตให้เป็นที่ประจักษ์และเผยแพร่โดยการนำเสนอในรูปแบบผลการวิจัย ที่มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายหรือในรูปแบบของบทความวิชาการการนำเสนอในที่ประชุม หรือการนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อนำสู่กระบวนการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องได้เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านงานคุณภาพการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากลที่สำคัญคือสามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับนักวิจัยคนอื่นๆ นอกจากการทำวิจัยแล้วยังมีการอ่านเอกสารวิชาการและบทความที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับเพื่อนร่วมงานถือเป็นอีกช่องทางที่เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมด้านความรู้นำไปสู่การพัฒนางานคุณภาพทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังภาระงานของพยาบาลมีจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการด้านการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการบันทึกเก็บข้อมูลต่างๆ ในปริมาณค่อนข้างมากพอสมควร การสร้างนวัตกรรม

การสร้างนวัตกรรมการพัฒนาด้านงานคุณภาพและงานวิจัยในหน่วยไตเทียมยังไม่เด่นชัดเท่าที่ควรได้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Ketanun and Prachusilpa พบว่าการรับรู้เรื่องสมรรถนะพยาบาลไตเทียมด้านการวิจัยค่อนข้างน้อย[17]

ดังนั้นการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาคุณภาพและงานวิจัยจัดเป็นสมรรถนะที่สำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีการสนับสนุนพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตเพราะการเพิ่มพูนด้านนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้ทันสมัยและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังได้อย่างดีเยี่ยม

9.สมรรถนะภาวะผู้นำและบริหารจัดการภาวะผู้นำของพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและความสำเร็จของทีมงานจนถึงระดับองค์กรจากผลงานวิจัยพบว่าภาวะผู้นำมีผลต่อการสร้างแรงกระตุ้นและจูงใจแก่ทีมทำให้เกิดความพยายามการปฏิบัติหน้าที่สู่เป้าหมาย[9]นอกจากภาวะผู้นำที่ต้องมีแล้วพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตที่ขาดไม่ได้ต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการงานต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ สมรรถนะภาวะผู้นำและการบริหารจัดการที่สำคัญควรมีดังนี้[18] 1) การวางแผนและการจัดองค์กรวางแผนการทำงานของหน่วยงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย นโยบายและพันธกิจของโรงพยาบาลจัดสรรทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์และงบประมาณให้เหมาะสมกับภาระงาน กำหนดขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจัดทำตารางเวรและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่ชัดเจน อีกทั้งยังต้องให้คำชี้แนะเป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคคลากรทางสุขภาพและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 2) การบริหารทรัพยากรบุคคลคัดเลือก บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามความต้องการของงานสร้างแรงจูงใจและสร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถทำงานร่วมกันได้เป็นอย่างดีแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและข้อร้องเรียนของบุคลากร 3) การบริหารจัดการอุปกรณ์และเครื่องมือ ตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ จัดทำทะเบียนและบัญชีอุปกรณ์และเครื่องมือวางแผนการจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือใหม่เมื่อจำเป็น 4) การควบคุมคุณภาพกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การจัดทำระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการวิเคราะห์สาเหตุ 5) การสื่อสาร สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย สื่อสารกับบุคลากรในทีมและหน่วยงานอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 6) เป็นที่ปรึกษาการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาคิดค้นแนวทางแก้ไขปัญหาและเลือกแนวทางที่ดีที่สุด ดำเนินการแก้ไขปัญหาและประเมินผล 7) การนำเสนอผลการดำเนินงานของหน่วยงานให้ผู้บริหารทราบเข้าร่วมการประชุมและสัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ

การพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำและการบริหารจัดการจะช่วยให้พยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตเป็นผู้นำที่ยอดเยี่ยมและสามารถนำพาหน่วยไตเทียมไปสู่ความสำเร็จได้และจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและภาวะไตวายระยะสุดท้ายนั้น เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางและทักษะเชิงลึกทั้งด้านการประเมิน การใช้เทคโนโลยี การจัดการภาวะแทรกซ้อน การสื่อสารและการให้คำปรึกษา ตลอดจนบูรณาการบริการ

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลไต: ประเทศไทย vs ต่างประเทศ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ต่างประเทศ	ข้อสรุป / ช่องว่างที่พบ
1.กรอบสมรรถนะระดับชาติ (National Competency Framework)	**ไม่มี** กรอบระดับชาติที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวสมรรถนะขึ้นกับหลักสูตรของแต่ละสถาบัน	**มี** กรอบระดับชาติ ใช้เป็นมาตรฐานกลางทั่วประเทศ	ช่องว่างใหญ่สุด:ขาดมาตรฐานกลาง ทำให้คุณภาพบริการไม่สม่ำเสมอ
2.หน่วยงานกำหนดสมรรถนะ (Regulatory Body)	**ไม่มี** กระจายตามสถาบัน โรงพยาบาลใหญ่ ไม่มีหน่วยงานกลางคุม	**มี** สมาคมวิชาชีพ และสภาการพยาบาลในหลายประเทศเป็นผู้กำหนด	ไทยยังไม่มีองค์กรกลาง กำหนดมาตรฐานพยาบาลไต
3.รูปแบบการฝึกอบรม (Training Structure)	**มี** หลักสูตรหลายแห่งแต่ – คุณภาพแตกต่างกัน – การอบรมระยะสั้นพบมากใน รพ.ชุมชน	**มี** tiered train ing: basic– advanced–specialist **มี** หลักสูตรเป็นระบบเดียวทั่วประเทศ	ช่องว่างด้านมาตรฐาน & ความสม่ำเสมอของการฝึกอบรม
4.ขอบเขตสมรรถนะที่ให้ความสำคัญ	เน้นงานเทคนิคการฟอกไต มากที่สุด ส่วนงาน CKD clinic, self-management, palliative ยังพัฒนาไม่ทั่วถึง	เน้นทั้งเทคนิค และ chronic care และ education และ leadership การดูแล CKD ชัดเจน	ไทยยังขาดขาดสมรรถนะด้านการดูแลโรคเรื้อรังทั้งระบบ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ต่างประเทศ	ข้อสรุป / ช่องว่างที่พบ
5.การให้ความรู้และ self-management	พัฒนาเฉพาะบางพื้นที่ขาด nurse educator เฉพาะทาง	พัฒนาเฉพาะบางพื้นที่ขาด nurse educator เฉพาะทาง	ช่องว่างด้าน education competency
6.Home Dialysis Competency	จำกัดมาก (PD มี แต่ home HD แทบไม่มี)	หลายประเทศให้ผู้ป่วยทำ home HD/PD มากขึ้น	ยังไม่พร้อมด้านทักษะและระบบสนับสนุน
7.ความพร้อมของกำลังคน (Workforce Capacity)	พยาบาลไตเฉพาะทาง ไม่เพียงพอและภาระงานสูง	มีระบบ career ladder ชัดเจน และจูงใจบุคลากร	มีระบบ career ladder ชัดเจน และจูงใจบุคลากร
8.การสนับสนุนเชิงนโยบาย	เน้น PD First แต่ยังไม่เชื่อม training framework	นโยบายผูกกับ competency เช่น home dialysis requirement	ไทยยังไม่เชื่อม “นโยบาย RRT” กับ “การพัฒนาสมรรถนะ” อย่างเป็นระบบ

ทางวิชาชีพ ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่พยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไต จะต้องมีสมรรถนะที่ครอบคลุมทุกมิติการดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบ ”สภาพปัจจุบันของสมรรถนะในประเทศไทย” กับ “ประเทศที่มีระบบบริการไตก้าวหน้า” พบว่า มีช่องว่างหลายประการที่ยังต้องพัฒนา เพื่อให้สมรรถนะพยาบาลด้านนี้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและมาตรฐานสากลได้อย่างแท้จริง

1. ช่องว่างที่เชื่อมโยงกับสมรรถนะด้านความรู้และการปฏิบัติการทางคลินิก

พยาบาลไตจำเป็นต้องมีความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยา กลไกการทำงานของไต การเปลี่ยนแปลงอาการในแต่ละระยะของโรคและการคาดการณ์ผลลัพธ์ของโรค เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยง วางแผนการพยาบาลและดำเนินการป้องกันอันตรายได้อย่างแม่นยำรวมถึงต้องมีทักษะการใช้เทคโนโลยี RRT เช่น HD, PD และ CRRTอย่างลึกซึ้ง สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็ว แม้ผลการศึกษาภายในประเทศชี้ว่า พยาบาลไตไทยมีสมรรถนะด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง[11] แต่ยังพบช่องว่าง “ความไม่สม่ำเสมอของสมรรถนะ” ระหว่างโรงพยาบาล และ “ขาดกรอบสมรรถนะระดับชาติ” ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่มีระบบกำหนดมาตรฐานชัดเจนมีการกำหนดขอบเขตการฝึกอบรมและทักษะขั้นต่ำที่ต้องมีสำหรับทุกระดับบริการ

2. ช่องว่างด้านเทคโนโลยีและทักษะการใช้เครื่องมือฟอกไต

พยาบาลเฉพาะทางไตต้องมีความเชี่ยวชาญด้านการใช้เครื่องไตเทียม การตั้งค่าพารามิเตอร์ การแก้ปัญหาขัดข้องและการบำรุงรักษาเครื่องมือเพื่อให้การฟอกไตมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ[12] งานวิจัยในอินโดนีเซียและไทยระบุว่าทักษะด้านนี้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญของการบริการฟอกไต[13]แต่ในบริบทไทยยังพบความเหลื่อมล้ำโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างเพียงพอ เมื่อเทียบกับต่างประเทศที่กำหนดให้มีระบบทดสอบสมรรถนะประจำปีและมี certification เฉพาะด้านการใช้เทคโนโลยี RRT

3. ช่องว่างด้านสมรรถนะการสอนและให้คำปรึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังและครอบครัวต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะการสื่อสาร การประเมินความพร้อมการให้ความรู้ การเสริม self-management และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาหลายฉบับยืนยันว่าสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ในไทยยังพบช่องว่าง เช่น การให้คำปรึกษาใน CKD Clinic ยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ,ขาด nurse educator เฉพาะทางเหมือนต่างประเทศ

4. ช่องว่างด้านจริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ แม้พยาบาลไทยมีพื้นฐานด้านจริยธรรมที่ดีแต่การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพทำให้เกิดความเสี่ยงด้านการร้องเรียน[14] และความคาดหวังของสังคมที่สูงขึ้น พยาบาลไตจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบคำนึงถึง safety และปฏิบัติโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตาม ช่องว่างที่พบในไทย คือไม่มีระบบทดสอบสมรรถนะด้านจริยธรรมเหมือนในต่างประเทศและยังไม่ค่อยมีการอบรมในเรื่องการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical decision-making)

5. ช่องว่างด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญในการบันทึกข้อมูลการติดตามผลลัพธ์ การคำนวณ HD adequacy และการรายงานคุณภาพ

แต่บางหน่วยบริการในไทยยังใช้ระบบ manual และไม่มีระบบ training ที่ชัดเจน แตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่ให้ความสำคัญกับทักษะ ICT[15] เป็นหนึ่งใน core competency ของ nephrology nurse

6. ช่องว่างด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ[16] โรคไตเรื้อรังเป็นโรคซับซ้อนที่ต้องการความร่วมมือระหว่าง แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลต้องมีทักษะการทำงานเป็นทีม การประสานงานการถ่ายทอดข้อมูลอย่างเป็นระบบ ในไทยผลวิจัยระบุว่าพยาบาลไตมีทักษะด้านนี้อยู่ในระดับสูง แต่ช่องว่างอยู่ที่การประสานข้อมูลข้ามระบบยังไม่เป็นมาตรฐาน

7. ช่องว่างด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลไทยปฏิบัติตามมาตรฐาน infection control ได้ดีแต่ความเสี่ยงของหน่วยฟอกไตสูงกว่าหน่วยอื่น จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่ลึกกว่าสายงานทั่วไปเช่นการดูแล vascular access, การประเมิน peritonitis, การจัดการแหล่งปนเปื้อนเฉพาะทาง ซึ่งยังพบช่องว่างในบางพื้นที่โดยเฉพาะหน่วยบริการขนาดเล็ก

8. ช่องว่างด้านการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย[17] ในต่างประเทศให้ความสำคัญกับ CQI,EBP และการทำวิจัยอย่างต่อเนื่องแต่ในไทยพบว่าพยาบาลจำนวนมากมีภาระงานสูง ทำให้ขาดเวลาในการทำงานวิจัยอีกทั้งยังพบว่าหน่วยบริการหลายแห่งยังไม่มีกลไกสนับสนุนการทำ EBP และพบว่าความสามารถด้าน data analytics ยังไม่เท่ากันทั่วประเทศ

9. ช่องว่างด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ[18] พยาบาลไตต้องมีภาวะผู้นำมีการวางแผนงานจัดสรรทรัพยากร แก้ปัญหา และนำการพัฒนาคุณภาพ แต่ในไทยยังไม่มีหลักสูตรเฉพาะทางด้าน nephrology leadership แตกต่างจากต่างประเทศที่มี nurse practitioner pathway และ renal leadership program จึงทำให้บทบาทพยาบาลไทยไม่ขยายสู่ระดับ policy maker

สรุป

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ในส่วนของหน่วยงานและองค์กรที่มีการสนับสนุนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไตจะตอบโจทย์ในเรื่องของการกำหนดแนวทางการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางที่ชัดเจนการวางแผนประเมินและแผนพัฒนาพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพให้ยกระดับที่เป็นมาตรฐานของประเทศถึงสากล

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตสามารถนำแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะในแต่ละด้านนี้ศึกษาและพัฒนาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. หัวหน้าหน่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการบริหารงานไตเทียมสามารถนำความรู้ด้านการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางด้านไตเทียม เพื่อกำหนดตำแหน่งและหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนได้อย่างเหมาะสม โดยสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและองค์กรอย่างเหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันและอนาคต

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการบริหาร สามารถนำพัฒนาหรือต่อยอดในสมรรถนะของการพยาบาลใน

สาขาอื่นๆ ได้

4. ด้านการศึกษาพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไตสามารถนำข้อมูลการพัฒนาสรรถนะด้านการบำบัดทดแทนไต ทั้งเรื่องการเรียน การสอน เพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

5. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไตสามารถนำแนวทางสมรรถนะไปประยุกต์ใช้วางแผนการพัฒนาวิชาชีพให้เกิดทักษะที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านอีกทั้งเป็นบันไดนำไปสู่การบูรณาการพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตให้เกิดความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตและแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าระบบบริการไตของประเทศไทยยังขาดกรอบมาตรฐานวิชาชีพระดับชาติที่ชัดเจนอีกทั้งยังเผชิญความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการคุณภาพการดูแลที่แตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการและความท้าทายด้านศักยภาพบุคลากรเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการจัดทำนโยบายสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการให้มีความเข้มแข็ง ยั่งยืน และรองรับความต้องการของประชากรในอนาคต โดยเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. การจัดทำกรอบสมรรถนะระดับชาติสำหรับพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไต ควรกำหนด“มาตรฐานสมรรถนะกลาง”เพื่อใช้เป็นทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ โดยกำหนดขอบเขต สมรรถนะหลักและทักษะขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในทุกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้แก่การฟอกเลือด (HD) การล้างไตทางช่องท้อง (PD),การบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง (CRRT) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบต่อเนื่อง (CKD Continuum)[19] นอกจากนี้กรอบสมรรถนะดังกล่าวควรถูกนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการออกแบบหลักสูตรการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพและการประเมินคุณวุฒิของพยาบาลเฉพาะทางในสาขานี้อย่างเป็นระบบ

2. การพัฒนาระบบฝึกอบรมและการรับรองสมรรถนะอย่างเป็นทางการควรสนับสนุนให้มีระบบการรับรองคุณวุฒิ (certification) และการประเมินสมรรถนะตามมาตรฐานสากลประจำปี โดยใช้รูปแบบการประเมินหลายมิติ เช่น OSCE, competency checklist และ portfolio-based assessment เพื่อให้สามารถประเมินทักษะเชิงปฏิบัติได้อย่างรอบด้าน นอกจากนี้ควรพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพสำหรับพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลไตเพื่อสร้างแรงจูงใจและดึงดูดบุคลากรที่มีศักยภาพเข้าสู่สาขานี้อย่างต่อเนื่อง

3. การพัฒนาระบบติดตามคุณภาพด้วยตัวชี้วัดระดับประเทศ ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (KPI) ที่สะท้อนถึงสมรรถนะบุคลากรและผลลัพธ์ของการดูแลเช่นอัตราการติดเชื้อ peritonitis อัตราการติดเชื้อที่ทางเข้าเส้นเลือด (vascular access infection) และ HD adequacy พร้อมทั้งให้สถานพยาบาลทุกระดับรายงานข้อมูลคุณภาพต่อคณะกรรมการในระดับชาติการนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์และประมวลผลอย่างเป็นระบบจะช่วยสนับสนุนการกำหนดนโยบายปรับปรุงคุณภาพบริการและวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ[20]

4. การส่งเสริมการพัฒนาและการบังคับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) ควรจัดทำและทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิก

ด้าน CKD,HD,PD และการดูแลเส้นเลือดเข้าออก (vascular access care) ในทุกหน่วยบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยพัฒนาคู่มือปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยแต่ได้มาตรฐานสากลควรมีระบบติดตามการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง พร้อมกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับความสอดคล้องและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้น

5. การเพิ่มบทบาทพยาบาลในคลินิกผู้ป่วยไตเรื้อรังและการดูแลแบบต่อเนื่อง ควรผลักดันรูปแบบคลินิกที่นำโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วย CKD เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง[19] การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (self-management) การให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบคัดกรองและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อลดการเริ่มฟอกไตแบบฉุกเฉิน (unplanned dialysis initiation) ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลต่ออัตราป่วยตายและค่าใช้จ่ายระบบสุขภาพ

6. การพัฒนาโครงสร้างสนับสนุนการทำงานแบบสหวิชาชีพ[16] ควรจัดทำระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบบูรณาการ(IntegratedCarePathway)ระหว่างแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลควรกำหนดให้การประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นกิจกรรมมาตรฐานของหน่วยบริการไตพร้อมส่งเสริมบทบาทพยาบาลในฐานะผู้ประสานการดูแล (care coordinator) เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการรายบุคคลของผู้ป่วย

7. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลระดับประเทศสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทุกรูปแบบ เพื่อใช้ในการติดตามผลลัพธ์ ประเมินคุณภาพบริการ และจัดทำนโยบายในระดับมหภาคนอกจากนี้ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะ nursing informatics และนำเทคโนโลยี เช่น AI หรือระบบ decision support systems มาใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการประเมิน ภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนการดูแลรายบุคคล[1]

8. การสนับสนุนงานวิจัยและนวัตกรรมด้านการพยาบาลไต ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัยระดับสถาบันและระดับประเทศเพื่อพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยไตส่งเสริมการใช้ Evidence-based Practice (EBP) ในทุกกระบวนการดูแลและบูรณาการผลวิจัยเข้าสู่การพัฒนานโยบายสำคัญ[17] เช่น PD First Policy และ การพัฒนารูปแบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ (UC)

9. การเสริมสร้างภาวะผู้นำและทักษะการบริหารจัดการสำหรับพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลไต ควรจัดหลักสูตรภาวะผู้นำ (Renal Nurse Leadership Program) ในระดับประเทศ เพื่อพัฒนาทักษะด้านการจัดการบริหารทรัพยากรการควบคุมคุณภาพและการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ[18] พร้อมผลักดันให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญให้มีบทบาทในคณะกรรมการกำหนดนโยบายด้านไตระดับประเทศ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการวางทิศทางระบบบริการในอนาคต

ข้อสรุปเชิงนโยบาย

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไต ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพและความปลอดภัยของบริการไตในประเทศไทย การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบควรเน้น 4 แนวทางหลัก ได้แก่

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
2. การจัดทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็น

มาตรฐานเดียวกัน

3. การพัฒนาระบบตัวชี้วัดและการติดตามผลคุณภาพอย่างเป็นระบบ

4.การส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ

เมื่อดำเนินการตามแนวทางทั้ง 4 ด้านอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงในหลายมิติโดยเฉพาะด้านความปลอดภัย ช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล ข้อผิดพลาดทางยา เป็นต้น มีการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ช่วยระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและดำเนินมาตรการป้องกันได้ทันท่วงทีนอกเหนือจากผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้ป่วยยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสร้างความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในระยะยาว ซึ่งจะนำไปสู่ระบบบริการไตที่มีความยั่งยืนและมีมาตรฐานตามแนวปฏิบัติระดับสากล



รูปที่ 1 สรุปสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไต

References

1. Sudto C, Steannoppakao P, Chalakbang W. The competency factors of teachers in learning management in the 21st century in educational institutions under the Office of the Promotion of Non-Formal Education and Informal Education. J Roi Kaensarn Acad. 2023;8(5):633-44 [in Thai].

2. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-35. doi:10.1001/jama.287.2.226.

3. International Council of Nurses. ICN framework of competencies for the generalist nurse. Geneva: ICN; 2020.

4. Takase M. The relationship between the level of nurse competence and the length of clinical experience: a tentative model for nurses' competence development. J Clin Nurs. 2013;22(9-10):1400-10.

5. World Health Organization. Chronic kidney disease [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-kidney-disease

6. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Report on chronic kidney disease situation in Thailand 2022. Bangkok: Department of Medical Services; 2022 [in Thai].

7. Flythe JE, Kimmel SE, Brunelli SM. Rapid fluid removal during dialysis is associated with cardiovascular morbidity and mortality. Kidney Int. 2011;79(2):250-7. doi:10.1038/ki.2010.383.

8. National Health Security Office. Expenditure report on chronic kidney disease care, fiscal year 2022. Nonthaburi: National Health Security Office; 2023 [in Thai].

9. Thaiyuenwong J, Mahatanan N, Jiravaranun S, Boonyakarn A, Rodpai S, Eiam-Ong S, et al. Nationwide peritoneal dialysis nurse training in Thailand: 3-year experience. J Med Assoc Thai. 2011;94(4):162-6 [in Thai].

10. Thai PBS World. Nephrology nurses cry foul over requirement to take new training course [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21]. Available from: https://world.thaipbs.or.th/detail/57383?utm_source=chatgpt.com [in Thai].

11. Thongjam R, Phrakhrubhavanabodhikun. Ethics in nursing practice. J Grad MCU KhonKaen Campus. 2020;7(1):29-44 [in Thai].

12. Sinlapawithayatorn B, Jitpakdee B. The use of health information technology in nursing for patient safety. J Nurs Health Care. 2020;38(2):6-14 [in Thai].

13. Kaewchana S, Anusornseangiam W. Development of multidisciplinary care model for chronic kidney disease patients at Nangrong Hospital. Thai J Pharm Pract. 2020;12(4):195-206 [in Thai].

14. O'Shea DJ. Relationship-building skills. 7th ed. Boston: McGraw; 1988.

15. Jaruma B, Konnaimuang P. Methods for developing effective communication skills. MCU Human Rev. 2020;5(1):409-23 [in Thai].

16. Johnson C, Williams D. Competency-based nursing education: current trends and future directions. Nurse Educ Today. 2022;55:100-10.

17. Hermalia P, Yetti K, Adam M. Nurses competence and hemodialysis adequacy achievement. Enferm Clin. 2021;31(S2):126-9.

18. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement on competencies of graduates with bachelor's degree, master's degree, doctoral degree in nursing science, advanced nursing training program with diploma and received diploma/certificate showing expertise in specific nursing and midwifery and specific nursing in nursing science [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 17]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf [in Thai].

19. American Nephrology Nurses Association (ANNA). Nephrology nursing scope and standards of practice. 8th ed. New Jersey: ANNA; 2021.

20. Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT Registry). Annual report on renal replacement therapy in Thailand. Bangkok: Department of Medical Services; 2023 [in Thai].

บทความวิชาการ

ปัญญาประดิษฐ์: พลิกโฉมบทบาทใหม่พยาบาลวิชาชีพ

เสาวณีย์ เม่าทับ* ชนัดดา จำปาพันธุ์** จิราพร ธิมาเกตุ***ฉัตรตราภรณ์ หวังสาและ*** นิรมล วงศ์ใหญ่**** วาสินี วิเศษฤทธิ์*****

บทคัดย่อ

ในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านสู่เทคโนโลยีดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) มิได้เป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น แต่กำลังพลิกโฉมบทบาทของวิชาชีพพยาบาลอย่างรอบด้าน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทของพยาบาลระดับปฏิบัติการขึ้นไปผ่านกรอบแนวคิด 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านการปฏิบัติงาน มิติด้านความสัมพันธ์และจริยธรรม และมิติด้าน อัตลักษณ์ทางวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า มิติด้านการปฏิบัติงาน ปัญญาประดิษฐ์ปรับบทบาทพยาบาลจากผู้ปฏิบัติตามกระบวนการสู่ผู้วิเคราะห์และกำกับการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก มิติด้านความสัมพันธ์และจริยธรรม แม้ปัญญาประดิษฐ์จะเพิ่มความแม่นยำในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งไม่สามารถทดแทนความเข้าอกเข้าใจ การสัมผัสและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยได้ สำหรับมิติด้านอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์นำไปสู่การปรับขอบเขตความเชี่ยวชาญของพยาบาล โดยจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลและการคิดเชิงวิพากษ์ควบคู่กับการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บทความนี้เสนอแนวคิดว่า พยาบาลควรเป็นผู้ใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีวิจารณญาณ โดยยึดหลักแนวคิดการบูรณาการระหว่างศักยภาพมนุษย์และปัญญาประดิษฐ์ เพื่อยกระดับบทบาทของพยาบาลให้สามารถคิด วิเคราะห์ และสร้างนวัตกรรมการดูแลที่ผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีและหัวใจของความเป็นมนุษย์ได้อย่างสมดุล

คำสำคัญ: ปัญญาประดิษฐ์, บทบาทใหม่ของพยาบาลวิชาชีพ, การใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีวิจารณญาณ

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 20-32

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร
*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร
***** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ARTIFICIAL INTELLIGENCE: TRANSFORMING THE PROFESSIONAL ROLE OF NURSES

Saowanee Mautub* Chanadda Jumpaphun** Jiraphorn Timagate*** Chattrapron Wangsalae***

Niramon Wongyai**** Wasinee Wisetrrith*****

ABSTRACT

In the era of digital transformation, Artificial Intelligence (AI) is no longer merely a tool for data analysis; it is fundamentally reshaping the nursing profession in multiple dimensions. This article aims to analyze the impact of AI on the roles of professional nurses at the operational level and above through a three-dimensional conceptual framework: the dimension of practice, the dimension of relationships and ethics, and the dimension of professional identity.

The analysis shows that in the practice dimension, AI shifts nurses' roles from task performers to critical analysts who guide data use in clinical decision-making. In the relationships and ethics dimension, although AI improves the accuracy of health assessment and monitoring, it lacks emotional intelligence and cannot replace empathy and compassionate care. In terms of professional identity, AI requires nurses to redefine their expertise by strengthening digital competencies and critical thinking while maintaining patient-centered care. This article argues that nurses should use AI with sound professional judgment and integrate it with human capabilities. Such an approach strengthens the nursing role and supports innovative care that balances technological advancement with human compassion.

Keywords: Artificial Intelligence, Changing Nursing Roles, Critical Use of AI

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 20-32

Article info: **received February 22 , 2026; revised March 8, 2026; accepted April 24, 2026**

* Corresponding author, Register Nurse, Phramongkutklao Hospital,
E-mail: 6770097236@student.chula.ac.th
** Register nurse, Chulabhorn Hospital
*** Register nurse, Rajavithi Hospital
**** Register nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital
***** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.2

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพระดับนานาชาติ จากรูปแบบการดูแลที่พึ่งพาการตัดสินใจของบุคลากรเป็นหลักสู่ระบบสุขภาพที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงอัลกอริทึม[1,2] เทคโนโลยีดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในหลายมิติของการดูแลสุขภาพ อาทิ การวินิจฉัยโรคจากภาพทางการแพทย์ การพยากรณ์ความเสี่ยงทางคลินิก การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย และการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก องค์กรระดับนานาชาติได้เน้นย้ำถึงบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพของระบบ และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ในบริบทของประเทศไทย แผนปฏิบัติการด้านปัญญาประดิษฐ์แห่งชาติ พ.ศ. 2565–2570 ได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในภาคส่วนต่างๆ รวมถึงภาคสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สถานบริการสุขภาพหลายแห่งเริ่มนำระบบอ่านภาพรังสีอัตโนมัติ ระบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกมาใช้ในการปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมิได้จำกัดเพียงระดับโครงสร้างองค์กรหรือโครงสร้างเทคโนโลยีหากแต่ส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการทำงาน บทบาท และรูปแบบการตัดสินใจของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม[3]

ในระดับวิชาชีพ การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์เข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้ลักษณะการทำงานเปลี่ยนจากการตัดสินใจที่อาศัยประสบการณ์และวิจารณญาณเชิงบุคคลเป็นหลัก ไปสู่การทำงานร่วมกับระบบสนับสนุนการตัดสินใจเชิงข้อมูล บทบาทบางด้านได้รับการเสริมศักยภาพ เช่น การเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรอง การเฝ้าระวังอาการ และการวิเคราะห์แนวโน้มทางคลินิก อย่างไรก็ตาม บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเชิงองค์รวม การสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัด ยังคงต้องอาศัยความสามารถเฉพาะของพยาบาล ซึ่งไม่สามารถทดแทนได้ด้วยระบบอัลกอริทึม[4] แม้ว่าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในระบบสุขภาพจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นประสิทธิภาพของเทคโนโลยีหรือผลลัพธ์ทางคลินิก มากกว่า การวิเคราะห์ผลกระทบเชิงบทบาทต่อวิชาชีพพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผู้เขียนจึงได้ดำเนินการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล แนวคิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทวิชาชีพ และมโนทัศน์ พื้นฐานทางการพยาบาล (Metaparadigm of nursing) เพื่อจัดกรอบการวิเคราะห์ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทพยาบาลอย่างเป็นระบบ

จากกระบวนการสังเคราะห์ดังกล่าว สามารถจัดผลกระทบออกเป็น 3 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) มิติด้านการปฏิบัติงาน (Functional Impact) ซึ่งครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงาน การใช้ข้อมูล และการตัดสินใจทางคลินิก 2) มิติด้านความสัมพันธ์และจริยธรรม (Relational and Ethical Impact) ซึ่งสะท้อนผลกระทบต่อความไว้วางใจ ความเป็นส่วนตัว ความรับผิดชอบ และการตัดสินใจเชิงคุณค่า และ 3) มิติด้านอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Professional Identity Impact) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นอิสระทางวิชาชีพ การปรับบทบาท และภาวะผู้นำในบริบทดิจิทัล กรอบแนวคิดทั้งสามมิตินี้มิได้เป็นเพียงการจัดหมวดหมู่เชิงพรรณนาหากแต่เป็นผลจากการสังเคราะห์วรรณกรรมเชิงแนวคิดและเชิงประจักษ์ เพื่อสะท้อนความซับซ้อนของผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อวิชาชีพพยาบาล ทั้งในระดับการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ และโครงสร้างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ

ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์

ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทของพยาบาลระดับปฏิบัติการขึ้นไป โดยใช้กรอบแนวคิด 3 มิติเป็นฐานในการวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงเชิงบทบาทอย่างครอบคลุม และเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและภาวะผู้นำทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพในยุคปัญญาประดิษฐ์อย่างยั่งยืน

ความหมายของปัญญาประดิษฐ์ ปัญญาประดิษฐ์เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่บูรณาการความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อพัฒนาเครื่องจักรหรือระบบคอมพิวเตอร์ให้มีขีดความสามารถทางสติปัญญาที่เลียนแบบมนุษย์โดยเน้นกระบวนการคิด การเรียนรู้ การวิเคราะห์เชิงเหตุผล และการตัดสินใจผ่านอัลกอริทึมที่ซับซ้อนและการเรียนรู้ข้อมูลขนาดใหญ่ วิเคราะห์ได้ว่าแก่นสำคัญของปัญญาประดิษฐ์อยู่ที่ความสามารถในการสร้างแบบจำลองการให้เหตุผล และการตัดสินใจเชิงคาดการณ์บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งนี้นิยามของปัญญาประดิษฐ์ในปัจจุบันได้ก้าวข้ามจากการทำงานตามคำสั่งที่กำหนดไว้ไปสู่ระบบที่สามารถตัดสินใจ และพัฒนาประสิทธิภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์[1, 2]

ในมิติของระบบสุขภาพ ปัญญาประดิษฐ์จึงทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการจำลองกระบวนการคิดการวิเคราะห์ของสมองมนุษย์เพื่อช่วยการตัดสินใจทางคลินิก โดยมีหัวใจสำคัญอยู่ที่ความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีเหตุผล[5] ซึ่งช่วยยกระดับทั้งในด้านความแม่นยำของการวินิจฉัย และการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาการของปัญญาประดิษฐ์จากระบบที่ทำงานตามกฎสู่ระบบที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง (Machine learning) สะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเชิงเทคนิคไปสู่การมีบทบาทเชิงโครงสร้างในการกำหนดแนวทางการคัดกรอง วินิจฉัย และการตัดสินใจในระบบสุขภาพ ดังนั้นในบริบทการพยาบาลปัญญาประดิษฐ์จึงมิได้เป็นเพียงเทคโนโลยีเสริม แต่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพอย่างเห็นได้ชัด

วิวัฒนาการของปัญญาประดิษฐ์ วิวัฒนาการของปัญญาประดิษฐ์มีจุดเริ่มต้นจากการตั้งคำถามเชิงทฤษฎีในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 20 เกี่ยวกับขีดความสามารถของเครื่องจักรในการจำลองกระบวนการคิดของมนุษย์ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1956 นิยามของ Artificial Intelligence ได้ถูกนำเสนอขึ้นเป็นครั้งแรก พร้อมแนวคิดว่า สติปัญญาของมนุษย์สามารถอธิบายและถ่ายทอดลงสู่เครื่องจักรได[2] แนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนายุคแรกในช่วงปี ค.ศ. 1960–1980 ที่เน้นการใช้ตรรกะและกฎเชิงสัญลักษณ์ จนเกิดเป็นระบบผู้เชี่ยวชาญ (Expert Systems) ที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลในบริบทเฉพาะ เช่น การแพทย์และวิทยาศาสตร์ แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านความยืดหยุ่นและการเรียนรู้สิ่งใหม่ด้วยตนเอง ในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 จนถึงต้นทศวรรษที่ 2010 เทคโนโลยีได้ก้าวข้ามขีดจำกัดเดิมผ่านแนวคิดการเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) และการเรียนรู้เชิงลึก (Deep Learning)[2] ซึ่งอาศัยโครงข่ายประสาทเทียมเลียนแบบการทำงานของสมองมนุษย์ การบูรณาการระหว่างระบบประมวลผลขั้นสูงและฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ส่งผลให้ปัญญาประดิษฐ์มีศักยภาพในการจดจำรูปแบบวิเคราะห์แนวโน้มตลอดจนประมวลผลภาพและเสียงได้อย่างแม่นยำเหนือกว่ามนุษย์ในบางมิติ หลังปี ค.ศ. 2020 วิวัฒนาการได้เข้าสู่ยุคปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ (Generative AI) ที่สามารถสังเคราะห์ข้อมูลใหม่ในรูปแบบบทสนทนาหรือนวัตกรรมทางภาษา ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของโมเดลภาษาอัจฉริยะในปัจจุบัน[1] สำหรับประเทศไทยการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมผ่านแผนปฏิบัติการด้านปัญญาประดิษฐ์แห่งชาติ พ.ศ. 2565–2570 ซึ่งมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อ

ยกระดับบริการสาธารณสุข ผ่านระบบวินิจฉัยโรคและเทคโนโลยี แชทบอตเพื่อลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์5 อย่างไรก็ตาม การเติบโตอย่างรวดเร็วของปัญญาประดิษฐ์ยังคงมาพร้อมกับประเด็นท้าทายด้านจริยธรรมและความปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ใช้เทคโนโลยีต้องตระหนักเพื่อการปรับใช้อย่างเหมาะสมในอนาคต

ปัญญาประดิษฐ์กับระบบบริการสุขภาพและการพยาบาล ปัจจุบันได้มีการนำเอาเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้เพื่อยกระดับคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความแม่นยำของบริการในทุกมิติ ตั้งแต่ระดับการกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการองค์กร การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย ไปจนถึงการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถจำแนกปัญญาประดิษฐ์ตามระดับการใช้งานออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับระบบ (macro level) เทคโนโลยีในกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มด้านสุขภาพของประชากร การพยากรณ์การระบาดของโรค การบริหารจัดการทรัพยากร เช่น เตียงผู้ป่วย เวชภัณฑ์ หรือบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนการวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารองค์กรสุขภาพ 2) ระดับบริการ (Meso level) ปัญญาประดิษฐ์ช่วยในการจัดการกระบวนการภายในโรงพยาบาล เช่น การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย (Triage) โดยอิงจากอาการและสัญญาณชีพผ่านระบบ AI-assisted triage หรือการสร้างระบบการแจ้งเตือนแบบ real-time ในห้องฉุกเฉิน (ER) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)[6] ซึ่งช่วยให้สามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้ทันท่วงที และ 3) ระดับปฏิบัติการ (Micro level) มีการนำปัญญาประดิษฐ์เข้ามาใช้ในงานพยาบาลมากมาย เช่น ระบบช่วยตัดสินใจทางคลินิกที่แนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หรือหัวใจล้มเหลว โดยอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกับข้อมูลเฉพาะรายของผู้ป่วย การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ รวมทั้งการใช้ระบบเซนเซอร์ในการตรวจจับประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดว่าปัญญาประดิษฐ์มีบทบาทสำคัญกับทุกการปฏิบัติงานของทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งสามารถช่วยลดระยะเวลาและเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล[7]

ประเภทของปัญญาประดิษฐ์ที่นำมาใช้ในบริบทของระบบสุขภาพ[8] การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในระบบบริการสุขภาพมีความหลากหลายและเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องสามารถแบ่งได้หลายประเภท ดังนี้

1. Machine Learning เป็นปัญญาประดิษฐ์ที่สามารถเรียนรู้จากข้อมูลขนาดใหญ่และสร้างแบบจำลองทางสถิติสำหรับการพยากรณ์หรือการตัดสินใจ เช่น การพยากรณ์การกลับเป็นซ้ำของโรค

2. Deep Learning เป็นส่วนหนึ่งของ Machine Learning ที่ใช้โครงข่ายประสาทเทียมในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อน เช่น ภาพถ่ายรังสี การตรวจคลื่น ไฟฟ้าหัวใจ

3. Natural Language Processing ใช้เพื่อวิเคราะห์และตีความข้อมูล เช่น บันทึกทางการแพทย์หรือการสรุปเวชระเบียนอัตโนมัติ

4. Computer Vision AI ใช้วิเคราะห์ภาพหรือวิดีโอ เช่น ตรวจสอบท่าทางผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

5. Expert Systems เป็นระบบที่เลียนแบบการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้ฐานความรู้ เช่น ระบบช่วยวินิจฉัยโรคทางผิวหนัง หรือระบบแนะนำการใช้ยาอย่างปลอดภัย

บทบาทของพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงกับการเข้ามาของของปัญญาประดิษฐ์

การขยายตัวของปัญญาประดิษฐ์ในระบบบริการสุขภาพได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อบทบาทของพยาบาล โดยเฉพาะในระดับปฏิบัติการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน การตัดสินใจ และการประสานงานการดูแล

ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด บทบาทพยาบาลในศตวรรษที่ 21 มิได้จำกัดอยู่เพียงการปฏิบัติตามคำสั่งทางการแพทย์ แต่ได้รับการนิยามใหม่ในระดับสากลและระดับประเทศให้เป็นวิชาชีพที่มีความเป็นอิสระทางคลินิกและมีบทบาทเชิงระบบ

แผนยุทธศาสตร์ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2564–2568 ได้เน้นย้ำบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม[9] ขณะที่ในบริบทประเทศไทย ข้อบังคับสภาการพยาบาล พ.ศ.2564 ได้กำหนดขอบเขตบทบาทพยาบาลให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การควบคุมสิ่งแวดล้อม การแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย ตลอดจนการให้คำปรึกษาและการประสานงานภายใต้กรอบกฎหมายวิชาชีพ กรอบนิยามดังกล่าวสะท้อนว่า บทบาทพยาบาลมีลักษณะเป็นทั้งผู้ปฏิบัติการทางคลินิก ผู้ประสานงาน และผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์เข้าสู่ระบบบริการจึงไม่เพียงเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงเทคนิค หากแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างบทบาทวิชาชีพ[3]

บทบาทใหม่ของพยาบาลวิชาชีพ

ในยุคปัญญาประดิษฐ์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน ดูแล เฝ้าระวัง ฟื้นฟูสุขภาพ และประสานงานกับทีม สหวิชาชีพ การเข้ามาของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ ส่งผลต่อวิธีการทำงานและทักษะที่พยาบาลต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง การที่พยาบาลตระหนักในบทบาทของตนเองและมีความสามารถในการปรับตัวให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาระบบงานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในกระบวนการประเมินผู้ป่วย โดยมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบเซนเซอร์ตรวจจับและวิเคราะห์สัญญาณชีพ เพื่อแจ้งเตือนความผิดปกติแบบเรียลไทม์ เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ส่งผลให้พยาบาลสามารถรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังได้รวดเร็วและให้การรักษาที่เหมาะสมได้ทันท่วงที[10] ด้านการตัดสินใจทางการพยาบาลและการวางแผนการดูแล พบว่ามีการนำเทคโนโลยี Rothman Index[11] มาใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรคโดยอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียน และตัวชี้วัดจากการประเมินของพยาบาล ส่งผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลทั้งการจัดการระดับความรุนแรงและให้การดูแลที่เหมาะสมจากบริบทดังกล่าว สามารถสรุปภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงบทบาทพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทของพยาบาล

การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาทของพยาบาลหลายด้าน ทั้งวิธีการทำงาน ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และบทบาทของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพโดยรวมงานบางประเภทที่อาศัยการประมวลผลหรือมีลักษณะเป็นกระบวนการทำซ้ำ สามารถถูกแทนที่ด้วยปัญญาประดิษฐ์ได้ ขณะที่หลายบทบาทยังไม่สามารถถูกแทนที่ได้เนื่องจากต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิก การสื่อสารอย่างเข้าอกเข้าใจ และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ยังคงต้องพึ่งพาทักษะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล จากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนเสนอการวิเคราะห์ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทของพยาบาลผ่านกรอบแนวคิด 3 มิติ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์-จริยธรรม และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบบทบาทของพยาบาลแบบดั้งเดิมกับบทบาทพยาบาลในยุคปัญญาประดิษฐ์

ด้านบทบาท	**พยาบาลแบบดั้งเดิม**	**พยาบาลในยุคปัญญาประดิษฐ์**
การประเมินผู้ป่วย	ซักถามและประเมินสัญญาณชีพโดยตรง	ปรับเปลี่ยนจากบทบาทผู้ประเมินโดยตรงสู่บทบาทผู้วิเคราะห์และตีความข้อมูลจากระบบปัญญาประดิษฐ์ร่วมกับการประเมินทางคลินิก
การตัดสินใจทางการพยาบาลและการวางแผนการดูแล	พึ่งพาความรู้จากประสบการณ์และแนวปฏิบัติของหน่วยงาน	ปรับเปลี่ยนจากบทบาทผู้ตัดใจบนพื้นฐานประสบการณ์สู่บทบาทผู้กำกับตรวจสอบ และใช้วิจารณญาณในการประเมินความเหมาะสมของข้อเสนอแนะจากระบบปัญญาประดิษฐ์
การส่งเสริมสุขภาพ/การให้ข้อมูลผู้ป่วย	ให้คำแนะนำแบบรายบุคคลด้วยการอธิบายพูดคุยหรือใช้สื่อแผ่นพับ	ปรับเปลี่ยนจากการให้ข้อมูลทั่วไป สู่การใช้ข้อมูลเชิงวิเคราะห์จากระบบปัญญาประดิษฐ์เพื่อออกแบบการดูแลและให้คำแนะนำแบบเฉพาะราย

1) มิติด้านการปฏิบัติงาน (Functional Impact) ปัญญาประดิษฐ์เข้ามามีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรอง เฝ้าระวัง และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกระบบติดตามสัญญาณชีพและเครื่องมือวิเคราะห์ความเสี่ยงซึ่งช่วยให้พยาบาลเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกได้รวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น[12] ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลบทบาทของพยาบาลจึงเปลี่ยนผ่านจากผู้ปฏิบัติตามแนวทางสู่ผู้ตีความข้อมูลและผู้กำกับการตัดสินใจ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงข้อมูลที่สามารถบูรณาการผลลัพธ์จากระบบปัญญาประดิษฐ์เข้ากับวิจารณญาณและประสบการณ์ทางคลินิก รวมทั้งบริบทเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งกำกับคุณภาพการตัดสินใจภายในทีมสุขภาพ

2) มิติด้านความสัมพันธ์และจริยธรรม (Relational/Ethical Impact) ปัญญาประดิษฐ์มีบทบาทในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ ขณะเดียวกัน ความเข้าอกเข้าใจ[13] การสื่อสารเชิงมนุษยสัมพันธ์ และการตัดสินใจบนพื้นฐานจริยธรรมยังคงเป็นแก่นสำคัญของวิชาชีพพยาบาล การใช้ปัญญาประดิษย์ยังเกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญ ได้แก่ อคติของระบบ ความเป็นส่วนตัวของข้อมูล ความโปร่งใส และความรับผิดชอบต่อผลของการตัดสินใจ[14] ซึ่งล้วนส่งผลโดยตรงต่อความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ บทบาทของพยาบาลจึงขยายสู่การเป็นผู้กำกับดูแลและพิทักษ์คุณค่าทางจริยธรรมภายใต้บริบทการดูแลที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาภาวะผู้นำด้านจริยธรรมในยุคดิจิทัล เพื่อธำรงไว้ซึ่งหลักจริยธรรมและสิทธิของผู้ป่วยภายใต้การเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยีอย่างยั่งยืน

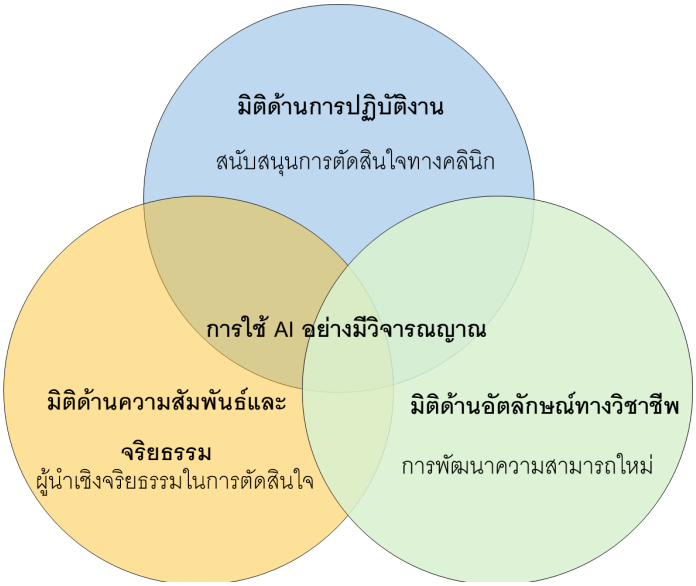
3) มิติด้านอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Structural/ /Professional Identity Impact) การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ส่งผลให้บทบาทพยาบาลเปลี่ยนผ่านจากผู้ปฏิบัติตามกระบวนการสู่ผู้บริหารจัดการข้อมูลและผู้ตัดสินใจเชิงวิเคราะห์ภายใต้ระบบสุขภาพยุคดิจิทัล การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออัตลักษณ์ทางวิชาชีพ ทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะ และภาพลักษณ์ของวิชาชีพในสังคม พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและการใช้ข้อมูลควบคู่กับการธำรงคุณค่าการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การปรับตัวในมิตินี้สะท้อนความจำเป็นของการพัฒนาภาวะผู้นำที่สามารถขับเคลื่อนการเรียนรู้ต่อเนื่อง พัฒนาทักษะใหม่ และสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ผสานเทคโนโลยีกับคุณค่าทางวิชาชีพอย่างสมดุล

ดังนั้น ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ทั้งสามมิติ จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลได้ปรับโครงสร้างจากผู้ปฏิบัติการสู่ผู้กำกับการตัดสินใจ ผู้พิทักษ์คุณค่าทางจริยธรรม และผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านองค์กร ภาวะผู้นำทางการพยาบาลจึงมิใช่แนวคิดเพิ่มเติมหากแต่เป็นผลลัพธ์เชิงบทบาทที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวภายใต้บริบทระบบสุขภาพยุคดิจิทัล

การใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีวิจารณญาณในการพยาบาล เป็นหัวใจสำคัญที่สะท้อนถึงผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทของพยาบาล ที่ไม่ได้จำกัดเพียงการแทนที่หรือทดแทนงานบางประเภทเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับการตัดสินใจทางคลินิก ความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ และโครงสร้างอัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล พยาบาลในยุคปัจจุบันและอนาคตจึงไม่ใช่เพียงผู้ปฏิบัติตามปัญญาประดิษฐ์แต่ต้องเป็นผู้ใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical User) ที่สามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ประเมิน และนำไปประยุกต์

ใช้ในลักษณะที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ลดทอนความเป็นมนุษย์ แนวคิด Augmented Intelligence ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการระหว่างศักยภาพของมนุษย์และปัญญาประดิษฐ์ สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการแทนที่พยาบาล แต่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของพยาบาลในการวิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น[15] กรอบแนวคิด 3 มิติ จึงใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทของพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ดังแสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 กรอบแนวคิด 3 มิติของผลกระทบปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทวิชาชีพพยาบาล



การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลภายใต้การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล

ภาวะผู้นำ หมายถึง ความสามารถที่จะก้าวออกจากวัฒนธรรมเดิมเพื่อเริ่มกระบวนการใหม่หรือเริ่มวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้มีการปรับตัวได้มากขึ้นหรือความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจและกระตุ้นให้ผู้ตามมีแรงจูงใจในการทำงานเพื่อบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

การพัฒนาภาวะผู้นำหมายถึง การพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ จากการเรียน ศึกษาค้นคว้า ประสบการณ์ เพื่อเพิ่มความรู้ ความสามารถ เพื่อใช้ในการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงาน[17]

การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลยุคดิจิทัล หมายถึง การพัฒนาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลผ่านผ่านกรอบแนวคิด 5 ด้าน ของ Cathy Rick ซึ่งประกอบไปด้วย สมรรถนะด้านนวัตกรรม ด้านความ

ร่วมมือระหว่างวิชาชีพ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านวิสัยทัศน์เชิงลึก และด้านความซื่อสัตย์และจริยธรรม เพื่อนำพาองค์กรก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงในโลกยุคปัจจุบัน ดังนี้[18]

1) สมรรถนะด้านนวัตกรรม (Innovation) เป็นความสามารถในการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ กล้าตัดสินใจ นำทีมให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างยืดหยุ่น ในบริบทของการพยาบาล ปัญญาประดิษฐ์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ เช่น การใช้ AI Powered Predictive Analytics เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกในระบบสุขภาพ ช่วยให้ผู้นำทางการพยาบาลสามารถคาดการณ์ความต้องการและวางแผนจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional Commitment and Respect) เป็นความสามารถในการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับสหวิชาชีพ โดยปัญญาประดิษฐ์ช่วยส่งเสริมการสื่อสารและลดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล เช่น ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่สนับสนุนการจัดการข้อมูลข้ามหน่วยงาน ลดการทำงานแบบแยกส่วนและเพิ่มประสิทธิภาพของทีม

3) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Informatics) เป็นทักษะสำคัญของผู้นำในยุคที่ข้อมูลคือทรัพยากรหลัก ผู้นำทางการพยาบาลควรสามารถใช้ข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนการตัดสินใจ วางกลยุทธ์ และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้ Data Processing หรือ Decision Support Systems เพื่อช่วยให้ผู้นำสามารถออกแบบบริการพยาบาลที่แม่นยำ สะท้อนปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้น

4) สมรรถนะด้านวิสัยทัศน์เชิงลึก (Insight) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาในระดับองค์รวม เห็นความเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์ และสร้างแนวทางพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน ปัญญาประดิษฐ์มีส่วนช่วยในการพัฒนาสมรรถนะนี้ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมาก และการจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์จะสามารถประเมินสถานการณ์ล่วงหน้าและจัดการองค์กรให้ปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

5) สมรรถนะด้านความซื่อสัตย์และจริยธรรม (Integrity) เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของภาวะผู้นำ ควรตัดสินใจโดยคำนึงถึงคุณธรรม ความถูกต้อง และความโปร่งใส โดยเฉพาะในยุคที่ข้อมูลและเทคโนโลยีมีอิทธิพลต่อการทำงานอย่างมาก ปัญญาประดิษฐ์เข้ามาช่วยในด้านนี้ผ่านการใช้ Natural Language Processing และ Machine Learning เพื่อวิเคราะห์เอกสารทางกฎหมาย ข้อกำหนดจริยธรรม และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอย่างเป็นระบบลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการตีความของมนุษย์ เมื่อเชื่อมโยงสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลทั้ง 5 ด้านตามกรอบแนวคิดของ Cathy Rick กับความสามารถของปัญญาประดิษฐ์จะช่วยเสริมศักยภาพผู้นำให้สามารถตัดสินใจได้อย่างแม่นยำ ทำงานร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งคงไว้ซึ่งจริยธรรม และคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านสู่อนาคตของการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น

บทสรุป

การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างต่อบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหลากหลายมิติผ่านการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด 3 ด้าน ได้แก่ มิติด้านการปฏิบัติงาน มิติด้านความสัมพันธ์และจริยธรรม และ

มิติด้านอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ โดยในมิติด้านการปฏิบัติงานพยาบาลต้องปรับบทบาทสู่การเป็นผู้ใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีวิจารณญาณเพื่อตีความข้อมูลและสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ขณะที่มิติด้านความสัมพันธ์และจริยธรรม ยังคงเน้นย้ำความสำคัญของความเข้าอกเข้าใจและหัวใจความเป็นมนุษย์ที่เทคโนโลยีไม่สามารถทดแทนได้ควบคู่ไปกับการพิทักษ์สิทธิและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย สำหรับมิติด้านอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาทักษะใหม่และภาวะผู้นำทางการพยาบาลเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านอย่างมีจริยธรรมและสอดคล้องกับคุณค่าทางวิชาชีพ ดังนั้น การพลิกโฉมบทบาทพยาบาลวิชาชีพใหม่ในครั้งนี้มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจเชิงลึกต่อการทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงเชิงบทบาทพยาบาล พร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและภาวะผู้นำให้สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพภายใต้แนวคิด การบูรณาการระหว่างศักยภาพมนุษย์และปัญญาประดิษฐ์ (Augmented Intelligence) เพื่อผสานนวัตกรรมล้ำสมัยเข้ากับคุณค่าแห่งการดูแลแบบองค์รวมซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพและธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของวิชาชีพพยาบาลในอนาคตอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ: บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในยุคปัญญาประดิษฐ์

จากการวิเคราะห์ผลกระทบของปัญญาประดิษฐ์ต่อบทบาทพยาบาลใน 3 มิติ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลมิได้เป็นเพียงการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ แต่เป็นการปรับโครงสร้างเชิงบทบาทของวิชาชีพพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง บทความนี้จึงเสนอแนวทางเชิงปฏิบัติในการพัฒนาบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดตามผลการวิเคราะห์ทั้งสามมิติ ดังนี้

1. มิติด้านการปฏิบัติงาน พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้านการอ่าน และตีความ และการประเมินความเหมาะสมจากการใช้ปัญญาประดิษฐ์ที่ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก โดยอาศัยวิจารณญาณและพื้นฐานหลักการทางการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการตรวจสอบข้อมูลทางคลินิกโดยเฉพาะในกรณีที่ข้อมูลเชิงปริมาณอาจไม่สะท้อนบริบทเฉพาะรายของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม หรือภาวะทางจิตใจ เช่น การนำเทคโนโลยี SMART[19] ซึ่งเป็นระบบไร้สายที่ออกแบบมาเพื่อเฝ้าติดตามผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง พยาบาลควรมีบทบาทและสมรรถนะทางด้านบริหารจัดการสัญญานเตือน คัดแยกความผิดปกติ เป็นต้น

2. มิติด้านความสัมพันธ์และจริยธรรม การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในระบบบริการสุขภาพเพิ่มประสิทธิภาพการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ไม่อาจทดแทนความเข้าอกเข้าใจและการตัดสินใจบนพื้นฐานจริยธรรมซึ่งเป็นแก่นของวิชาชีพพยาบาล ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่าบทบาทของพยาบาลได้ขยายสู่การเป็นผู้กำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีอย่างมีความรับผิดชอบ

3. มิติด้านอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ จากการวิเคราะห์สะท้อนว่าอัตลักษณ์ทางวิชาชีพมิได้ลดทอนลง หากแต่ปรับโครงสร้างสู่การเป็นผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านในองค์กรสุขภาพ ในเชิงปฏิบัติ พยาบาลจึงต้องพัฒนาสมรรถนะด้านการใช้ข้อมูลเทคโนโลยีสุขภาพ และการบริหารการเปลี่ยนแปลงควบคู่กับการธำรงคุณค่าการดูแลที่ยึดมนุษย์เป็นศูนย์กลาง เช่น การนำระบบสนับสนุนการตัดสินใจมาใช้ในหน่วยงานจำเป็นต้องมีพยาบาลทำหน้าที่กำหนดแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความเหมาะสมของผลลัพธ์จากระบบ และจัดอบรมทีมเพื่อสร้างความพร้อมในการ ใช้งาน

References

1. Russell SJ, Norvig P. Artificial intelligence: a modern approach. 4th ed. Hoboken (NJ): Pearson; 2021.

2. McCarthy J, Minsky ML, Rochester N, Shannon CE. A proposal for the Dartmouth summer research project on artificial intelligence. Hanover (NH): Dartmouth College; 1955.

3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Regulations of the Thailand Nursing and Midwifery Council on nursing role definitions B.E. 2564 (2021). Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2021. (in Thai).

4. Ahmed SK. Artificial intelligence in nursing: current trends, possibilities and pitfalls. Glob Media J. 2024;22(3):1-8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100072

5. Digital Economy Promotion Agency. Driving Thailand 4.0 with AI and digital innovation. Bangkok: Digital Economy Promotion Agency; 2022. (in Thai).

6. Yi N, Baik D, Baek G. The effects of applying artificial intelligence to triage in the emergency department: a systematic review of prospective studies. J Nurs Sch. 2025;57(1):45-56. Available from: https://doi.org/10.1111/jnu.13024

7. Buacharoen H, Chankham W. Application of artificial intelligence-based health innovations in nursing. Thai J Nurs. 2020;69(4):60-7. (in Thai).

8. Esteva A, Kuprel B, Novoa RA, Ko J, Swetter SM, Blau HM, et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. Nature. 2017;542(7639):115-8. Available from: https://doi.org/10.1038/nature21056

9. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. Geneva: World Health Organization; 2021.

10. Seibert K, Domhoff D, Bruch D, Schulte-Althoff M, Furstenau D, Biessmann F, et al. Application scenarios for artificial intelligence in nursing care: rapid review. J Med Internet Res. 2021;23(1):e26522. Available from: https://doi.org/10.2196/26522

11. Moguillansky D, Sharaf OM, Jin P, Samra R, Bryan J, Moguillansky NI, et al. Evaluation of clinical predictors for major outcomes in patients hospitalized with COVID-19: the potential role of the Rothman Index. Cureus. 2022;14(1):e21573. Available from: https://doi.org/10.7759/cureus.28769

12. Ruksakulpiwat S, Thorngthip S, Niyomyart A, Benjasirisan C, Phianhasin L, Aldossary H, et al. A systematic review of the application of artificial intelligence in nursing care: where are we, and what's next? J Multidiscip Healthc. 2024;17:123-35. Available from: https://doi.org/10.2147/JMDH.S459946

13. Mohanasundari SK, Kalpana M, Madhusudhan U, Vasanthkumar K, B R, Singh R, et al. Can artificial intelligence replace the unique

nursing role? Cureus. 2023;15(3):e36045. Available from: https://doi.org/10.7759/cureus.51150

14. Klunree H, Teerawongsa N, Kamnueng C, Udmuangphia T. Application of artificial intelligence in nursing practice: ethical issues. J Public Health. 2023;32(5):962-70. (in Thai).

15. Rony MKK, Parvin MR, Ferdousi S. Advancing nursing practice with artificial intelligence: enhancing preparedness for the future. Nurs Open. 2024;11(2):e2105. Available from: https://doi.org/10.1002/nop2.2070

16. Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994.

17. Yonjaiyuth P, Arannapoom W. Leadership development and modern organizational management. Bangkok: Publisher; 2024. (in Thai).

18. Rick C. Competence in executive nursing leadership for the 21st century: the 5 Eyes. Nurse Leader. 2014;12(4):47-50. Available from: https://doi.org/10.1016/j.mnl.2014.01.005

19. Curtis DW, Pino EJ, Bailey JM, Shih EI, Waterman J, Vinterbo SA, et al. SMART—an integrated wireless system for monitoring unattended patients. J Am Med Inform Assoc. 2008;15(1):44-53. Available from: https://doi.org/10.1197/jamia.M2016

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยงต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ดารา วงษ์กวน *

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยงต่ำภายหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุดในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากการปริแตกของคราบไขมันบริเวณผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการก่อตัวของลิ่มเลือดและการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง ช่วยให้สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้อย่างรวดเร็ว โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ประมาณ 54 นาที ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นลง ผู้ป่วยบางรายจึงสามารถจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ภายใน 48–72 ชั่วโมง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน 24 ชั่วโมงแรก การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 24–48 ชั่วโมง และการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องในช่วง 48–72 ชั่วโมง การดำเนินบทบาทของพยาบาลในแต่ละระยะมีส่วนสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคและส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน/การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ/การจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็ว

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 33-52

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สังกัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
E-mail: Dao.ccu@hotmail.com

NURSING ROLES IN PREVENTING COMPLICATIONS AND PROMOTING CARDIAC REHABILITATION IN PATIENTS WITH LOW-RISK ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Dara Wongkuan*

ABSTRACT

This academic article aims to synthesize the roles of nurses in preventing complications and promoting cardiac rehabilitation among patients with low-risk acute myocardial infarction (AMI) following primary percutaneous coronary intervention (Primary PCI). Acute myocardial infarction is the most severe condition within the spectrum of acute coronary syndrome and is primarily caused by rupture of atherosclerotic plaque in the coronary arteries, leading to thrombus formation and coronary artery occlusion. Percutaneous coronary intervention is a highly effective treatment that enables rapid restoration of coronary blood flow. The average time from hospital arrival to coronary reperfusion is approximately 54 minutes, resulting in reduced disease severity, faster recovery, and shorter hospital stay. Some patients can therefore be classified as low-risk and may be safely discharged within 48–72 hours. Nurses play a crucial role in patient care from the critical phase to the discharge preparation period. Nursing care can be divided into three phases: prevention of complications during the first 24 hours, initiation of cardiac rehabilitation and risk behavior modification within 24–48 hours, and continuation of cardiac rehabilitation and discharge preparation within 48–72 hours. Effective nursing roles in each phase contribute to reducing complications, promoting cardiac recovery, and preparing patients for discharge. These interventions may also reduce disease recurrence and enhance continuity and quality of patient care.

Keywords: Acute myocardial infarction / Cardiac rehabilitation / Early discharge

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 33-52

Article info: **received February 22 , 2026; revised March 9, 2026; accepted April 24, 2026**

* Corresponding author, Registered Nurse, Coronary care unit,King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society
E-mail: Dao.ccu@hotmail.com

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.3

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) มักเกิดจากการแตกคราบไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือดและการก่อตัวของลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดจนนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจโดยสมบูรณ์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[1-2] โรคดังกล่าวจึงถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 18 ล้านคน และจากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ระบุว่าในแต่ละปีมีประชากรประมาณ 800,000 คน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเกิดขึ้นประมาณทุก ๆ 40 วินาที[3] นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2021 ยังพบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 375,470 ราย[4] สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตรา 134.00 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564 เป็น 150.68 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2566[5] และยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[6]

การรักษาที่สำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การเพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งถือเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูง หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจภายในระยะเวลาที่เหมาะสม (Primary Percutaneous Coronary Intervention: Primary PCI) จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้[7-8] จากรายงานการศึกษา Thai PCI Registry ปี 2018–2019 ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 3,874 ราย พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ (Door-To-Balloon Time: DTB time) มีค่าเฉลี่ยเพียง 54 นาที และหากระยะเวลา DTB time มากกว่า 90 นาที จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มี DTB time น้อยกว่า[8]

ความก้าวหน้าของระบบบริการสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วภายใน 120 นาที ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลงและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นลง[7,12] ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI อย่างทันท่วงทีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญ[9] อาจถูกจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (Low-Risk Patients) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ การรักษาประสบผลสำเร็จและมีการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจระดับ TIMI flow grade 3 ไม่มีภาวะ Cardiogenic Shock หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่คุกคามชีวิต มีค่าการบีบตัวของหัวใจ (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) มากกว่าร้อยละ 40 ไม่มี Multivessel Coronary Artery Disease ที่จำเป็นต้องได้รับการทำ Revascularization เพิ่มเติม และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในบริบทของแนวโน้มการจำหน่ายผู้ป่วยแบบเร็ว (Early Discharge) ภายใน 48–72 ชั่วโมง[10,11]

การดูแลผู้ป่วย STEMI หลังทำ Primary PCI จำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนากร เป็นต้น[1,12] โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งวางแผนและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการรักษา

นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่

เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ[13] ซึ่งมีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[12] อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำภายหลังทำ Primary PCI ในปัจจุบันมีแนวโน้มสั้นลง[11] จึงอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ครบถ้วน

อย่างไรก็ตาม บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI ซึ่งมีแนวโน้มได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นยังไม่ได้รับการศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะแรกไปจนถึงการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น telehealth และ mobile health เพื่อสนับสนุนการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

บทความนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (Orem's Self-Care Theory) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์บทบาทพยาบาล โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำในระยะยาว[13] การดูแลผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (0–24 ชั่วโมง) ระยะเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (24–48 ชั่วโมง) และระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (48–72 ชั่วโมง) ซึ่งสอดคล้องกับระบบการพยาบาลของ Orem ได้แก่ Wholly Compensatory System, Partly Compensatory System และ Supportive - Educative System ตามลำดับ

การดำเนินบทบาทของพยาบาลตามกรอบแนวคิดดังกล่าว คาดว่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำ PCI ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และลดการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วย ดังนั้น การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทการรักษาในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI โดยครอบคลุมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สาเหตุและพยาธิสภาพ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerotic Coronary Artery Disease) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย[1,14] โดยกลไกสำคัญของการเกิดโรคมักเกี่ยวข้องกับการสึกกร่อนหรือการปริแตกของคราบไขมัน (Atherosclerotic Plaque) บริเวณผนังหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือดและการรวมตัวของเกล็ดเลือดจนนำไปสู่การก่อตัวของลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดหัวใจ[1,15] การศึกษาพบว่า การเกิดลิ่มเลือดอุดตันใน

หลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 เกิดจากการปริแตกของ Atherosclerotic Plaque ซึ่งหมายถึง การเกิดช่องว่างหรือรอยแยกในชั้น Fibrous Cap ที่ปกคลุมแกนไขมันภายใน Plaque ทำให้แกนไขมันที่เรียกว่า Lipid-Rich Necrotic Core สัมผัสกับกระแสเลือดและกระตุ้นกระบวนการเกิดลิ่มเลือด[14 -15]

นอกจากนี้กลไกสำคัญอีกประการหนึ่งคือ Plaque Erosion ซึ่งเกิดจากการสูญเสียของเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด (Endothelial Cells) ส่งผลให้ชั้น Intima ซึ่งประกอบด้วยเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด (Smooth Muscle Cells) และ Extracellular Matrix ถูกเปิดเผย กระบวนการดังกล่าวจะกระตุ้นการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและการก่อตัวของลิ่มเลือด (Thrombus Formation) ภายในหลอดเลือดหัวใจ[15]

เมื่อเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดหัวใจจะทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจกับปริมาณออกซิเจนที่ได้รับนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เกิดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial necrosis) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[1,15]

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาศัยการประเมินร่วมกันของอาการทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการตรวจระดับ Cardiac Biomarkers โดยเฉพาะ Cardiac Troponin ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความจำเพาะสูงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ[7,12] โดยเกณฑ์สำคัญในการวินิจฉัยมีดังต่อไปนี้ 1) อาการทางคลินิก (Clinical Symptoms) ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกลักษณะคล้ายถูกกดทับหรือบีบรัดบริเวณกลางหน้าอก อาการมักเป็นนานมากกว่า 15–20 นาที และอาจร้าวไปบริเวณแขนซ้าย ไหล่ซ้าย คอ ขากรรไกร หรือหลัง นอกจากนี้อาจพบอาการร่วมอื่น เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หรือเป็นลมได้ 2) การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram: ECG) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นการตรวจสำคัญในการวินิจฉัย โดยเฉพาะในผู้ป่วย ST-segment elevation myocardial infarction (STE-MI) ซึ่งพบการยกตัวของ ST segment (ST-segment elevation) ใน leads ที่สัมพันธ์กับบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ดังนี้ (1) ST-segment elevation ใน leads V2–V3 ≥ 2 มม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 1.5 มม. ในผู้หญิง และ (2) ST-segment elevation ≥ 1 มม. ใน limb leads หรือ chest leads อื่นที่ไม่ใช่ V2–V3 การเปลี่ยนแปลงของ ST-segment ดังกล่าวบ่งบอกถึงการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลันและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วน 3) การตรวจ cardiac biomarkers การตรวจระดับ cardiac troponin (cTn) เป็นตัวบ่งชี้ที่มีความจำเพาะสูงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะพบระดับ troponin เพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 99th percentile upper reference limit แนวปฏิบัติในปัจจุบันแนะนำให้ตรวจ high-sensitivity cardiac troponin I (hs-cTnI) หรือ high-sensitivity cardiac troponin T (hs-cTnT) โดยตรวจเลือดที่เวลา 0, 1 และ 3 ชั่วโมง เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการและลักษณะ ECG จำเพาะ สามารถเริ่มการรักษาได้ทันทีโดยไม่จำเป็นต้องรอผล troponin 4) การตรวจทางภาพ (Cardiac Imaging) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) สามารถช่วยประเมินความผิดปกติของการเคลื่อนไหวผนังหัวใจ

(regional wall motion abnormality) ซึ่งสนับสนุนการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และช่วยประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือความผิดปกติของลิ้นหัวใจได้

เกณฑ์กำหนดผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI

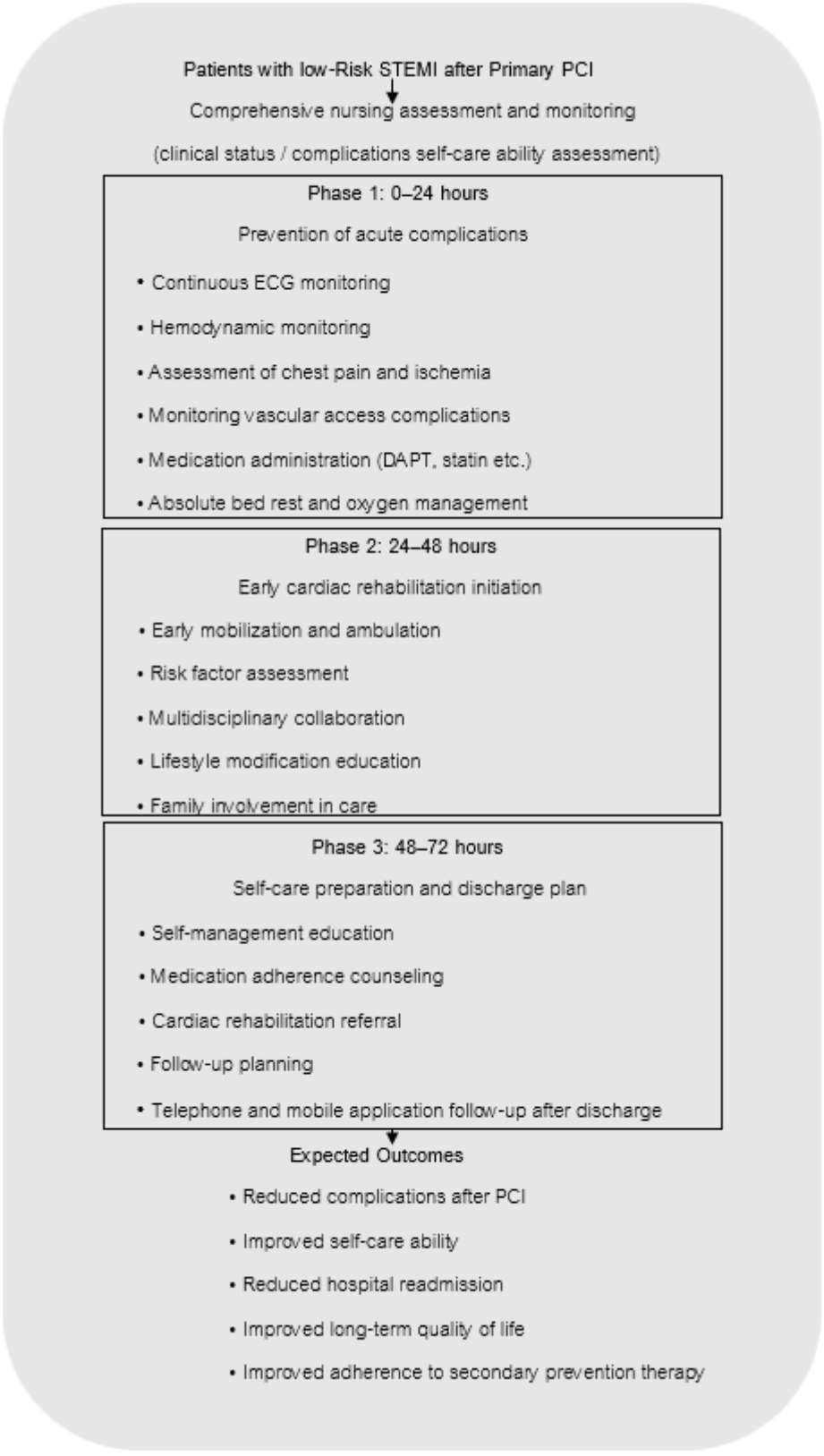
ผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI สามารถพิจารณา early discharge ได้ตามเกณฑ์ที่แนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติสากล เช่น ESC Guidelines for Acute Coronary Syndromes และ ACC/AHA guideline จากการศึกษาพบว่าการจำหน่ายผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำภายใน 72 ชั่วโมง หลังการทำ Primary PCI มีความปลอดภัยและไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ[16] โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI สำเร็จ และมีการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับ TIMI flow grade III ซึ่งหมายถึงการไหลเวียนของเลือดผ่านหลอดเลือดหัวใจได้อย่างสมบูรณ์และมีอัตราการไหลเป็นปกติ[10,16] 2) อายุ ≤ 75 ปี[16] 3) สัญญาณชีพคงที่ (hemodynamically stable) และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีนัยสำคัญทางคลินิก[10,16] 4) ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยมักอยู่ในระดับ Killip class I[10,16] 5) มีค่าการบีบตัวของหัวใจ (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) มากกว่าร้อยละ 40[10,16] 6) ไม่มี Multivessel coronary artery disease ที่จำเป็นต้องได้รับการทำ revascularization เพิ่มระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล[10,16] 7) ไม่มีโรคร่วมสำคัญหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ[16] 8) ไม่มีข้อห้ามในการได้รับยากลุ่ม Dual Antiplatelet Therapy (DAPT) และสามารถให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง[16]

เครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Clinical Assessment Tools)

การประเมินความเสี่ยงและการติดตามภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย STEMI เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI การใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานสามารถช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินความรุนแรงของโรค คาดการณ์ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เครื่องมือประเมินที่นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI มีดังนี้

1. Killip classification เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ Killip class I ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว, Killip class II มีเสียง crackles หรือ S3 gallop, Killip class III มีภาวะ pulmonary edema, และ Killip class IV มีภาวะ cardiogenic shock ผู้ป่วยที่จัดอยู่ใน Killip class I มักเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและสามารถพิจารณาการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นภายหลังการรักษาด้วย Primary PCI[12]

2. TIMI risk score เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์หัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย acute coronary syndrome โดยพิจารณาปัจจัยทางคลินิกหลายประการ เช่น อายุ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ ระดับ cardiac biomarkers คะแนนที่ต่ำบ่งชี้ถึง



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI โดยกรอบแนวคิดนี้บูรณาการการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ระยะ ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน การเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะแรก และการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการสังเคราะห์แนวทางเวชปฏิบัติและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI สามารถสรุปบทบาทพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแล พร้อมแหล่งอ้างอิงของหลักฐานที่สนับสนุน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI

Phase	Nursing intervention	Evidence source
0–24 hours	· Admitting patient to CCU/ICCU · Performing continuous ECG monitoring · Monitoring vascular access complications after PCI	· ESC Guidelines for ACS (2023)
24–48 hours	· Early mobilization and initiation of cardiac rehabilitation · Risk factor assessment and lifestyle modification	· ESC Guidelines for ACS (2023) · AHA Cardiac Rehabilitation Statement (2024) · Rehabilitation studies [32-33]
48–72 hours	· Providing self-care education · Discharge planning and medication counseling	· Transitional care studies [40-41] · Self-care behavior studies[17-19]
Post–discharge	· Follow-up and secondary prevention counseling	· ESC Guidelines for ACS (2023) · Continuity of care studies[41-44]

ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำซึ่งสามารถใช้ประกอบการพิจารณาการจำหน่ายผู้ป่วยแบบเร็ว (early discharge) ได้ [7,12]

3. CRUSADE bleeding risk score เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือได้รับการทำ PCI โดยพิจารณาปัจจัย เช่น อายุ ระดับความดันโลหิต ค่า hematocrit และการทำงานของไต การประเมินความเสี่ยงของภาวะเลือดออกมีความสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการติดตามภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำหัตถการ[23]

เครื่องมือประเมินดังกล่าวสามารถช่วยให้พยาบาลสามารถจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และช่วยกำหนดแผนการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย STEMI หลังทำ Primary PCI

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยงต่ำ

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำหลังทำ Primary PCI สามารถแบ่งการพยาบาลที่สำคัญออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤต (0–24 ชั่วโมง) การเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการจัดการปัจจัยเสี่ยง (24–48 ชั่วโมง) และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (48–72 ชั่วโมง) ดังแสดงในรูปที่ 1

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (Orem's Self-Care Theory) ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่ำ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[17] การศึกษาพบว่าโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาตามแนวคิดนี้สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ[17-19] นอกจากนี้ แนวทาง ACC/AHA focused update guideline (2024) ยังเน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อเข้าสู่โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะ secondary prevention เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดเหตุการณ์หัวใจและหลอดเลือดซ้ำในระยะยาว[20]

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวังในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย STEMI หลังทำ Primary PCI ได้ โดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จนถึงระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่

ระยะที่ 1 ระยะเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (0–24 ชั่วโมง)

1. บทบาทพยาบาลในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ภายหลังการรักษาด้วย Primary PCI ผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU/ICCU) เพื่อการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด โดยมีการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินภาวะการไหลเวียนโลหิต[12] ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วย (Assessment) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยการซักประวัติและรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อ

ส่งเสริมความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ จากนั้นทำการตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาพยาธิสภาพและความผิดปกติทางด้านร่างกาย รวมทั้งประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค นอกจากนี้ยังพิจารณาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง[1] ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมทางจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย[21] 2) การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลนำข้อมูลและปัญหาที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยมาวิเคราะห์และกำหนดแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่คาดหวังของการรักษา[1,12]

2. บทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการรักษาซึ่งเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและภาวะแทรกซ้อนบริเวณตำแหน่งหลอดเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการสวนหัวใจ[7,12] ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพ และการประเมินตำแหน่งหลอดเลือดที่ใช้ในการทำหัตถการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะแรกและให้การดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที 1) การประเมินสัญญาณชีพประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพื่อประเมินความคงที่ของระบบไหลเวียนโลหิตและภาวะการให้ออกซิเจนต่อกล้ามเนื้อหัวใจ[1,21] 2) การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจประเมินและเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องด้วย EKG Monitor เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและการเปลี่ยนแปลงของ ST Segment แนวทางปัจจุบันแนะนำให้ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการในผู้ป่วย STEMI เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ[1,12] หากพบความผิดปกติควรรายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาได้อย่างทันท่วงทีในทางปฏิบัติการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยระบบ EASI 12-Lead Monitoring ช่วยให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของ ST Segment ได้อย่างต่อเนื่องและใกล้เคียงการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 Leads แบบ Real-Time ส่งผลให้ตรวจพบภาวะฉุกเฉินทางหัวใจและให้การรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น 3) การประเมินอาการเจ็บหน้าอกประเมินอาการเจ็บหน้าอก โดยใช้หลัก PQRST ได้แก่ P (Precipitating And Relieving Factors) ปัจจัยที่กระตุ้นหรือบรรเทาอาการปวด Q (Quality) ลักษณะของอาการปวด R (Region And Radiation) ตำแหน่งและการร้าวของอาการปวด S (Severity) ความรุนแรงของอาการปวด และ T (Time) ระยะเวลาและความถี่ของอาการปวด ร่วมกับการใช้ Pain Scale และสังเกตอาการแสดงร่วม เช่น สีหน้าแสดงความเจ็บปวด การเกร็งของกล้ามเนื้อ หรืออาการกระสับกระส่าย[1,21] 4) การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads และตรวจซ้ำทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกพร้อมรายงานแพทย์เพื่อร่วมประเมินภาวะลิ่มเลือดอุดตันบริเวณขดลวดค้ำยัน (Stent Thrombosis) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ[7,12]

ตารางที่ 2 เป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวังในแต่ละระยะของการดูแล

ระยะการดูแล	เป้าหมายการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง
ระยะที่ 1 ระยะเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (0–24 ชั่วโมง)	เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหลัง Myocardial Infarction และหลัง PCI	1. ผู้ป่วยมี Hemodynamic Stability (BP, HR Stable) 2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น Cardiogenic Shock, Ventricular Arrhythmia, Acute Heart Failure 3. อาการเจ็บหน้าอกลดลงหรือหายไป 4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Vascular Access เช่น Bleeding หรือ Hematoma 5. ได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง โดยไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีนัยสำคัญทางคลินิก
ระยะที่ 2 ระยะเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (24–48 ชั่วโมง)	เริ่ม Early Cardiac Rehabilitation และส่งเสริมการฟื้นตัว	1. ผู้ป่วยสามารถเริ่ม Early Mobilization ได้อย่างปลอดภัย 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้โดยไม่เกิด Myocardial Ischemia หรือ Clinically Significant Arrhythmia 3. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมพื้นฐาน เช่น นั่ง ลุก และเดินระยะสั้นได้อย่างปลอดภัย 4. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
ระยะที่ 3 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (48–72 ชั่วโมง)	เตรียมความพร้อมด้าน Self-Care และ Secondary Prevention	1. ผู้ป่วยมี Clinical Stability และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2. ผู้ป่วยเข้าใจการใช้ยา เช่น Dual Antiplatelet Therapy 3. สามารถสังเกตอาการเตือนของ Myocardial Ischemia ได้ 4. มีแผน Follow-Up และ Cardiac Rehabilitation 5. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

5) การเฝ้าระวังภาวะ Cardiogenic Shock ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณของการไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง เช่น มือเท้าเย็น ผิวหนังซีดชื้น และอาการหอบเหนื่อย ร่วมกับการติดตามค่าทางสรีรวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ ค่าความดัน SBP น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือ MAP น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และระดับแลคเตทในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 มิลลิโมลต่อลิตร[22] หากตรวจพบความผิดปกติควรรายงานแพทย์ทันที 6) การพักบนเตียง ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรให้ผู้ป่วยพักบนเตียง (Bed Rest) เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ลดภาระการทำงานของหัวใจและส่งเสริมการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ[1] 7) การประเมินภาวะเลือดออกประเมินภาวะเลือดออก และ Hematoma บริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการ (Puncture Site) อย่างใกล้ชิด[12] โดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง เช่น CRUSADE Bleeding Risk Score ซึ่งช่วยประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ PCI หรือ Dual Antiplatelet Therapy[23] 8) การจัดท่าผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายโดยยกศีรษะ 15–30 องศา และแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวของอวัยวะข้างที่ทำหัตถการ กรณีที่ทำหัตถการผ่าน Femoral Artery หลีกเลี่ยงการงอขาข้างที่ใส่ท่อนำสายสวน[24] และกรณีที่ทำหัตถการผ่าน Radial Artery หลีกเลี่ยงการงอหรือการเคลื่อนไหวข้อมือและแขนข้างที่ทำหัตถการ[25] 9) การประเมินภาวะ Arterial Occlusion ประเมินอาการปวด ชา ผิวหนังเย็น ซีด และชีพจรส่วนปลาย และประเมินชีพจรส่วนปลาย กรณีที่ทำหัตถการผ่านหลอดเลือดแดงขาหนีบ (Femoral Artery Puncture) ประเมินชีพจรบริเวณหลังเท้า ได้แก่ Dorsalis Pedis Pulse และ Posterior Tibial Pulse[24] และกรณีที่ทำหัตถการผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ (Radial Artery Puncture) ประเมิน Radial Pulse และ Ulnar Pulse โดยบันทึกระดับความแรงของชีพจร ดังนี้ S = Strong (แรง), W = Weak (เบา), A = Absent (คลำไม่ได้)[24-25] 10) การเฝ้าระวังภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินและติดตามอาการของ Heart Failure โดยเฉพาะในผู้ป่วย Anterior Wall STEMI ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบากขณะออกแรง ภาวะคั่งของสารน้ำ รวมทั้งอาการแสดงทางคลินิก เช่น เสียงกรอบแกรบที่ปอด (Rales) หลอดเลือดดำที่คอโป่งและภาวะน้ำท่วมปอด[26] การประเมินอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 11) การดูแลความสุขสบายผู้ป่วย ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและดูแสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การขับถ่าย การเช็ดตัวบนเตียง การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพช่องปาก[18] 12) การให้ยาตามแนวทางการรักษามาตรฐาน ผู้ป่วย STEMI หลังทำ Primary PCI มักได้รับยาตามแนวทางการรักษามาตรฐาน ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือดแบบคู่ (Dual Antiplatelet Therapy) ยาลดไขมันกลุ่ม Statins ยากลุ่ม Beta-Blockers และยากลุ่ม ACE Inhibitors หรือ Angiotensin Receptor Blockers (ARB) เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซ้ำลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย[7,12]

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์หัวใจและหลอดเลือดซ้ำในระยะยาว[1] เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและมีสภาวะทางคลินิกคงที่ การดูแลจะเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (24–48 ชั่วโมง)

1. บทบาทพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Risk Assessment And Patient Education) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสมนอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและป้องกันการเกิดเหตุการณ์หัวใจและหลอดเลือดซ้ำในอนาคต 1) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ในการให้ความรู้ผู้ป่วย (Digital Health and Artificial Intelligence In Patient Education) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และ ปัญญาประดิษฐ์สามารถช่วยสนับสนุนบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่องรวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากการให้ความรู้แบบดั้งเดิมแล้ว ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยเทคโนโลยีเสมือนจริง เช่น Virtual Reality (VR) และ Augmented Reality (AR) สามารถใช้จำลองสถานการณ์เพื่ออธิบายพยาธิสรีรวิทยาของโรคผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพและวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง[27-29] นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและให้คำแนะนำด้านสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล รวมถึงการเตือนการรับประทานยาการติดตามอาการและการสนับสนุนการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง[30-31] การประยุกต์ใช้ AI ในการให้ความรู้ผู้ป่วยจึงช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว 2)การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Cardiac Rehabilitation And Life Style Modifications) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 (Phase I Cardiac Rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูในระยะพักรักษาในโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายอย่างปลอดภัยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยเพิ่มสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะที่ 1 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย การฝึกหายใจและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยในช่วง 24–48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยสามารถเริ่มฝึกยืนและเดินในระยะสั้นภายใต้การ

ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด[32-33] ซึ่งมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำในอนาคต[7,12] 3) การสนับสนุนด้านจิตสังคมและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย (Psychosocial Support And Patient Counseling) ผู้ป่วย STEMI มักเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[34] ดังนั้นการสนับสนุนด้านจิตสังคมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หลายการศึกษาพบว่า โปรแกรมด้านจิตวิทยา เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้[37-38] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจรวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ดีขึ้น[34-36]2. บทบาทในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Collaboration With The Healthcare Team) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ เพื่อร่วมวางแผนการรักษา การจัดการด้านยา และการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การสื่อสารและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น[1,12] นอกจากนี้การนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์(Electronic Health Records: EHRs)มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ร่วมกับการจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ยังช่วยสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผนการดูแล และการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้มีรายงานว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ[39] เมื่ออาการของผู้ป่วยมีความคงที่การดูแลจะมุ่งเน้นไปที่การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (48–72 ชั่วโมง)

1. บทบาทในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง (Discharge Planning And Transitional Care) 1) การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายในระยะเริ่มต้น (Early Mobilization And Physical Activity) ในช่วง 48–72 ชั่วโมง หลังการรักษา ผู้ป่วยที่มีสภาวะทางคลินิกคงที่สามารถเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวภายในหอผู้ป่วยหรือบริเวณทางเดินของหอผู้ป่วย ประมาณ 20–30 นาทีต่อครั้ง วันละ

3–5 ครั้ง ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพยาบาลให้การสนับสนุนและเฝ้าระวังอาการระหว่างการเดินหรือการทำกิจกรรม เพื่อประเมินความทนทานต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วย รวมทั้งติดตามสัญญาณชีพและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น[33] การเพิ่มกิจกรรมทางกายในระยะนี้มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Discharge Education) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยพยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจติดตามตามนัด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[7,12] เป็นการให้ความรู้รายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 15–40 นาที ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมแบบ Meta-Analysis พบว่าการให้ความรู้ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลสามารถเพิ่มอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยได้[40] 3) การติดตามผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพทางไกล (Remote Monitoring And Telehealth Follow-Up) การนำเทคโนโลยีการติดตามผู้ป่วยจากระยะไกล เช่น อุปกรณ์สวมใส่ (Wearable Devices) และเซนเซอร์ตรวจวัดสัญญาณชีพ ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามสัญญาณชีพ ระดับกิจกรรมทางกาย และอาการของผู้ป่วยได้จากระยะไกล การส่งข้อมูลแบบเรียลไทม์ช่วยให้สามารถตรวจพบสัญญาณเตือนล่วงหน้าของภาวะหัวใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจหรือความดันโลหิต และสามารถให้คำแนะนำหรือปรับแผนการดูแลได้อย่างทันท่วงที ซึ่งช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[41] 4) การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันสุขภาพบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Mobile Health: mHealth) การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพบนอุปกรณ์เคลื่อนที่เป็นเทคโนโลยีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล[1] โดยช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและให้การสนับสนุนจากระยะไกลได้อย่างต่อเนื่อง แอปพลิเคชันดังกล่าวประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้แบบมัลติมีเดียเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเครื่องมือสำหรับติดตามข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้เทคโนโลยี mHealth ยังช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามสัญญาณชีพ ตรวจสอบความร่วมมือในการรับประทานยา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลโรคและช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[42-43] 5) การพยาบาลต่อเนื่องและการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย (Extended Nursing Care And Referral System) การพยาบาลต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่ายจาก

โรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการวางแผนและประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลในเครือข่าย เช่นโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อให้มีการติดตามอาการและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และจัดเตรียมเอกสารความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมดังกล่าวแก่ ผู้ป่วย ตลอดจนให้ข้อมูลช่องทางการติดต่อของหน่วยงานหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง[44]

นอกจากนี้ พยาบาลควรจัดเตรียมข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญ เช่น สรุปการรักษา แผนการใช้ยา แนวทางการติดตามอาการและคำแนะนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งต่อให้กับหน่วยบริการปลายทาง การดำเนินการดังกล่าวช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ลดความคลาดเคลื่อนในการรักษา และช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยงต่ำภายหลังได้รับการรักษาด้วย Primary PCI สามารถแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ระยะเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาวะผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในแต่ละระยะของการรักษา การเฝ้าระวังอาการและการติดตามสภาวะทางคลินิกอย่างใกล้ชิดในระยะแรก ช่วยให้สามารถตรวจพบภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระยะแรกและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะที่การส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองในระยะยาว นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีสุขภาพ และการพยาบาลต่อเนื่องยังมีส่วนสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ดังนั้น การพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย STEMI low-risk ภายหลังได้รับการรักษาด้วย Primary PCI อย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย และปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการติดตามผู้ป่วยและการป้องกันโรคในระยะยาว

องค์ความรู้จากบทความนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย STEMI กลุ่มเสี่ยงต่ำในบริบทของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและปรับปรุงคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล

References

1. Shan Y, Chen J, Zhou S, Wen G. Nursing interventions and care strategies for patients with coronary heart disease: a comprehensive review. Gal Med J. 2023;12:e2994. doi:10.31661/gmj.v12i.2994.

2. Wan T, Wang C, Shi J, Wu S. Effect of nursing process-based nursing decision implementation on emergency patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction. BMC Nurs. 2025;24(1):125. doi:10.1186/s12912-025-02698-6.

3. Dimala CA, Reggio C, Changoh M, Donato A. Trends and disparities in CAD and AMI in the United States from 2000 to 2020. JACC Adv. 2024;3(12):101373. doi:10.1016/j.jacadv.2024.101373.

4. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson C, Arora P, Avery CL, et al. 2024 heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. Circulation. 2024;149(8):e347-913.

5. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Summary of illness report 2023. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023. 70 p. [in Thai].

6. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2022. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2022. 104 p. [in Thai].

7. Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Clinical practice guideline for acute coronary syndrome 2020. Bangkok: Heart Association of Thailand; 2020. [in Thai].

8. Champasri K, Srimahachota S, Chandavimol M, Udayachalerm W, Thakkinstian A, Sookananchai B, et al. Door-to-device time and mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention: insight from real-world data of Thai PCI registry. Cardiovasc Diagn Ther. 2023;13(5):843-54.

9. Mills EHA, Møller AL, Engstrøm T, Folke F, Pedersen F, Køber L, et al. Time from distress call to percutaneous coronary intervention and outcomes in myocardial infarction. JACC Adv. 2024;3(7):101005. doi:10.1016/j.jacadv.2024.101005.

10. Grines CL, Marshall JJ. Early discharge after ST-segment elevation myocardial infarction: the days are getting shorter. J Am Coll Cardiol. 2021;78(25):2561-2.

11. Marbach JA, Alhassani S, Chong AY, MacPhee E, Le May M. A novel protocol for very early hospital discharge after STEMI. Can J Cardiol. 2020;36(11):1826-9.

12. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-826.

13. Arman A, Attar A, Izadpanah P, Bahja H, Jeihooni AK. Enhancing self-care in post-MI patients: a family-supported educational in

tervention based on the theory of planned behavior. BMC Cardiovasc Disord. 2025;25(1):511. doi:10.1186/s12872-025-04960-w.

14. Libby P. The changing landscape of atherosclerosis. Nature. 2021;592(7855):524-33. doi:10.1038/s41586-021-03392-8.

15. Mlynarska E, Czarnik W, Fularski P, Hajdys J, Majchrowicz G, Stabrawa M, et al. From atherosclerotic plaque to myocardial infarction—the leading cause of coronary artery occlusion. Int J Mol Sci. 2024;25(13):7295. doi:10.3390/ijms25137295.

16. Khaled S, Jaha N, Shalaby G, Niazi AK, Alhazmi F, Alqasimi H, Ruzaizah RA, Haddad M, Alsabri M, Kufiah H. Early discharge (within 24-72 h) in low-risk AMI patients treated with PCI: feasibility and safety-Hajj study. Egypt Heart J. 2020;72(1):1-7.

17. Mohebi Z, Bijani M, Alkamel A, Dehghan A, Karimi S. The impact of an educational discharge program based on Orem's self-care model on lifestyle, hope, and treatment adherence in coronary angioplasty patients: a randomized controlled clinical trial. BMC Res Notes. 2025;18:105. doi:10.1186/s13104-025-07164-9.

18. Zhu T, Liu H, Han A, Gu H, Li X. Orem's self-care to treat acute coronary syndrome after PCI helps improve rehabilitation efficacy and quality of life. Am J Transl Res. 2021;13(4):2752-62.

19. Chaichana N, Siripitayakunkit A, Duangbubpha S. Effectiveness of the self-care support program for people with acute coronary syndrome: a quasi-experimental study. Pac Rim Int J Nurs Res. 2024;28(4):855-71. doi:10.60099/prijnr.2024.268880.

20. Kleiman NS, Tamis-Holland JE, Bittl JA, Brindis RG, Brown TM, Curtis JP, et al. 2024 ACC/AHA focused update of the guideline for the management of acute coronary syndromes. J Am Coll Cardiol. 2024;83(9):e179-276.

21. Alkhaqani AL, Ali BRM. Holistic nursing care for acute myocardial infarction patients: an evidence-based approach. Am Res J Nurs Health Sci. 2023;1(1):8-18.

22. Sinha SS, Morrow DA, Kapur NK, Kataria R, Roswell RO. 2025 concise clinical guidance: an ACC expert consensus statement on the evaluation and management of cardiogenic shock: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol. 2025;85(16):1618-41.

23. Thiruchelvam K, Chun Xin JT, Law WK, Lee LF, Liew XB, Le Lim J, et al. Bleeding risk assessment tools for patients with myocardial infarction: a comparative review and clinical implications. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2025;23(6):287-301. doi: 10.1080/14779072.2025.2520827.

24. Charoensin C, Srichai R. Research synthesis to develop nursing practice guidelines for assessment before femoral artery sheath removal in patients undergoing percutaneous coronary intervention with manual compression. Songkhla: Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University; 2021.

25. Pratheepmonnong M, Chuaybun S, Naramanchakit N. Nursing care of patients undergoing transradial cardiac catheterization: a case study. Thai J Cardio-Thorac Nurs. 2019;30(2):2-14 [in Thai].

26. Liang J, Zhang Z. Predictors of in-hospital heart failure in patients with acute anterior wall ST-segment elevation myocardial infarction. Int J Cardiol. 2023;375:104-9. doi:10.1016/j.ijcard.2023.02.019.

27. García-Bravo S, Cano-de-la-Cuerda R, Domínguez-Paniagua J, Campuzano-Ruiz R, Barreñada-Copete E, López-Navas MJ, et al. Effects of virtual reality on cardiac rehabilitation programs for ischemic heart disease: a randomized pilot clinical trial. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(22):8472. doi:10.3390/ijerph17228415.

28. Saab MM, Hegarty J, Murphy D, Landers M. Incorporating virtual reality in nurse education: a qualitative study of nursing students' perspectives. Nurse Educ Today. 2021;105:105045.

29. Menon SS, Holland C, Farra S, Wischgoll T, Stuber M. Augmented reality in nursing education: a pilot study. Clin Simul Nurs. 2022;65:57-61.

30. Liaw SY, Tan JZ, Lim S, Zhou W, Yap J, Ratan R, et al. Artificial intelligence in virtual reality simulation for interprofessional communication training: mixed method study. Nurse Educ Today. 2023;122:105718.

31. Van Bulck L, Couturier R, Moons P. Applications of artificial intelligence for nursing: has a new era arrived. Eur J Cardiovasc Nurs. 2023;22(3):e19-20.

32. Dibben GO, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. Eur Heart J. 2023;44(6):452-69.

33. Miao X, Jiang H, Huang X, Zheng Y, Jin S, Wang R. Randomized trial of early exercise rehabilitation and its effects on patients with acute coronary syndrome. Sci Rep. 2024;14(1):26289. doi:10.1038/s41598-024-77108-z.

34. Chang Z, Guo AQ, Zhou AX, Sun TW, Ma LL, Gardiner FW, et al. Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. Aust J Rural Health. 2020;28(2):124-31. doi:10.1111/ajr.12587.

35. Zambrano J, Celano CM, Januzzi JL, Massey CN, Chung WJ, Millstein RA, et al. Psychiatric and psychological interventions for depression in patients with heart disease: a scoping review. J Am Heart Assoc. 2020;9(22):e018686.

36. Pizga A, Kordoutis P, Tsikrika S, Vasileiadis I, Nanas S, Karatzanos E. Effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety, sleep and quality of life for patients with heart failure and coronary heart disease: a systematic review of clinical trials 2010-2020. Health Res J. 2021;7(3):123-41. doi:10.12681/healthresj.27572.

37. Li YN, Buys N, Ferguson S, Li ZJ, Sun J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based

interventions on health outcomes in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. World J Psychiatry. 2021;11(11):1147-62.

38. Moradi M, Akbari M, Alavi M. The effect of cognitive-behavioral therapy on death anxiety and depression in patients with heart failure: a quasi-experimental study. Perspect Psychiatr Care. 2022;58(4):2791-9. doi:10.1111/ppc.13125.

39. Matheny ME, Ricket I, Goodrich CA, Shah RU, Stabler ME, Perkins AM, et al. Development of electronic health record-based prediction models for 30-day readmission risk among patients hospitalized for acute myocardial infarction. JAMA Netw Open. 2021;4(1):e2035782. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.35782.

40. Kourbelis CM, Marin TS, Foote J, Brown A, Daniel M, Coffee NT, et al. Effectiveness of discharge education strategies versus usual care on clinical outcomes in acute coronary syndrome patients: a systematic review. JBI Evid Synth. 2020;18(2):309-31.

41. Alshahrani NS, Hartley A, Howard J, Hajhosseiny R, Khawaja S, Seligman H, et al. Randomized trial of remote assessment of patients after an acute coronary syndrome. J Am Coll Cardiol. 2024;83(23):2250-9. doi:10.1016/j.jacc.2024.03.398.

42. Bashi N, Varnfield M, Karunanithi M. A smartphone app for patients with acute coronary syndrome (MoTER-ACS): user-centered design approach. JMIR Form Res. 2020;4(12):e17542. doi:10.2196/17542.

43. Zhu Y, Zhao Y, Wu Y. Effectiveness of mobile health applications on clinical outcomes and health behaviors in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Sci. 2024;11(2):258-75. doi:10.1016/j.ijnss.2024.03.012.

44. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, Rab T, Tamis-Holland JE, Alexander JH, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2025;151(13):e771-862. doi:10.1161/CIR.0000000000001309.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

มณีวรรณ สุวรรณมณี* ศรีสุดา วิจะสิกะ** ทาริกา นิลประเสริฐ*** กัญญดา ประจุศิลป**** นรลักขณ์ เอื้อกิจ*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal & Johnson และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 12 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย: พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{x}$=7.32, SD=5.30) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}$=1.92, SD=4.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยส่งผลให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีขึ้น ทั้งในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและก่อน-หลังการทดลอง จึงควรนำไปใช้เพื่อลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในสถานพยาบาล

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลรูปธรรม-ปรนัย/พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม/ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 53-65

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, หัวหน้าแผนกศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

E-mail: suwan.ma9@gmail.com

** หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

*** พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

THE EFFECT OF A CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION PROGRAM ON FALL PREVENTION BEHAVIORS AMONG HOSPITALIZED ADULT PATIENTS, SIKARIN HOSPITAL, HAT YAI

Maneewan Suwanmanee* Srisuda Wijasika** Tharika Nilprasert*** Gunyadar Prachusilpa**** Noraluk Ua-kit*****

ABSTRACT

Purpose: To examine the effects of a Concrete-Objective Information (COI) program on fall prevention behaviors among adult patients hospitalized at Sikarin Hospital, Hat Yai.

Design: A two-group pretest-posttest quasi-experimental design.

Methods: The participants consisted of male and female adult patients admitted in Sikarin Hospital, Hat Yai, with the sample size determined using G*Power. Participants were divided equally into an experimental group and a control group. The experimental group received the Concrete-Objective Information program based on Leventhal & Johnson's self-regulation theory, while the control group received standard nursing care. Fall prevention behaviors were measured using a validated 12-item questionnaire (Content Validity Index = 1.00, validated by three experts). Data were analyzed using descriptive statistics, and differences in fall prevention behaviors between the two groups were compared using an independent t-test.

Results: Post-intervention, the experimental group showed significantly higher fall prevention behaviors ($\bar{x}$= 7.32, SD = 5.30). compared to the control group ($\bar{x}$ = 1.92, SD = 4.39) at a significance level of $p < .001$. Within the experimental group, post-intervention scores were significantly higher than pre-intervention scores ($p < .001$)

Conclusion: The COI program significantly improved fall prevention behaviors compared to both standard care and baseline levels. These findings suggest that the program can be effectively implemented to enhance patient safety and reduce fall incidents in hospital settings.

Keywords: Concrete-Objective Information/Fall prevention behaviors/Adult patients

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 53-65

Article info: **received November 18 , 2025; revised March 9, 2026; accepted April 14, 2026**

* Corresponding Author, Head of Heart Center, Sikarin Hospital Hat Yai

E-mail: suwan.ma9@gmail.com

** Head of Medical-Surgical Ward, Sikarin Hospital Hat Yai

*** Infection Control Nurse (ICN), Sikarin Hospital Hat Yai

**** Assoc. Prof., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

***** Asst Prof, Faculty of Nursing, kasetsart University

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.4

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลกโดยเฉพาะปัญหา “การพลัดตกหกล้ม” ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ องค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงถึง 684,000 คนต่อปี นอกจากนี้ องค์กร JCI (Joint Commission International) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)[2] ได้กำหนดให้การป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ (International Patient Safety Goals: IPSG) และเป็นหนึ่งในเป้าหมาย 2P Safety Hospital ของประเทศไทย

จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality)[3] ในปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดการพลัดตกหกล้มประมาณ 170,192 คนต่อปี ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 23.30 บาดเจ็บปานกลางร้อยละ 1.80 บาดเจ็บรุนแรงร้อยละ 0.4 และเสียชีวิตร้อยละ 0.10 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวเรศ ก้านมะลิ[4] ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล พบว่า สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2559 – 2561 มีจำนวน 6,7 และ 9 ครั้ง หรือคิดเป็น 0.14 0.18 และ 0.22 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ โดยอุบัติการณ์กระจายทั่วทุกแผนกในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากอาการหน้ามืดขณะลุกยืนหรือเดินมากที่สุด

การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล สูญเสียการเคลื่อนไหวหรือมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว อาจพิการหรือเสียชีวิต[1] มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และความน่าเชื่อถือ ชื่อเสียงของสถานพยาบาล จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality)[5] พบว่าการพลัดตกหกล้มมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย คือ มีการฉีกขาดของผิวหนังช้ำ ผิวหนังเปิด มีก้อนช้ำเลือดบวมร้อยละ 34.30 ภาวะกระดูกหักร้อยละ 11.20 มีแผลฉีกขาดที่ต้องได้รับการเย็บแผลร้อยละ 6.60 ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 2.60 และมีภาวะกระดูกเคลื่อน ร้อยละ 0.60 ตามลำดับนอกจากผลกระทบด้านร่างกาย การพลัดตกหกล้มยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น มีผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และผลกระทบที่สำคัญของสถานพยาบาล[3] คือความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยต่อผู้รับบริการลดลง รวมทั้งการสูญเสียชื่อเสียงและความเชื่อมั่นในการรับบริการของประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรม[2,4,5,6] พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน (Intrinsic Factors)[4,5] คือ สาเหตุที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ พยาธิสภาพของโรค ประวัติการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน ภาวะเจ็บป่วยช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาวะโรคร่วมช่วงเข้ารับการรักษา ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ความผิดปกติต่อการรับรู้ ท่าทางการเดินที่ผิดปกติ ความบกพร่องในการมองเห็น เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factors)[2,6] เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการ

พลัดตกหกล้ม ได้แก่แสงสว่างไม่เพียงพอ ช่วงเวลาพื้นต่างระดับ พื้นลื่น พื้นรองเท้า ภายในห้องน้ำไม่มีอุปกรณ์ช่วยยึดจับ รวมทั้ง การได้รับยาหลายชนิด และผู้ป่วยที่เข้าห้องน้ำบ่อย[8,10]

โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดสงขลา มีเตียงผู้ป่วยใน จำนวน 200 เตียง มีการกำหนดนโยบายมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก จากการรายงานของคณะกรรมการความเสี่ยงปี 2562 – 2566 พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในจำนวน 40 ราย ซึ่งอุบัติการณ์กระจายทุกแผนก และทุกช่วงเวลาทั้งเช้าและดึก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง เช่น มีรอยช้ำ ศีรษะบวมโน ปวดตามอวัยวะต่างๆ เช่น แขน ขา สะโพก และระดับปานกลางคือต้องรับการเย็บแผลที่ศีรษะ และต้องสังเกตอาการเพิ่มเติม ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ในขณะที่โรงพยาบาลมีแนวทางการประเมินและคัดกรอง รวมถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มใช้อยู่แล้วแต่รูปแบบการให้ข้อมูลอาจยังขาดความเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหานี้จึงสนใจนำแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal & Johnson มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การกระทำและพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเน้นการสร้างภาพรู้คิด (Cognitive Representation) ผ่านการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม (Concrete) และปรนัย (Objective) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัย ลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

1.พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2.พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 18- 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่

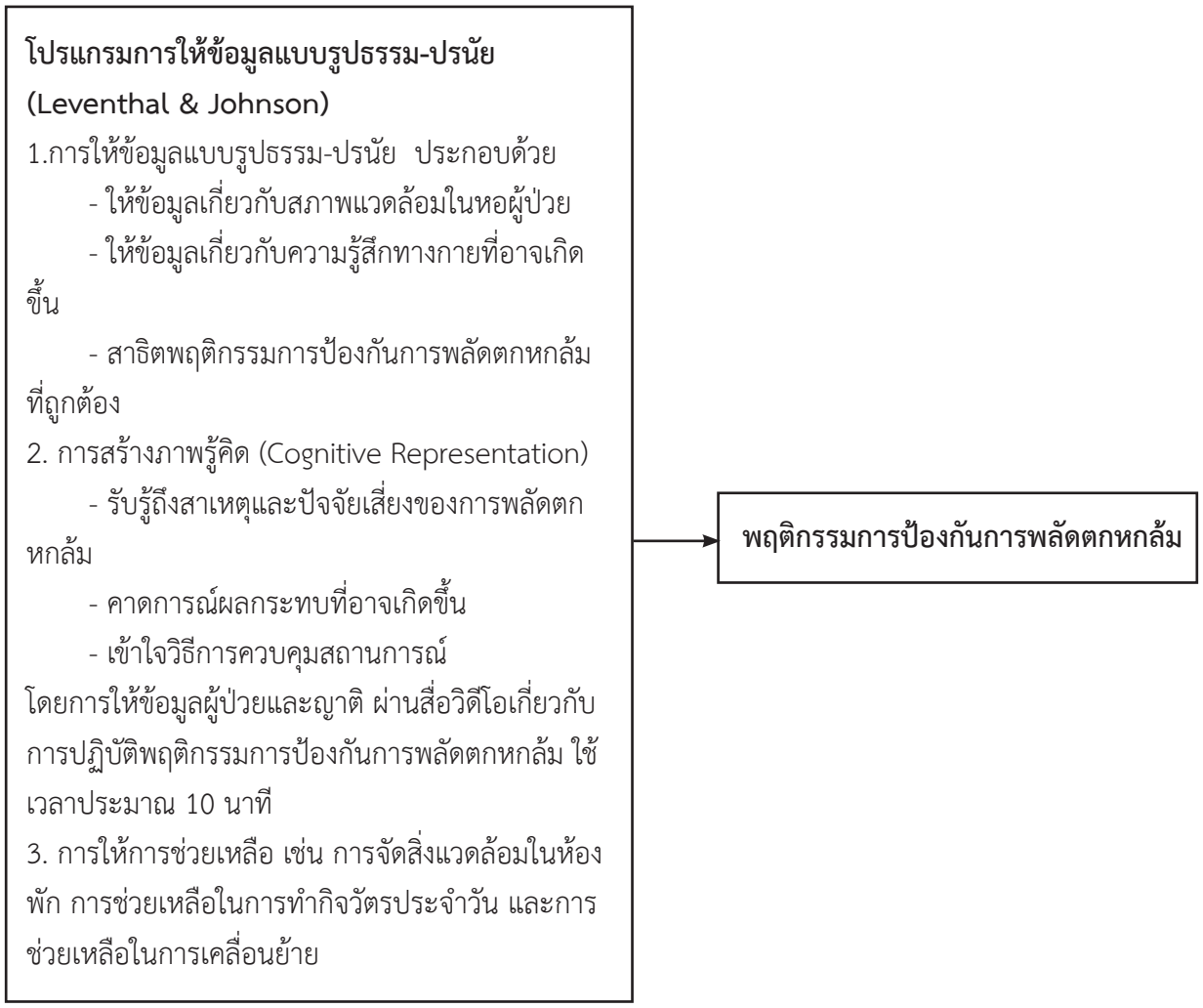
กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1.ผู้ป่วยที่แพทย์ไม่จำกัดการลุกเดิน

2.สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและมีการรับรู้สติสัมปชัญญะปกติ

3.ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในใบยินยอม

4.ไม่มีโรคติดเชื้อที่ต้องแยกกักตัวตามมาตรฐานการควบคุมโรค



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อน 2 วัน หรือขอย้ายสถานพยาบาล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากการศึกษาของ กัมภีร์ พิมพ์พิลา[8] ซึ่งคำนวณได้กลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันภาวะการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Attrition Rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ผู้วิจัยใช้ปัจจัยช่วงอายุในการจับคู่ (Matching) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดก่อนเริ่มการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน Leventhal & Johnson เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาพรู้คิด (Cognitive Representation) ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 1) สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม” ความยาว 10 นาที เป็นการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม (Concrete Information) ผ่านภาพและเสียงจำลองสถานการณ์ความเสี่ยง อุบัติการณ์จริง และผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและตระหนักถึงความเสี่ยง 2) แผ่นพับและคู่มือ เรื่อง “วัคซีนกันล้ม” เป็นการให้ข้อมูลแบบปรนัย (Objective Information) เนื้อหาประกอบด้วย ข้อเท็จจริง สาเหตุ และขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างเป็นลำดับขั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัวปัญหาเกี่ยวกับสายตา การได้ยิน การเดินและการทรงตัว ประวัติการพลัดตกหกล้ม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน, ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน, และไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน คะแนนเต็ม 36 คะแนน การแปลผลคะแนน 29-36 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงระดับดีมากความเสี่ยงต่ำ 19 - 28 คะแนนหมายถึง พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงระดับปานกลาง ปฏิบัติได้บ้าง ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่ม และ 12 - 18 คะแนน พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงระดับต่ำ มีเสี่ยงสูง ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด การพลัดตกหกล้มสูงระดับดีมาก ความเสี่ยงต่ำ 19 - 28 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงระดับปานกลาง ปฏิบัติได้บ้าง ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่ม และ 12 - 18 คะแนน พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงระดับต่ำ มีเสี่ยงสูง ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-Out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยเลขที่ 660224/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 29 เมษายน 2567 ถึง 28 เมษายน 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และลงนามในหนังสือแสดงความเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยใน โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุมในวันแรกที่เข้ารับการรักษาผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Pre-Test) ภายใน ห้องพักผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ในตอนเย็นของวันที่สองของการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำอีกครั้ง (Post-Test)

กลุ่มทดลองในวันแรกที่เข้ารับการรักษาผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Pre-Test) ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรม COI เป็นรายบุคคล โดยเน้นให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม (Involvement) เริ่มจากการรับชมวีดิทัศน์ผ่านแท็บเล็ต ความยาว 10 นาที พร้อมการอธิบายประกอบจากผู้วิจัย มอบแผ่นพับและคู่มือ “วัคซีนกันล้ม” เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ผลกระทบ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติใช้ทบทวนขั้นตอนปฏิบัติระหว่างการพักรักษาตัว ในตอนเย็นของวันที่สองของการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำอีกครั้ง (Post-Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคลนำเสนอด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมร้อยละ 56 และกลุ่มทดลองร้อยละ 48 มีอายุเฉลี่ย 36.02 ปี (SD = 15.12) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 29–39 ปี ในด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวร้อยละ 20 ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาสายตา (กลุ่มควบคุมร้อยละ 44 และกลุ่มทดลองร้อยละ 28) ขณะที่ปัญหาการทรงตัวพบร้อยละ 12–16 สำหรับประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบร้อยละ 12–16 โดยสาเหตุหลักเกิดจากการก้าวพลาด (ร้อยละ 50–75) และการเดินสะดุดหรือลื่นล้ม ซึ่งส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บในลักษณะแผลฟกช้ำและแผลถลอกมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (n=50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	44	13	52
หญิง	14	56	12	48
อายุ				
18 – 28 ปี	7	28	9	36
29 – 39 ปี	5	20	9	36
40 – 50 ปี	9	36	6	24
51 – 59 ปี	4	16	1	4
อายุเฉลี่ย 36.02 ปี	(SD = 15.12)			
โรคประจำตัว				
มี	5	20	5	20
ไม่มี	20	80	20	80
มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา				
มี	11	44	7	28
ไม่มี	14	56	18	72

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาการได้ยิน				
มี	0	0	1	4
ไม่มี	25	100	24	96
มีปัญหาเกี่ยวกับการเดินและการทรงตัว				
มี	4	16	3	12
ไม่มี	21	84	22	88
มีประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 1ปี ที่ผ่านมา				
มี	4	16	3	12
ไม่มี	21	84	22	88
ผลการจากพลัดตกหกล้ม				
ไม่ได้รับบาดเจ็บ	1	25	1	25
ฟกช้ำ	1	25	1	25
แผลถลอก	2	50	1	25
กระดูกหัก	0	0	1	25
สาเหตุของการพลัดตกหกล้ม				
เดินสะดุด	1	25	0	0
ลื่นล้ม	1	25	1	25
ก้าวพลาด	2	50	2	75

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มภายในกลุ่มทดลอง จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเชิงรูปธรรมและวัตถุวิสัย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 6.89$, $p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนน $\bar{x}$= 7เท่ากับ 7.32 (SD = 5.30) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	SD	$\overline{d\ x}$	$\overline{d}$ SD	t	p
หลังให้โปรแกรม	32.92	3.42	7.32	5.30	6.89	.001
ก่อนให้โปรแกรม	25.60	6.08				

*p < .001

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต่าง (Mean Difference) ของพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{x}$ = 7.32,SD = 5.30) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 1.92, SD = 4.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	7.32	5.30	3.91	.001
กลุ่มควบคุม	1.92	4.39		

*p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x}$ = 7.32, SD = 5.30) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายในกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลแบบรูปธรรม (Concrete Information) การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่แสดงภาพเหตุการณ์และเสียงจำลอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดภาพรู้คิดด้านอารมณ์ (Emotional Response) รับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงที่จับต้องได้จริงตามแนวคิดของ Leventhal & Johnson[1] ทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการหกล้มเป็นเรื่องใกล้ตัวและน่ากลัว ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สูงกว่าการได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียว และการให้ข้อมูลแบบปรนัย (Objective Information) โดยการเสริมด้วยแผ่นพับและคู่มือ “วัคซีนกันล้ม” ยังช่วยสร้างภาพรู้คิดด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Representation) โดยให้ข้อมูลที่เป็นขั้นตอน วิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยรู้วิธีจัดการกับความเสี่ยง (Coping) อย่างถูกต้อง เกิดความรู้ความจำความเข้าใจจากการได้รับข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความเข้าใจในความทรงจำ เนื่องจากการใช้ภาพหรือสื่อวิดิโอทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ มีทัศนคติที่ดีเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มไปในทิศทางที่พึงประสงค์ Leventhal & Johnson[1] ที่ว่าการให้ข้อมูลที่ตรงไปตรงมาและเห็นภาพชัดเจนจะลดความวิตกกังวลและเพิ่มพูนการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะรัตน์ สวนกูล[9] ที่พบว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และการฝึกอบรมทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรมนอกจากนี้การดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ (Critical Success Factor) เนื่องจากในบริบทสังคมไทยญาติคือผู้เฝ้าไข้หลัก การที่ญาติได้รับข้อมูลพร้อมกับผู้ป่วยทำให้เกิด “ระบบเตือนภัยคู่ขนาน” ที่ช่วยกำกับพฤติกรรมผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเนียม และคณะ[10] ที่พบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้นอกจากนี้ จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ($\bar{x}$ = 7.32, SD = 5.30) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}$ = 1.92, SD = 4.39) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายในกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากมีการอธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดหรือมีทัศนคติที่ดี ให้ความสนใจต่อกิจกรรมในการให้ข้อมูลและเข้าใจในสถานการณ์มากขึ้นจากการได้ดูวิดิโอและทบทวนข้อมูลจากคู่มือ ส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะรัตน์ สวนกูล[9] ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยมีการจัดฝึกอบรมตามโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข พร้อมให้ดูคลิปวิดีโอโปรแกรมออกกำลังกาย และใช้สื่อ Line Application พบว่า ผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai Fall Risk Assessment Tool: Thai-FRAT) ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและเกิดความตระหนักพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย เน้นการให้ข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นรูปธรรม (Concrete Communication Skills) เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการให้ข้อมูลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งควรกำหนดให้มีการนำสื่อแบบรูปธรรม-ปรนัย เช่น วีดิทัศน์ และ คู่มือมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ Orientation แก่ผู้ป่วยใหม่ทุกคน แทนการแนะนำด้วยปากเปล่า จะทำการให้ข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิแห่งเดียวอาจมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้อ้างอิงในบริบทของโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีความแออัดแตกต่างกัน

2. การวัดผลเป็นการประเมินพฤติกรรมในระยะสั้นขณะอยู่โรงพยาบาลยังขาดการติดตามผลความคงทนของพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารและฝ่ายการพยาบาลควรนำรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือนี้ ไปกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลในการรับผู้ป่วยใหม่ (Admission care) เพื่อลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล และสร้างภาพลักษณ์ความปลอดภัยให้กับองค์กร

2. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรนำรูปแบบการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เช่น การใช้วีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเมื่อแรกรับเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

3. ควรสนับสนุนให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในโปรแกรมการให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยทางระบบประสาท หรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกเพื่อดูประสิทธิผลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2. ศึกษาติดตามผลในระยะยาว หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาจากคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันมีค่ายิ่ง ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ที่ให้การสนับสนุนคณะผู้วิจัย และขอขอบคุณ พว.สมศรี ฤชุตระกูล ผู้อำนวยการสถาบันฝึกอบรมศิครินทร์อะคาเดมี ผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) ระหว่างทั้งสองสถาบัน จนนำมาสู่ความสำเร็จของโครงการวิจัยนี้

References

1.World Health Organization (WHO). Falls [internet].2021.[cited 2024 Apr 5]. Available from:http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/falls

2.Kanmali Y. The development of nursing services model to prevent falls in hospitalized patients. J Nurs Div. 2021;48(1):1-19. [in Thai]

3.Matthew R. Patient falls while under supervision: trends from incident reporting. Br J Nurs. 2023;32(11):508-13. doi:10.12968/bjon.2023.32.11.508.

4.Nualdaisri S, Piboon S, Thongkrajai S. Factors influencing falls among in-patients at a regional hospital in Bangkok metropolis. J Health Res Dev. 2020;13(3):45-58. [in Thai]

5.Thasuwaninth T. Falls in the elderly. J Public Health Res. 2018;5(2):119-31. [in Thai]

6.Rattanapan W. Factors affecting falls among older adults in Health Region 6. Chonburi: Health Promotion Center Region 6, Department of Health; 2022. [in Thai].

7.Kamphira K. The effects of a self-regulation promoting program on anxiety, practices, and knee range of motion among patients with total knee arthroplasty. J Nurs Health Sci. 2020;14(2):107-18. [in Thai].

8.Suankool P. Effectiveness of fall prevention programs for elderly in rural community. J Phrae Hosp. 2023;31 (1):27-42. [in Thai]

9.Thongniam W, Rattanapan J, Srihirun P. The effects of an enhancing health literacy program with family participation on health literacy, caregivers, fall prevention behaviours, and balance of older adults. [in Thai].

10.Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field model of managing emotional responses. In: Masters JC, Yarkin-Levin K, editors. Boundary areas in social and developmental psychology. New York: Academic Press; 1983. p. 272-99.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงต่อความพึงพอใจของผู้ดูแล

ธัญญพัทธ์ นิธิชัยพัฒนากิจ* วณัฐธมนต์ เจริญสิงห์** นันทนา ยะแสง*** กัญญดา ประจุศิลป**** นรลักขณ์ เอื้อกิจ*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลศิครินทร์กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลอายุ 20 ปีขึ้นไปที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการสำคัญในการมาโรงพยาบาลด้วยไข้สูงอุณหภูมิกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิแรกรับที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็กแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ที่มีไข้สูงตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและของเด็กที่มีไข้สูง แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลเด็กที่มีไข้สูงโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 5.182$, $p < 0.5$)

สรุป: โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กที่มีไข้สูงเกิดความพึงพอใจสูงขึ้น ผู้บริหารการพยาบาลควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงนี้ไปอบรมพยาบาลเด็กเพื่อนำไปสอนญาติหรือผู้ดูแลเด็กที่มีไข้สูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก/ ไข้สูง/ ความพึงพอใจของผู้ดูแล

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 66-76

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ,หัวหน้าพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ
E-mail : thanyaphat.190725@gmail.com
** หัวหน้าพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยสูตินรีเวช โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ
*** หัวหน้าพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

EFFECT OF A PARTICIPATION PROGRAM IN CARING FOR CHILDREN WITH HIGH FEVER ON CAREGIVERS' SATISFACTION

Thanyaphat Nithichaipattanakit* Vanattamon Jaroensing** Nuntana Yasaeng***
Gunyadar Prachusilpa****, Noraluk Ua-Kit *****

ABSTRACT

Purpose: To study the effect of a participation program in caring for children with high fever on caregiver satisfaction in the pediatric ward,Sikarin hospital,Bangkok

Design: This quasi-experimental research posttest-only with nonequivalent groups design.

Methods: The sample consisted of caregivers aged 20 years and older responsible for children admitted to the pediatric ward of Sikarin hospital, Bangkok, with a chief complaint of high fever (body temperature above 38.5 degrees Celsius), Participants were assigned to an experiment group and a control group, with 24 participants in each. The experimental group received the participation program for caring for children with high fever, developed based on caregiver participation concepts and literature review, while the control group received conventional nursing care. Research instruments included a demographic questionnaire for caregivers and children, and a caregiver satisfaction questionnaire. The satisfaction questionnaire was validated by 3 experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

Results: The mean satisfaction score of caregivers in the group receiving the participation program was significantly higher than that of the group receiving conventional nursing care at the .05 level of significance. ($t = 5.182$, $p < 0.5$)

Conclusion: The participation program for caring for children with high fever effectively increased caregiver satisfaction. Therefore, nursing administrators should implement this program in pediatric nurse training to enable nurses to effectively educate family members or caregivers of children with high fever.

Keywords: Participation in caring for children/ High fever/ Caregiver's satisfaction

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 66-76

Article info: **received August 7 , 2024; revised November 21, 2025; accepted February 25, 2026**

* Corresponding Author, Head nurse of Pediatric ward of Sikarin hospital, Bangkok.
E-mail: thanyaphat.190725@gmail.com
** Head nurse of obstetrics & gynecology ward of Sikarin hospital, Bangkok.
*** Head nurse of internal medicine ward of Sikarin hospital, Bangkok.
**** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
***** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.5

บทนำ

ภาวะไข้ในเด็ก (Fever) หมายถึง ภาวะที่เด็กมีอุณหภูมิกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ซึ่งมักเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อหรือการอักเสบในร่างกายอาการที่พบได้แก่ ตัวร้อน เหงื่อออก ซึม หนาวสั่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย และร้องกวน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอาจก่อให้เกิดอันตรายคือ ภาวะชักจากไข้สูง (Febrile convulsion) โดยมักพบในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สมองกำลังมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว หากเกิดการชักและมีการเจ็บป่วยทางระบบประสาทอาจส่งผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กและผู้ดูแล[1]

จากสถิติ ในปี 2565 โรงพยาบาลศิครินทร์ มีผู้ป่วยเด็กกลุ่มอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการไข้สูง จำนวน 1,943 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการสำคัญลำดับต้นๆในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก จากการทบทวนปัญหาในการดูแลรักษา พบว่า ประเด็นความไม่พึงพอใจของผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่เข้าใจในกระบวนการพยาบาล เช่น ข้อสงสัยว่าเหตุใดพยาบาลจึงเช็ดตัวแรง เช็ดบ่อย หรือใช้เวลานาน รวมถึงการวัดไข้ที่บ่อยครั้ง[2] ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการสื่อสารและการขาดการมีส่วนร่วม โดยพบว่าพยาบาลมักไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอและไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมหรืออยู่เคียงข้างบุตรหลานขณะทำหัตถการ เนื่องจากกังวลว่าเด็กจะไม่ให้ความร่วมมือ

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver Participation) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลเด็กป่วย การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมจะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงต่อภาวะชักจากไข้สูง ลดความเครียดและความวิตกกังวลจากการแยกจาก ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ในขณะเดียวกันผู้ดูแลจะเกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลบุตรและยังคงบทบาทการเป็นผู้บริบาลเด็กได้แม้ในขณะอยู่โรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเปรียบเสมือนแหล่งข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลประเมินอาการได้อย่างแม่นยำรวดเร็วและวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[3] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจในการใช้บริการพยาบาล[4]ที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง[5]

แม้ในปัจจุบันจะมีรูปแบบการดูแลเด็กที่มีไข้สูงหลากหลายวิธีแต่เนื่องจากภาวะไข้สูงถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องให้การดูแลทันทีทำให้การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ยังคงมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติทันที ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปป์[6] ซึ่งระบุว่าการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมในการดูแลทางการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมที่มากหรือน้อยเกินความต้องการอาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ปกครองได้[7] ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในระดับที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ดูแล

จากเหตุผลดังกล่าวการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงต่อความพึงพอใจของผู้ดูแล ณ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิครินทร์จะสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (The Posttest - Only with nonequivalent groups design)[8] เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงต่อความพึงพอใจของผู้ดูแล มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ดูแลเด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กด้วยอาการสำคัญ (Chief Complaint) คือมีไข้สูงอุณหภูมิกายแรกรับมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Of Test) ที่ 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.80[9] (Power Of Test) ที่ 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.80[9] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ T - Test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One - Tailed Test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง[10] ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดและแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจัดกลุ่มตามช่วงเวลา (Blockassignment) โดยจัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัย 24 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 24 คนถัดมาเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria):

ด้านผู้ดูแล: 1) อายุ 20 ปีขึ้นไปมีประสบการณ์ดูแลเด็กตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักตลอดระยะเวลาที่เด็กพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนจำหน่าย 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี (ฟัง พูด อ่าน เขียน) 4) มีความยินดีเข้าร่วมวิจัย 5) มีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชัน Line หรือ YouTube ได้

ด้านผู้ป่วยเด็ก: 1) อายุ 6 เดือนถึง 5 ปี 2) ไข้สูงอุณหภูมิแรกรับมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส 3) รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเด็ก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):

1) ผู้ดูแลที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ 2) ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้สูงจากโรคประจำตัวที่ซับซ้อนหรือเรื้อรัง (เช่นเนื้องอกในสมอง มะเร็ง ความผิดปกติของไฮโปทาลามัส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) 3) ผู้ป่วยเด็กที่ส่งต่อไปรักษาที่อื่นหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อน 3 วัน

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 1 ในวันแรกที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
- สร้างสัมพันธภาพและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล (ใช้เวลา10นาที) ซึ่งประกอบด้วยการวัดไข้ให้ทุก 1 ชั่วโมง จนไข้ลดลงหลังจากนั้นวัดไข้ทุก 4 ชั่วโมง การเช็ดตัวลดไข้เมื่อไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส และติดตามวัดไข้หลังจากเช็ดตัว 30 นาที การดูแลป้อนยา ลดไข้ให้ตามแผนการรักษาของแพทย์
- แนะนำการสังเกตอาการไข้ การวัดไข้ การประเมินไข้ และอาการนำของภาวะชักจากไข้สูง ตามเนื้อหาคู่มือ “ลูกน้อยมีไข้ ทำยังไงดี” และผู้วิจัยจะมอบคู่มือไว้ให้เพื่อให้ผู้ดูแลช่วยสังเกตอาการหากพบว่ามีอาการให้รีบกดออดแจ้งพยาบาลทันที (กิจกรรมการมีส่วนร่วมด้านการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที
- แนะนำการใช้วิธีเสริมในการช่วยลดไข้เช่น กระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำบ่อยๆ การสวมเสื้อผ้าโปร่งสบาย ไม่ห่มผ้าหนาเกินไป (กิจกรรมการมีส่วนร่วมด้านการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ในวันที่ 2 ของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
- ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการวัดไข้ป้อนยาลดไข้เช็ดตัวลดไข้ให้แก่เด็กก่อนเด็กได้รับกิจกรรมแล้วให้สาธิตย้อนกลับ (กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
- ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพูดคุยให้กำลังใจกับเด็กในการรับประทานยาลดไข้ ผู้วิจัยสอนเทคนิคการป้อนยาลดไข้กับผู้ดูแลอยู่ด้วยขณะป้อนยาและให้ผู้ดูแลเลือกที่จะเป็นผู้ป้อนยาลดไข้ให้เด็กเองเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้องและนำเทคนิคกลับไปใช้ต่อเมื่อกลับบ้านหรือมีการเจ็บป่วยครั้งถัดไป (กิจกรรมการมีส่วนร่วมด้านการดูแลที่เกี่ยวกับการพยาบาล) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ในวันที่ 3 ของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
- สอนและสาธิตเกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้การฝึกทักษะเมื่อผู้ป่วยมีภาวะชัก โดยให้ผู้ดูแลแสกน QR code บนคู่มือ “ลูกน้อยมีไข้ทำยังไงดี” และมีส่วนร่วมด้วยการสาธิตย้อนกลับ (กิจกรรมการมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
- แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว เช่นการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำเวลามีไข้ การจัดสภาพแวดล้อมเมื่ออยู่ที่บ้าน
- แนะนำการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องรีบมาพบแพทย์ (กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง)

→ **ความพึงพอใจของผู้ดูแล**

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลของเชปป์[6] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) คู่มือ“ลูกน้อยมีไข้ ทำยังไงดี” ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องอาการไข้สูง สาเหตุ การวัดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ ภาวะชักจากไข้ การดูแลเมื่อเด็กชัก อาหารที่เหมาะสม ข้อควรปฏิบัติและข้อห้าม และอาการที่ต้องรีบพบแพทย์ 2) สื่อวิดีโอสาธิตการสอนและสาธิตการเช็ดตัวลดไข้และการปฐมพยาบาลเมื่อเด็กชักเข้าถึงได้ผ่านการสแกน QR Code บนคู่มือเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนได้ด้วยตนเอง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลของเด็กป่วย 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลเด็กที่มีไข้สูงผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนุเจริญกุล[11] ที่พัฒนาตามแนวคิดของแมคแดเนียล[12] ครอบคลุม 3 องค์ประกอบได้แก่(1) ความห่วงใยเอื้ออาทร (2) การเข้าถึงบริการ (3) ความสามารถเชิงวิชาชีพ จำนวนข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจต่อการพยาบาลเด็กที่มีไข้สูงน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลเด็กที่มีไข้สูง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านกุมารเวชศาสตร์และการพยาบาลเด็ก จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) เท่ากับ 1.0 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (CVI > 0.80)[10]

การตรวจความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 092/67 โครงการวิจัยเลขที่ 660223) วันที่รับรอง 29 เมษายน 2567 ถึง 28 เมษายน 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และลงนามในหนังสือแสดงความเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการวิจัย หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพมหานคร ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้จัดการหอผู้ป่วยเด็กเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยเด็กที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี

เพื่อทำหน้าที่ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรม ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งมีการสาธิตและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับ (Return Demonstration) จนมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนทุกขั้นตอน จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ดำเนินการในวันจันทร์ถึงศุกร์ ณ ห้องพักผู้ป่วยหอผู้ป่วยเด็กโดยแบ่งขั้นตอนการปฏิบัติในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้ 1) กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การวัดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ การติดตามอุณหภูมิร่างกายและการป้อนยาลดไข้ตามแผนการรักษาพร้อมมอบคู่มือ “ลูกน้อยมีไข้ ทำยังไงดี” ให้ผู้ดูแลศึกษาด้วยตนเองและแนะนำให้แจ้งพยาบาลทันทีหากสังเกตพบความผิดปกติพยาบาลให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการสังเกตอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์จากนั้นให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาลเด็กที่มีไข้สูง 2) กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 2 พยาบาลสอนและสาธิต เทคนิคการเช็ดตัวลดไข้และการป้อนยาลดไข้ที่ถูกวิธีจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมโดยการปฏิบัติจริงโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ป้อนยาลดไข้ให้เด็กด้วยตนเองภายใต้การดูแลของพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจในการนำทักษะไปใช้

วันที่ 3 พยาบาลทบทวนความรู้และฝึกทักษะเรื่องการเช็ดตัวลดไข้และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเด็กมีภาวะชักโดยให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอนตามคู่มือจากนั้นให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันโดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) และมีความสัมพันธ์เป็นบิดา - มารดาของผู้ป่วย (กลุ่มทดลองร้อยละ 87.5 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 95.8) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง คือ 38.58 ปี (SD = 12.73) และกลุ่มควบคุม คือ 34.75 ปี (SD = 5.71)

ข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองคือ 3.14 ปี (SD = 1.32) และกลุ่มควบคุม 2.18 ปี (SD = 1.38) ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า เด็กในกลุ่มทดลองเคยนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 79.2 และกลุ่มควบคุมเคยนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 70.8 โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.53 ครั้ง สำหรับประวัติการชัก พบว่า เด็กในกลุ่มทดลองเคยมีประวัติชักร้อยละ 12.5 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 4.2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.67, SD = 0.55) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}$ = 4.02, SD = 0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.182, p < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (n = 48)

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ	$\bar{x}$	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	4.67	0.55	5.182	< 0.001
กลุ่มควบคุม	4.02	0.51		

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลของเชปป์[6] ซึ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลทางการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมตัดสินใจ

การที่คะแนนความพึงพอใจผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีไข้สูงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการของโปรแกรมที่จัดให้มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบผ่านคู่มือ“ลูกน้อยมีไข้ทำยังไงดี”และสื่อวิดีโอ ควบคู่ไปกับการสอนแนะและการสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมสำคัญ เช่นการเช็ดตัวลดไข้ การวัดไข้และการป้อนยารวมถึงการเตรียมรับมือเมื่อเกิดภาวะชักกิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดช่องว่างของความรู้และความวิตกกังวลทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการดูแลบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เมื่อผู้ดูแลได้รับโอกาสให้เลือกปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การเลือกเป็นผู้ป้อนยาลดไข้จึงทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพไม่ใช่เพียงผู้สังเกตการณ์ นอกจากนี้การที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมี

ส่วนร่วมยังเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมการบริการที่เป็นเลิศตามองค์ประกอบความพึงพอใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล[11] กล่าวคือการถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะอย่างใกล้ชิดสะท้อนถึงความสามารถเชิงวิชาชีพ ในขณะที่การพูดคุย ให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้าง ขณะฝึกปฏิบัติสะท้อนถึงความห่วงใยเอื้ออาทร และการเข้าถึงบริการ จึงเกิดผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลเป็นความพึงพอใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล[11]

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลของการศึกษาก่อนนี้พบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในหอผู้ป่วยวิกฤตช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลของครอบครัวส่งผลให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น[13] เช่นเดียวกับการศึกษาที่ระบุว่าการเปิดโอกาสให้ครอบครัวรับรู้ข้อมูลและร่วมดูแลทำให้เกิดความเข้าใจและพึงพอใจในระบบบริการ[14] พบว่าการมีส่วนร่วมช่วยสร้างความหวัง กำลังใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอนำไปสู่ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดให้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการดูแลเด็กที่มีไข้สูง และควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะพยาบาลเด็กให้มีความเชี่ยวชาญในการสอนแนะและการสื่อสารเพื่อดึงศักยภาพของผู้ดูแลออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพควรนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation) ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะเฉพาะในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (RSV, Pneumonia) ที่ต้องมีการเคาะปอด ดูดเสมหะ หรือล้างจมูก เพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมในระยะยาว เช่น การติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่นอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Re - Dmission) ด้วยภาวะชักจากไข้สูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาจากคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันมีค่ายิ่งขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพมหานคร ที่ให้การสนับสนุนคณะผู้วิจัย และขอขอบคุณ พว.สมศรี ฤชุตระกูล ผู้อำนวยการสถาบันฝึกอบรมศิครินทร์อะคาเดมีผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันความร่วมมือทางวิชาการระหว่างทั้งสองสถาบัน จนนำมาสู่ความสำเร็จของโครงการวิจัยนี้

References

1. Rebecca FI. Understanding the pathophysiology behind febrile convulsions. Nurs Stand. 2015;27(2):20-23. Available from: https://doi.org/10.7748/ncyp.27.2.20.e497

2. Sikarin Hospital Quality Center. Statistics of pediatric patients with high fever. Bangkok: Sikarin Hospital; 2022. [in Thai].

3. Kristensson HI. Parental participation in pediatric surgical care. AORN J. 2000;71(5):1021-1033. Available from: https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61551-2

4. Boonroad S, Paktoop M, Pongjuturawit Y. Effects of family participation program on ability and satisfaction of caregivers for children with acute illness [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2010. [in Thai].

5. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. Nurs Res. 1975;24(1):45-52. Available from: https://doi.org/10.1097/00006199-197501000-00011

6. Schepp K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children. Unpublished manuscript. Seattle (WA): School of Nursing, University of Washington; 1995.

7. Schepp KG, Clark D. Parental differences between preferred and actual control over child's care. Commun Nurs Res. 1993;26:204.

8. Thato R. The posttest-only with non-equivalent groups. In: Thato R, editor. Nursing research concepts to application. 6th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. p. 199-201. [in Thai].

9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

10. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

11. Suwisith N, Hanucharurnkul S. Development of the patient satisfaction with nursing care questionnaire. Ramathibodi Nursing Journal. 2011;17(2):264-277. [in Thai].

12. McDaniel MA. Measuring the caring process in nursing: the Caring Behavior Checklist and the Client Perception of Caring Scale. In: Strickland OL, Dilorio C, editors. Measurement of nursing outcomes. 2nd ed. New York: Springer Publishing; 2003. p. 233-240.

13. Khawaraphruek S, Harnirattisai E, Thanasilp S. The effects of a family participation in caring program on intubated patient's suffering and their family's anxiety and satisfaction. Nurs J. 2014;41(1):96-108. [in Thai].2014;41(1):96-108. [In Thai]

14. Tangprakob T. Effects of nursing activities with family members' participation for patients using a respirator on nurses' empathic behavior [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017. [in Thai].

15. Chumjamras K, Singchungchai P. The effects

of a discharge planning program with family participation on caregivers' knowledge in caring for patients with tracheostomy and caregivers' satisfaction in the Eye, Ear, Nose and Throat Ward of Songkhla Hospital. Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(1):124-134. [in Thai].

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วย

อมรา พวงลำเจียก* พัชยา สวยสุขวิชา* วาสินี วิเศษฤทธิ์** ณธิดาทิพย์ ดาราช***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วย โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียว (วัดภายหลังการทดลอง)

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เตรียมเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 34 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะ คือ หลังผ่าตัด 7 วัน และ 1 เดือน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมเมื่อหลังผ่าตัด 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ชุดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย และร้อยละ) และการทดสอบค่าแบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent T-Test)

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเมื่อหลังผ่าตัด 1 เดือน มีความแตกต่างจากหลังผ่าตัด 7 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 4.61$, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 91.20

สรุป: โปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น รวมถึงมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อภายหลังการผ่าตัด 1 เดือน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ ผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 77-91

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: sasinee.w@chula.ac.th

*** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: nathidathip.d@chula.ac.th

THE EFFECT OF GIVING CARE INFORMATION PROGRAM FOR CATARACT PATIENTS UNDERGOING PHACOEMULSIFICATION WITH INTRAOCULAR LENS SURGERY ON SELF-CARE BEHAVIOR AND PATIENT SATISFACTION

Amara Puanglamjeak* Patchaya Suaysukvicha* Wasinee Wisesrith** Nathidathip Darach***

ABSTRACT

Purpose: To study the effect of giving care information program for Cataract patients undergoing Phacoemulsification with Intraocular lens surgery on self-care behavior and patient satisfaction, Sikarin Hospital, Bangkok.

Design: Quasi-experimental research with a one-group design (Post-test only)

Method: The samples were 34 patients selected by purposive sampling following inclusion criteria as follows Cataract patients, aged over 60, who were undergoing Phacoemulsification with Intraocular lens surgery at Sikarin Hospital, Bangkok, and they were received an intervention, the giving care information program for Cataract patients undergoing Phacoemulsification with Intraocular lens surgery, specifically developed by researchers for this study. The two data collection tools were applied 1) The self-care behavior assessment for cataract patients undergone Phacoemulsification with Intraocular lens surgery which was used to collect the data among samples in one-group time series design and evaluated a total of 2 times at 7 day and 1 month after surgery and 2) The patient satisfaction evaluation form which was used to collect and evaluate the satisfaction of samples after receiving the giving care information program at 1 month after surgery. Their CVI were 1.0, and their Cronbach's Alpha Coefficient were .84 and .80, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics (frequency and percentage) and Dependent T-Test.

Result: The mean score of self-care behavior among cataract patients undergone Phacoemulsification with Intraocular lens surgery after receiving the giving care information program at 1 month after surgery was significantly different from 7 day after surgery ($t = 4.61$, $p < .05$). Moreover, the patient satisfaction toward the giving care information program was highly satisfied (91.20%).

Conclusion: The use of the giving care information program for Cataract patients undergoing Phacoemulsification with Intraocular lens surgery resulted in improve of self-care behavior as well as the patient satisfaction toward the giving care information program was highly satisfied at 1 month after surgery, which were according to the hypothesis.

Keywords: self-care behavior/patient satisfaction/Phacoemulsification with Intraocular lens

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 77-91

Article info: **received May 10 , 2024; revised February 22, 2026; accepted March 24, 2026**

* Registered Nurse, Sikarin Hospital, Bangkok

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University,
E-mail: sasinee.w@chula.ac.th

*** Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University,
E-mail: nathidathip.d@chula.ac.th

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.6

บทนำ

ต้อกระจก (Cataract) คือภาวะเลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้ปิดกั้นแสงไม่ให้ผ่านทะลุเข้าไปในลูกตาได้ ทำให้การมองเห็นลดลง ต้อกระจกมักเกิดกับผู้สูงอายุ โดยสาเหตุหลักเกิดจากการเสื่อมตามวัยของโปรตีนซึ่งเป็นองค์ประกอบของเลนส์ตา และปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆที่ทำให้เกิดต้อกระจก เช่น คอเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน การขาดสารอาหาร สูบบุหรี่ ยาสเตียรอยด์ รังสียูวี การกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บที่ตา เป็นต้น โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization,WHO) ประเมินว่าทั่วโลกมีคนตาบอดประมาณ 35 - 40 ล้านคน โดยสาเหตุตาบอดเกิดจากต้อกระจกร้อยละ 53 ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม[1]

ตั้งแต่ปี 2013 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิสัยทัศน์ Right to Sight by the Year 2020 เพื่อตั้งเป้าลดความความชุกตาบอดของประชาชนโลกให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 ในระยะ ต่อมา WHO ได้กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพตาในระดับโลกอย่างต่อเนื่อง โดยภายในปี 2030 ตั้งเป้าหมายเพิ่มความครอบคลุมในการแก้ไขสายตาผิดปกติขึ้นร้อยละ 40 และเพิ่มความครอบคลุมของการผ่าตัดต้อกระจกที่มีประสิทธิภาพขึ้นร้อยละ 30[2] ซึ่งปัจจุบันพบว่า สถานการณ์ความชุกตาบอดในประเทศไทยมีร้อยละ 0.59 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายโดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากโรคต้อกระจก คิดเป็นร้อยละ 51.60[3] จากนโยบายและสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนไทย

ปัจจุบันการรักษาด้วยการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมมีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยมในปัจจุบันคือการผ่าตัดโดยวิธีสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Phacoemulsification with Intraocular lens) ทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กๆ โดยแผลผ่าตัดจะมีขนาดเล็กประมาณ 3 มิลลิเมตร ซึ่งมีการพัฒนาเลนส์แก้วตาเทียมชนิดนิ่มพับได้ ทำให้ไม่ต้องขยายแผลผ่าตัดเพื่อใส่เลนส์แก้วตาเทียม การผ่าตัดสลายต้อกระจกวิธีนี้จึงเป็นที่ยอมรับแพร่หลายมากขึ้น[1] แต่ถึงอย่างไรก็ตาม การผ่าตัดต้อกระจก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้เช่นในช่วง 2-7 วันแรกหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะความดันลูกตาสูง ภาวะเลือดในช่องหน้าม่านตา (Hyphema) ภาวะกระจกตาบวม (Bullous Keratopathy) ภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens dislocate) ภาวะเลือดออกในชั้น suprachoroidal (Expulsive hemorrhage) ภาวะจอตาหลุดลอก (Retinal detachment) และในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเกิดได้ร้อยละ 0.01 ส่งผลให้ตาที่ได้รับผลกระทบบอดได้[4] หลังการผ่าตัด ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ในการดูแลตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมให้รอยแผลหลังการผ่าตัดหายสนิทและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและการติดตามการรักษา ภายหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยการนัดพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยติดตามระยะการรักษาที่ 1 เดือน[5]

ซึ่งในระยะ 1 เดือนนี้จักษุแพทย์จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาติดตามอาการอย่างเคร่งครัด เพื่อประเมินแผลผ่าตัดและการมองเห็นเป็นระยะ อย่างไรก็ตาม การรักษา

โดยการผ่าตัดจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ถ้ามีการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคต้อกระจกของศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ จะได้รับเพียงคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกด้วยการแนะนำตามคู่มือการผ่าตัดต้อกระจกโดยพยาบาลซึ่งพบว่ารูปแบบและแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดังกล่าวมีข้อจำกัด เช่น วิธีการสื่อสารและการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน รวมถึงการให้คำแนะนำผู้ป่วยในแต่ละครั้งอาจสื่อสารได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีชุดการให้ข้อมูลเป็นคู่มือเพียงรูปแบบเดียว เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกจะใช้ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน ก่อนวันผ่าตัดต้อกระจกซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานและศูนย์ตาฯ ยังไม่มีการกำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการติดตามผู้ป่วยโรคต้อกระจกรายบุคคลในระหว่างการเตรียมผ่าตัด โดยมีเพียงการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อแจ้งกำหนดการก่อนถึงวันผ่าตัด 1 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มารับการรักษาคนเดียวโดยไม่มีญาติหรือผู้ติดตามมาด้วย โดยข้อจำกัดของรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกของศูนย์ตาฯ ดังกล่าว ส่งผลทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกว่า 206 ราย (พ.ศ.2566 – 2568) ต้องเลื่อนการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งไม่เพียงส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการรักษาล่าช้าออกไป

นอกจากนี้แนวทางการให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมต่อเนื่องถึงระยะที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมต่อเนื่องถึงระยะระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้แก่ ในวันผ่าตัดหลังจากที่ผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยจะสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยใน ประมาณ 2 - 3 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสามารถกลับบ้านได้หลังจากนั้นจักษุแพทย์จะนัดติดตามอาการ 1 วัน 7 วันและ 1 เดือนหลังผ่าตัด ซึ่งในระยะ 1 เดือนนี้จักษุแพทย์จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาติดตามอาการอย่างเคร่งครัด เพื่อประเมินแผลผ่าตัดและการมองเห็นเป็นระยะ อย่างไรก็ตามการรักษาโดยการผ่าตัดจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ถ้ามีการเตรียม ผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ไม่มีความพร้อมผ่าตัด ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยพบว่าการงดหรือเลื่อนผ่าตัดมีสาเหตุทั้งจากการเตรียมตัวไม่พร้อม การพร่องความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องซึ่งการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เป็นการดำเนินการที่มีขั้นตอน มีการประเมินความพร้อมตามแนวทางการเตรียมผ่าตัด การใช้สื่อวีดีทัศน์ในการสอนและให้ความรู้ตามลำดับ เป็นผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสนใจในการให้ความรู้การเตรียมผ่าตัดการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัดและความพึงพอใจแตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการเตรียมผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก ปฏิบัติตามรูปแบบ ร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจต่อสื่อการสอนการเตรียมผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือพึงพอใจต่อขั้นตอนในรูปแบบการเตรียม

ผู้ป่วยและพึงพอใจต่อแบบประเมินการเตรียมผู้ป่วย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุมและหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[7]

งานวิจัยข้างต้นสนับสนุนแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977)[8] ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวศึกษาในกลุ่มประชากรและบริบทที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมให้มีประสิทธิภาพมาตรฐานและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วย โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยส่งผลต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจก 7 วัน และ 1 เดือน มีความแตกต่างกัน

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลอยู่ในระดับมาก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ประชากร คือผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification) เป็นครั้งแรกแบบนัดหมายล่วงหน้า และเป็นผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยนอก (Elective-Day Case Surgery) ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง เป็นครั้งแรก แบบนัดหมายล่วงหน้า และเป็นผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ ในระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power3.1.9.7กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ .50 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power Of Test) เท่ากับ .80 ได้

โปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการความใส่ใจ (Attention)

ความใส่ใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญโดยผู้วิจัยจะทำการประเมินความแตกต่างของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแต่ละรายเพื่อจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ให้ได้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการจดจำ (Retention)

ผู้ป่วยสามารถจดจำสิ่งที่ตนเองสังเกตและไปเลียนแบบได้โดยผู้วิจัยออกแบบและจัดทำสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับการ เตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด พร้อมทั้งสาธิตให้ดู

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวอย่าง (Reproduction)

เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยสามารถแสดงออกมาเป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมเหมือนกับตัวแบบโดยผู้วิจัยให้ ผู้ป่วยฝึกลงมือปฏิบัติจริง เช่น การฝึกนอนคลุมโปง การเช็ดตา หยอดยา เป็นต้น ด้วยตนเองจนเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการการจูงใจ (Motivation)

โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหากปฏิบัติตนไม่ถูกต้องทั้งนี้ผู้วิจัยยังมีการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องคงอยู่อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่ต้องดูแลตนเองที่

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

ความพึงพอใจ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

้กลุ่มตัวอย่าง 27 คนจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการติดตามภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอัตราสูญหายระหว่างการติดตามอาการในช่วง6เดือนแรกหลังผ่าตัดร้อยละ20[8] ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถฟัง อ่าน เขียนและพูดสื่อสารภาษาไทยได้

2. เป็นการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมข้างใดข้างหนึ่งครั้งแรก และต้องไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกจากสถานพยาบาลอื่นมาก่อน

3. สามารถช่วยเหลือตัวเองและปฏิบัติตามคำแนะนำขณะเข้าร่วมการวิจัยได้

4. สามารถใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อเข้าถึงสื่อและ/หรือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[8] ครอบคลุมโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้อกระจก ประกอบด้วย 1) แผ่นพับ เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก 2) สื่อวิดิทัศน์ ซึ่งมีจำนวน 1 ชุด (ความยาวสื่อรวม 15 นาที) โดยจะแบ่งเป็น 3 ตอนตามลำดับแผนการรักษา ได้แก่ (1) เรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกโดยให้ผู้ป่วยดูสื่อวิดีทัศน์ในวันนัดมาเตรียมตัวก่อนผ่าตัด (2) เรื่องการปฏิบัติตัวในวันเข้ารับการผ่าตัดและ (3) เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยผู้ป่วยจะได้ดูในวันเปิดตาหลังผ่าตัด 1 วัน ซึ่งในแต่ละตอนของการเปิดสื่อวิดิทัศน์ให้ผู้ป่วยดูผู้ป่วยสามารถขอดูซ้ำรวมถึงสอบถามเพิ่มเติมกับพยาบาลผู้ให้คำแนะนำได้ 3) การให้คำแนะนำ จะแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ (1) วันนัดมาเพื่อเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัดเพื่ออธิบายถึงการเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด (2) วันผ่าตัดเพื่ออธิบายลำดับขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาในวันผ่าตัด และ (3) วันหลังผ่าตัดเพื่ออธิบายถึงการดูแลตนเองต่อเนื่องหลังการผ่าตัด 4) โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยตามการนัดหมาย มีการโทรศัพท์เพื่อยืนยันการนัดหมายในแต่ละกระบวนของการผ่าตัด 1 วันก่อนถึงวันนัด ได้แก่ การโทรศัพท์เพื่อนัดมาตรวจร่างกายสำหรับการผ่าตัดโดยในรายที่มีโรคประจำตัวจะเน้นย้ำเรื่องการงดน้ำงดอาหารเพื่อเจาะเลือด การโทรศัพท์เพื่อนัดมาผ่าตัด โดยเน้นเรื่องการเตรียมตัว เช่น การล้างหน้า สระผม และการโทรศัพท์เพื่อนัดติดตามการรักษาหลังผ่าตัด โดยเน้นย้ำเรื่องการไม่ให้บริเวณผ่าตัดถูกน้ำ หรือไม่เปิดผ้าปิดตาเอง เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยดัดแปลงจากปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และสุภัสรา อยู่สุข โดยประเมิน 2 ครั้ง คือ หลังผ่าตัดวันที่ 7 และ 1 เดือน

แบบประเมินมีทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบ่งระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ ระดับ 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง ระดับ 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง ระดับ 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง และ ระดับ 1 หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น การให้คะแนน แบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับมีคะแนนรวมระหว่าง 14 – 70 คะแนน การแปลผลคะแนน สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อกระจกหลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมคือ รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมหารด้วย 14 (จำนวนข้อคำถามทั้งหมด) ผลคะแนนจะอยู่ในช่วง 1 – 5 โดยคะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดในระดับสูง3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยให้ผู้ป่วยประเมินเมื่อหลังผ่าตัด 1 เดือนเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 10-50 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวความคิดการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยของเบสส์ (Best, 1977) สามารถแปลผลคะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 10 – 23.33 มีความพึงพอใจระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ 23.34 – 36.66 มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 36.67 ขึ้นไป มีความพึงพอใจระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โครงการวิจัยเลขที่ 660222 วันที่ รับรอง 4 เมษายน 2567 การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ โดยเปิดเผยและนำเสนอข้อมูลเฉพาะรูปแบบรายงาน สรุปผลในภาพรวมเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.โปรแกรมฯ และสื่อประกอบของโปรแกรม (แผ่นพับ และ วีดิทัศน์) ผู้วิจัยส่งเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเนื้อหาและความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหลังจากนั้นจึงทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าแล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริงวิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจักษุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index มากกว่า 0.80 (Polit & Beck,2006)

2.แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และ

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้ 1) แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 1.0 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเท่ากับ 1.0

แบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกและมีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขั้นเตรียมการทดลอง ทีมผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลศูนย์ตา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประชาสัมพันธ์และคัดกรองผู้ที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัย หากมีผู้สนใจเข้าร่วมงานวิจัยพยาบาลศูนย์ตา โรงพยาบาลในกรุงเทพจะส่งรายชื่อให้กับทีมผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อผู้ที่สนใจเพื่อนัดหมายเข้าพบทางทีมผู้วิจัยจะเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 4 ครั้ง คือ นัดครั้งที่ 1, 3, 4 และ 5 โดยนัดครั้งที่ 2 วันที่ทำการผ่าตัด ทางทีมผู้วิจัยจะไม่ได้พบผู้เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากในวันผ่าตัดต้องมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดหลายขั้นตอน

2.ขั้นดำเนินการทดลอง 1) นัดครั้งที่1 ผู้ป่วยมาตรวจร่างกายก่อนการผ่าตัดต้อกระจกผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องทำหัตถการศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ จะทำการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการดำเนินการวิจัยการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเพื่อพิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารข้อมูล คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมลงนามในการวิจัยหากผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัยผู้วิจัยจะให้เซ็นต์เอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยใช้เวลาประมาณ 5 ที หลังจากนั้นพยาบาลศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์กรุงเทพจะแจกแผ่นพับการ เตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต้อกระจกพร้อมกับอธิบายรายละเอียดตามลำดับเนื้อหาจากนั้นพยาบาลแนะนำการสแกน QR code เพื่อให้ผู้ป่วยดูสื่อวิดีทัศน์ตอนที่ 1 เรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก โดยดูผ่านแท๊บเล็ตที่ศูนย์ตาฯ จัดเตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 5 ที เมื่อ ผู้ป่วยดูวิดีทัศน์จบพยาบาลจะทบทวนคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและให้ผู้ป่วยได้ลองฝึกลงมือปฏิบัติจริงด้วยการสาธิตให้พยาบาลดูในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 2) นัดครั้งที่ 2 วันผ่าตัดพยาบาลศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพจะโทรศัพท์ติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนถึงวันนัดผ่าตัดเพื่อแจ้งเตือนกำหนดการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมาถึงพยาบาลจะเป็นผู้เตรียมผู้เข้าร่วมในห้องทำหัตถการโดยก่อนการหยอดยาขยายม่านตาผู้ป่วยจะได้ดูสื่อวิดีทัศน์

ตอนที่ 2 เรื่องการปฏิบัติตัวในวันเข้ารับการผ่าตัดโดยดูผ่านแท็บเล็ตที่ศูนย์ตาฯ จัดเตรียมไว้ ใช้เวลา ประมาณ 5 นาที 3) นัดครั้งที่ 3-5 เพื่อติดตามหลังผ่าตัดพยาบาลศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ จะโทรศัพท์ติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนถึงวันนัดโดยมีระยะการนัดติดตามอาการดังนี้ (1) นัดติดตามอาการ 1 วันหลังผ่าตัด (ครั้งที่ 3) พยาบาลศูนย์ตาฯจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยดูสื่อวิดีทัศน์ ตอนที่ 3 เรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดผ่านแท็บเล็ตที่ศูนย์ตาฯ จัดเตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 5 นาทีและให้ผู้ป่วยอธิบายและฝึกลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด (2) นัดติดตามอาการ 7 วันผ่าตัด (ครั้งที่ 4) โดยก่อนถึงวันนัด 1 วัน พยาบาลศูนย์ตาฯ จะติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยให้มาตรวจตามนัด ซึ่งในวันนี้ทีมผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหลังผ่าตัดต้อกระจกทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลเป็นครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที (3) ทีมผู้วิจัยจะมีการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการโทรศัพท์สอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ 3 หลังผ่าตัดเพื่อติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องให้คงอยู่อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่ต้องดูแลตนเองที่บ้าน ก่อนถึงวันนัดในครั้งถัดไป และ (4) นัดติดตามอาการ 1 เดือน (ครั้งที่ 5) โดยก่อนถึงวันนัด 1 วัน พยาบาลศูนย์ตาฯ จะโทรศัพท์หาผู้เข้าร่วมวิจัยให้มาตรวจตามนัดหลังจากนั้นพยาบาลจะให้คำแนะนำให้มาตรวจตาโดยจักษุแพทย์ปีละ 1 ครั้งและสังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดในวันนี้ทีมผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหลังผ่าตัดต้อกระจกทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองระบุเป็นครั้งที่ 2 และแบบประเมินความพึงพอใจภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ทำแบบสอบถามเอง

3.ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ทางทีมผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยแบ่งออกเป็น 2 ครั้ง คือ 7 วันหลังผ่าตัดและ 1 เดือนหลังผ่าตัด 2) ทางทีมผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม 1 เดือนหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2.วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 25 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม หลังผ่าตัด 7 วัน และ 1 เดือน โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Dependent T-Test แบบไม่เป็นอิสระ

3.เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเมื่อหลังผ่าตัด 1 เดือน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาค่ากลางและการกระจายและสถิติ Dependent T-Test แบบไม่เป็นอิสระ

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่า ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและอยู่ครบทั้ง 34 คน ข้อมูลทั่วไปของ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification) ครั้งแรกแบบนัดหมายล่วงหน้า ที่ศูนย์ตา โรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ โดยเป็นการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (Elective-Day case surgery) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.20 เพศหญิง ร้อยละ 58.80 โดยมีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 71 - 80 ปี ร้อยละ 41.20 และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (n=34)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	41.20
หญิง	20	58.80
อายุ		
60 – 70 ปี	17	50.0
71 – 80 ปี	14	41.2
81 ปีขึ้นไป	3	8.80

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม 1 เดือนหลังผ่าตัดสูงกว่า 7 วันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยนี้สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ถูกต้องและดียิ่งขึ้นนับตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดและยังส่งผลต่อ การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดให้คงอยู่อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาเนื่องจาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม หลังผ่าตัด 7 วัน และ 1 เดือน (n=34)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
หลังผ่าตัด 7 วัน	34	62.68	6.05	33	4.61	.000
หลังผ่าตัด 1 เดือน	34	66.26	3.09			

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม 1 เดือนหลังผ่าตัดสูงกว่า 7 วันหลังผ่าตัด (t=4.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังผ่าตัด 1 เดือน (n=34)

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
คะแนน 23.34 - 36.66	3	8.80	ระดับปานกลาง
คะแนน 36.67 ขึ้นไป	31	91.20	ระดับมาก

จากตารางที่ 3 พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกทเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังผ่าตัด 1 เดือน มีความพึงพอใจในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 91.20 และพึงพอใจในระดับปานกลางร้อยละ 8.80

โปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกประกอบไปด้วย การให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายการให้ข้อมูลด้วยเอกสารแผ่นพับและสื่อวีดีทัศน์ที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยสามารถจดจำทบทวนความรู้และทำซ้ำได้อย่างถูกต้องจนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อันเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับพฤติกรรมตามตัวแบบได้อย่างถูกต้องตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bandura[8] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มกระบวนการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยตามการนัดหมายและแผนการรักษาเพื่อติดตามอาการและการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหมือนตัวแบบในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกไปตลอดระยะหลังผ่าตัด 1 เดือน[6]

นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังได้รับโปรแกรมเมื่อหลังผ่าตัด 1 เดือน มีความพึงพอใจในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 91.2 และมีความพึงพอใจในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 8.8 จากการสอบถามกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้สูงอายุที่บางท่านมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเองเองโดยไม่มีญาติประกอบกับข้อมูลที่ได้รับในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยมีเนื้อหาค่อนข้างมากและมีหลายขั้นตอนทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจดจำได้ไม่ครบถ้วนและในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมแต่ไม่สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ในทันทีทำให้รู้สึกว่าไม่ได้รับการตอบรับในทันที

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ประยุกต์ใช้เครื่องมือหรือสื่อการให้ข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ออนไลน์

2. การนำโปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมไปใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นแนวทางการปฏิบัติเดียวกัน

3. ควรมีการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือและประสิทธิภาพของการดำเนินโปรแกรมฯ

4. ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการดำเนินโปรแกรมภายในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อการลดอุบัติการณ์หรือภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต้อกระจกที่สำคัญ

2. การวิจัยที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก

3. ควรเพิ่มการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและการควบคุมความคลาดเคลื่อนในกระบวนการวิจัยที่อาจเกิดขึ้น เช่น การฝึกอบรมและเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้ข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แหล่ง สนับสนุนการเก็บข้อมูลการวิจัยศูนย์ตาโรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ และกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้อย่างดียิ่ง

.....

References

1. Thongyod P. Factors affecting self-care behaviors among postoperative cataract patients with intraocular lens implantation at Koh Samui Hospital. Journal of Surat Thani Provincial Public Health Office. 2025;2(1):3.

2. World Health Organization. Report of the 2030 targets on effective coverage of eye care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 May 22]. Available from:https://www.who.int/publications/i/item/9789240058002

3. Maneepong J. The holistic nursing of high-risk cataract surgery at Kalasin Hospital. Journal of Health and Environmental Education. 2020;5(2):13.

4. Supharattanasitthi W. Department of Physiology, Faculty of Pharmacy, Mahidol University. Educational article for the public [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 14]. Available from: https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-knowledge-article-info.php?id=557

5. Yousuk S. Prediction power of health beliefs and selected factors to complications prevention behavior of postoperative cataract patients undergoing phacoemulsification with intraocular lens prosthesis in community hospitals [thesis]. Bangkok: Bangkok Christian University; 2005. Available from: http://library.christian.ac.th/thesis/document/T020811.pdf

6. Thapberk D. Results of using a preparation model for cataract surgery with intraocular lens implantation in Eye, Ear, Nose and Throat Ward, Somdej Phrachao Taksin Maharat Hospital, Tak Province [Internet]. 2021 [cited 2023 May 2]. Available from: http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/91fd6bc4f410218084cfe996bb96dc59.pdf

7. Pankasikorn P, Kitsripisarn S. Benefits of a self-care-promoting programme for cataract surgery patients' knowledge and self-care behaviour. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020;35(4):84-98.

8. Albert Bandura. Social learning theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก

วัชรพันธ์ สุขอุบล* รุ่งรัตติกาล รุ่งเรือง* กัญญดา ประจุศิลป** ศกุนตลา อนุเรือง***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2567 ในผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยนอก แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลเอกชน ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วย อายุและโรค กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ชุด ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสะอาดของลำไส้ 3) แบบประเมินความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอก สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Mann Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย: หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจการบริการพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง Creer (2000) ทำให้ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกมีความรู้ และสามารถในการจัดการตนเองได้เพื่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง/การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน/ความสะอาดของลำไส้ใหญ่/ความพึงพอใจ

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ ปี 2569,38(1) : 92-110

* พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศิครินทร์ กรุงเทพ

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Sakuntala.A@chula.ac.th

EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT WITH STRUCTURED INFORMATION PROGRAM ON BOWEL CLEANLINESS AND NURSING SERVICES SATISFACTION AMONG PATIENTS PREPARING FOR FIRST-TIME COLONOSCOPY

Watcharapan Suk-ubon* Rungrattikarn Rungruang* Gunyada Prachusilpa** Sakuntala Anuruang***

ABSTRACT

Objective: To compare bowel cleanliness and nursing services satisfaction among patients preparing for first-time colonoscopy before-after participating in a structured information program

Research Design: A quasi-experimental research design with two groups

Methods: Data were collected from February 1 to April 30, 2024, among patients preparing for first-time colonoscopy at the outpatient department of the Gastroenterology and Hepatology Unit in a private hospital. The participants were 50 including males and females who aged 20 years and above. They were divided into an experimental group and a control group, with 25 participants in each group. Participants were matched by age and disease characteristics. The experimental group received a Self-management with Structured Information Program, while the control group received routine nursing care. Three instruments were used for data collection: (1) a demographic data form, (2) a bowel cleanliness assessment form, and (3) an outpatient nursing service satisfaction questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann–Whitney U test, with the level of statistical significance set at 0.05.

Results: After completion of the program, the experimental group had significantly better than the control group at the .05 level. The mean nursing services satisfaction scores were also significantly higher in the experimental group than in the control group at the .05 level.

Conclusion: The structured information program improved knowledge and self-management ability among patients preparing for first-time colonoscopy, leading to better bowel cleanliness and higher satisfaction with nursing services.

Keywords: Self-management/Structured education/Bowel preparation quality/Patient satisfaction

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2026,38(1) : 92-110

Article info: **received May 6, 2025; revised May 6, 2026; accepted June 8, 2026**

* Registered Nurse, Sikarin Hospital, Bangkok.

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

E-mail: Sakuntala.A@chula.ac.th

DOI: https://doi.org/10.58837/CHULA.JNRIH.38.1.7

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งด้านอัตราป่วยและอัตราตายจากข้อมูล GLOBOCAN ปี ค.ศ.2022 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่ทั่วโลกมากกว่า 1.9 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 904,000 ราย สะท้อนว่ามะเร็งชนิดนี้ยังเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งระดับโลก[1,2] สำหรับประเทศไทย ข้อมูล GLOBOCAN 2022 รายงานว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่รวม 20,173 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.0 ของมะเร็งทั้งหมดโดยพบเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในประชากรไทยทั้งสองเพศ และเมื่อแยกตามเพศพบเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการป้องกัน การค้นหาความผิดปกติระยะเริ่มต้น และการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพ[1] สถิติในประเทศไทยสอดคล้องกับสถิติโลก ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ช่วงปี 2564 ระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 120,000 ถึง 140,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8-15 คน มะเร็งที่พบมากที่สุดได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่[3]

การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่หมายถึงการตรวจค้นหาความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในบุคคลที่ยังไม่มีอาการเพื่อให้สามารถตรวจพบติ่งเนื้อระยะก่อนมะเร็งหรือมะเร็งระยะเริ่มต้น ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสการรักษา ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้การตรวจคัดกรองแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) การตรวจจากอุจจาระ เช่น Fecal immunochemical test หรือ FIT, Guaiac fecal occult blood test หรือ gFOBT และ Stool DNA test และ 2) การตรวจที่มองเห็นโครงสร้างลำไส้โดยตรง เช่น Colonoscopy, Flexible sigmoidoscopy และ CT colonography โดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีความสำคัญเป็นพิเศษเพราะสามารถตรวจพบตัดชิ้นเนื้อและตัดติ่งเนื้อบางชนิดได้ในครั้งเดียวอีกทั้งยังใช้เป็นการตรวจติดตามเมื่อผลการตรวจคัดกรองชนิดอื่นผิดปกติหากประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดมะเร็งจากติ่งเนื้อที่สามารถป้องกันได้ ลดการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การตรวจหาและการตรวจคัดกรองในระยะเริ่มต้น สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิตได้[1] แม้การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จะเป็นวิธีสำคัญในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคแต่คุณภาพของการตรวจขึ้นอยู่กับการเตรียมลำไส้ก่อนตรวจอย่างมาก โดยเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกซึ่งมักยังไม่มีประสบการณ์ ไม่เข้าใจขั้นตอนการจำกัดอาหาร การดื่มน้ำยาระบาย การดื่มน้ำ และการปฏิบัติตามเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง การศึกษาล่าสุดในจีนพบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ระดับเพียงพอมีเพียงร้อยละ 42.0 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ[4] หลักฐานจากประเทศไทยศึกษาในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 94 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ยังต้องได้รับการสวนและหรือยาระบายเพิ่มเติมก่อนการตรวจ[5]

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ หมายถึง ระดับความ

พร้อมของลำไส้ภายหลังการเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง โดยลำไส้ควรมีอุจจาระหรือคราบตกค้างน้อยจนแพทย์สามารถมองเห็นเยื่อบุลำไส้ได้ชัดเจน ตรวจพบรอยโรคหรือติ่งเนื้อได้อย่างแม่นยำและดำเนินหัตถการได้อย่างปลอดภัย แนวทางคุณภาพการเตรียมลำไส้ระบุว่าหน่วยบริการควรมีอัตราการเตรียมลำไส้ที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 90 และแนะนำให้ใช้แนวทางที่เหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การให้ยาแบบ Split-dose และการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเตรียมลำไส้ไม่เพียงพอ[6] คุณภาพของการตรวจ การมองเห็นเยื่อบุลำไส้ การตรวจพบติ่งเนื้อ และการลดโอกาสการตรวจซ้ำ อย่างไรก็ตามหลักฐานจากหลายประเทศชี้ว่าการเตรียมลำไส้ไม่เพียงพอ (Inadequate bowel preparation) ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยรายงานทั่วไปพบประมาณร้อยละ 20 ถึง 40 ของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และต่ำกว่าเป้าหมายคุณภาพที่แนวทางสากลแนะนำให้หน่วยส่องกล้องมีอัตราการเตรียมลำไส้เพียงพอมากกว่าร้อยละ 90[4] พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ปัญหาที่พบ คือ การดื่มยาระบายไม่ครบตามปริมาณที่กำหนด การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงในช่วงระยะเวลาการเตรียมลำไส้ก่อนมาส่องกล้องทำให้มีอุจจาระค้างในลำไส้ใหญ่[7] นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยด้านระยะเวลา ได้แก่ ระยะเวลาที่นัดหมายล่วงหน้าเป็นเวลานาน ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้ลดลง[8] ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังประสบปัญหารสชาติของยาระบาย อาการไม่สุขสบายทางกาย ความวิตกกังวล และความไม่เข้าใจคำแนะนำ ซึ่งส่งผลต่อทั้งความสะอาดของลำไส้และประสบการณ์การรับบริการ การศึกษาในจีนพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52.8 ไม่พึงพอใจกับรสชาติของยาระบาย ร้อยละ 43.9 มีความวิตกกังวลและร้อยละ 59.3 มีอาการไม่สุขสบายระหว่างการเตรียมลำไส้[4] ดังนั้นความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการให้ข้อมูล การสื่อสาร การลดความกังวล และการสนับสนุนผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจ โดยเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องครั้งแรก โดยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่มีความคาดหวังจากผู้รับบริการสูง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่มีทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านพฤติกรรม และด้านระบบบริการ ได้แก่ อายุ โรคร่วม ภาวะท้องผูก ประวัติการใช้ยา ความรู้เรื่องการเตรียมลำไส้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความมั่นใจในการปฏิบัติตน ความร่วมมือในการควบคุมอาหาร การดื่มน้ำยาระบายครบตามกำหนด และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่มี Patient activation, Health literacy, ความรู้เรื่องการเตรียมลำไส้และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ที่ดีมีโอกาสมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ดีขึ้น โดยมีค่า Odds ratio เท่ากับ 2.93, 2.05, 1.34 และ 1.28 ตามลำดับ[9] ส่วนการศึกษาต่างประเทศพบว่า ความรู้เรื่องการเตรียมลำไส้ ชนิดของยาระบาย ความพึงพอใจต่อรสชาติยาระบาย ความวิตกกังวล และอาการไม่สุขสบายทางกายมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเตรียมลำไส้[4] สำหรับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ปัจจัยสำคัญคือความชัดเจนของคำแนะนำ ความเข้าใจง่ายของสื่อ ความสามารถในการตอบข้อสงสัย การติดตามเตือนก่อนวันตรวจ และการดูแลที่ลดความกลัวหรือความไม่สุขสบายของผู้ป่วย

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้และการติดตามผู้ป่วยก่อนส่องกล้องเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการเตรียม

ลำไส้ พบว่างานวิจัย 7 เรื่อง รวมผู้ป่วย 2,660 ราย ใช้วิธีการให้ความรู้หลายรูปแบบ เช่น เอกสาร วิดีโอ การโทรศัพท์ย้ำเตือน และคำแนะนำโดยบุคลากรสุขภาพ โดยภาพรวมพบว่าการให้ความรู้ช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ[10] นอกจากนี้ การศึกษาแบบ Randomized controlled trial พบว่าการให้ความรู้เสริมผ่านสื่อและช่องทางเสมือนจริงช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และมีแนวโน้มช่วยสนับสนุนการเตรียมลำไส้ที่ดีขึ้น[11] หลักฐานเหล่านี้สะท้อนว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการออกแบบกระบวนการให้ข้อมูลการติดตามและการสนับสนุนผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนวันตรวจจนถึงวันส่องกล้อง เพื่อให้เกิดทั้งผลลัพธ์ด้านคลินิก คือความสะอาดของลำไส้และผลลัพธ์ด้านประสบการณ์ผู้รับบริการ คือความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้ การใช้สื่อและการติดตามเตือนสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ได้ แต่การศึกษาจำนวนมากยังมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้าน “ความเพียงพอของการเตรียมลำไส้” เป็นหลัก ขณะที่การศึกษาเฉพาะกลุ่ม ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ยังมีจำกัด ทั้งที่กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อความเข้าใจคลาดเคลื่อน ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวไม่ครบถ้วนมากกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์ นอกจากนี้งานวิจัยที่ศึกษาความสะอาดของลำไส้ใหญ่ควบคู่กับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ยังมีไม่มาก โดยเฉพาะในบริบทของการบริการพยาบาลก่อนส่องกล้องที่ต้องให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การใช้ยาระบาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพโดยมีการตั้งเป้าหมาย การประเมิน การตัดสินใจ การลงมือที่จะปฏิบัติและมีการสะท้อนตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีการจัดการตนเองเกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือกำลังรักษาตัว ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นหลักในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ครอบคลุมถึงการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมลำไส้ใหญ่ การใช้ยาระบาย การสังเกตความสะอาดภายในลำไส้ใหญ่จากลักษณะอุจจาระหลังได้รับยาระบาย และการใช้ยาที่มีผลต่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการกำกับติดตามผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นลักษณะมีการกำกับติดตามและตอบสนองได้อย่างทันท่วงที ซึ่งแตกต่างการพยาบาลตามปกติที่เป็นลักษณะให้ความรู้ครั้งเดียวที่โรงพยาบาล ไม่มีการใช้กระบวนการการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจและลดโอกาสการตรวจซ้ำในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ใหญ่ และความพึงพอใจการบริการพยาบาล หลังรับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพ โดยมี 1) การตั้งเป้าหมาย 2) มอบแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 3) การติดตามผู้ป่วยโดยสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์มือถือ วันที่ 4,3,2 และ 1 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทำการประเมินการตัดสินใจ การลงมือที่จะปฏิบัติและมีการสะท้อนตนเองโดยผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นหลักในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนครอบคลุมถึงการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผล ความรู้ในการเตรียมลำไส้

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two groups posttest only)

กลุ่มประชากร คือ ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก แบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก เพศชาย-หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก ที่สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิครินทร์

ผู้วิจัยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.50 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 โดยอ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมา[11] เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือสูญหาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2567 โดยมีพยาบาลวิชาชีพ (Gate Keeper) ทำหน้าที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ป่วยเพศชาย เพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ 3) มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และได้รับการนัดเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ล่วงหน้า 4) สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือและอนุญาตให้ติดต่อได้ 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (1) มีประสบการณ์เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (2) มีสติสัมปชัญญะบกพร่อง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จนครบจำนวน 25 คน ก่อนจากนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จนครบจำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นหลักในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ครอบคลุมถึงการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผล มีการกำกับติดตามผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งภายในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแบบพบหน้ากัน ดำเนินการในวันที่ผู้ป่วยได้รับนัดหมายหรือวันที่มารับคำแนะนำก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยประเมินความรู้เดิม ประสบการณ์ ความพร้อม ปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วย จากนั้นให้ข้อมูลโดยใช้แผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคู่มือประกอบการสอน เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ใหญ่ วัตถุประสงค์ของการตรวจ การตั้งเป้าหมายในการเตรียมตัว การเลือกและเตรียมอาหารที่เหมาะสมก่อนตรวจ การรับประทานยาระบาย วิธีเตรียมยาระบาย การดื่มน้ำ การประเมินความสะอาดของลำไส้จากลักษณะอุจจาระ และการใช้ยาที่อาจมีผลต่อการส่องกล้องตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและร่วมกันกำหนดแผนการปฏิบัติตนรายบุคคลก่อนกลับบ้าน

ครั้งที่ 2 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 4 วัน ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนการเตรียมตัว ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการเตรียมอุปกรณ์หรือยาระบาย รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตน ผู้วิจัยสอบถามปัญหา อุปสรรค และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความจำเป็น

ครั้งที่ 3 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที มุ่งเน้นการประเมินการปฏิบัติตนด้านอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยสูง และการเตรียมความพร้อมในการใช้ยาระบาย ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และแก้ไขความเข้าใจคลาดเคลื่อนที่อาจส่งผลต่อความสะอาดของลำไส้

ครั้งที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที เป็นการติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติตน ประเมินอาการผิดปกติหรือความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้น และเน้นการเตรียมตัวเข้าสู่ช่วงสำคัญก่อนตรวจ ได้แก่ การรับประทานอาหารตามคำแนะนำ การเตรียมยาระบายและการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเฉพาะรายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการเตรียมลำไส้ได้อย่างถูกต้อง

ครั้งที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์มือถือก่อนวันตรวจ 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาที เป็นการทบทวนขั้นตอนสุดท้ายก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจสอบความพร้อมในการรับประทานยาระบายตามเวลาที่กำหนด การดื่มน้ำ การสังเกตลักษณะอุจจาระ และการปฏิบัติตัวในวันตรวจ ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสะท้อนตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ผ่านมา ประเมินปัญหาที่เหลืออยู่ และให้คำแนะนำล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในวันตรวจ เพื่อป้องกันการเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์และลดโอกาสการเลื่อนนัดหรือการตรวจซ้ำ

หลังดำเนินโปรแกรมครบทุกครั้ง ผู้วิจัยประเมิน

ผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จากแบบประเมินหรือผลการประเมินตามเกณฑ์ของหน่วยส่องกล้องและประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ภายในวันเดียวกันหลังการตรวจหรือภายในระยะเวลาที่กำหนดตามแผนการวิจัย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนและภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร 2 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ปรับปรุงจน เครื่องมือมีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ และเหตุผลของการต้องรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ 2) แบบประเมินสะอาดของลำไส้เป็นเครื่องมือมาตรฐานของหน่วยงาน ในการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่จากลักษณะอุจจาระเป็นวิธีการประเมินเบื้องต้น โดยที่ยังไม่ได้ทำการส่องกล้องเข้าไปตรวจภายในลำไส้ใหญ่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินลักษณะของอุจจาระหลังสุดก่อนเข้ารับการส่องกล้องโดยเปรียบเทียบกับรูปภาพสีและลักษณะของอุจจาระทั้งหมด 4 รูป มีระดับความสะอาดที่ 1 ถึง 4 ระดับ 1 มีตะกอนและกากมาก ระดับ 2 มีตะกอนและกากเล็กน้อย ระดับ 3 มีตะกอนเล็กน้อยไม่มีกาก ระดับ 4 เป็นน้ำใสไม่มีกากใยและตะกอน โดยระดับที่เตรียมได้ดีที่สุดคือระดับที่ 4 น้ำมีลักษณะใส อาจจะเป็นสีเหลืองหรือส้มใสคล้ายปัสสาวะ ไม่มีกากใยปน หากผู้ป่วยมีระดับความสะอาดที่ระดับนี้ จึงจะสามารถทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ วิธีการประเมินแบบนี้สามารถทำได้ง่าย สื่อสารเข้าใจได้ง่าย มีรายละเอียด ตามตารางที่ 1 3) แบบประเมินความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามเป็นแบบ Rating scale ประเมิน 5 ระดับ จากความพึงพอใจมากที่สุด 5 จนถึงน้อยที่สุด 1 โดยวัดผลองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร (ข้อ 1-6) 2) ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ (ข้อ 7-8) และ3) การเข้าถึงบริการ (ข้อ 9-15)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจบริการพยาบาล เป็นการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยแปลผลการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (11) คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจบริการพยาบาล อยู่ในระดับน้อยที่สุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 จากนั้น นำไปหาความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้ในการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ



ระดับ	คะแนน	คุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ประเมินจากลักษณะอุจจาระ
ดีมาก	4	อุจจาระมีลักษณะใส อาจจะเป็นสีเหลืองหรือส้มใสคล้ายปัสสาวะ ไม่มีกากใยปน
พอใช้	3	อุจจาระมีลักษณะขุ่นสีออกน้ำตาลจากการมีอุจจาระคงค้างระดับปานกลาง อาจจะต้องมีการรับประทานยาระบายเพิ่มเติม จึงจะสามารถทำการตรวจได้
แย่	2	มีอุจจาระคงค้างปริมาณมาก สีอุจจาระเป็นสีน้ำตาลขุ่นถึงดำ ทำให้ต้องมีการรับประทานยาระบายเพิ่ม จึงจะสามารถทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้
เตรียมใหม่	1	มีอุจจาระตกค้าง ทำให้ต้องมีการเตรียมลำไส้ใหม่

ถูกกับผิด ถ้าตอบคำถามถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์กำกับการทดลอง คือ ผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกทุกข้อ หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทบทวนเนื้อหาอีกครั้ง แล้วทำการวัดผลใหม่จนกลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องทุกข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้น นำไปหาความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หนังสืออนุมัติเลขที่ 01101.660221 ดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้เข้าวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัยและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ระหว่างการทำวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์งานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม จากนั้นให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มควบคุมในการเข้าถึงการรับบริการและข้อมูลโดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการตรวจตามปกติ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 วัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม: เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในครั้งแรกที่ผู้ป่วย เข้ารับการนัดหมายเพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พูดคุยแนะนำตัวในฐานะผู้วิจัย ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริน ทร์ กรุงเทพฯ โดยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ตามมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ประจำสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ พร้อมได้รับใบคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กลับบ้าน

ระยะเวลา 1 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พยาบาลจากห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจะโทรศัพท์ไปยืนยันการนัดหมายและตอบข้อสงสัยของผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

วันเข้ารับการตรวจลำไส้ใหญ่ พยาบาลประจำแผนกส่องกล้องประเมินระดับของลักษณะอุจจาระ ว่าอยู่ในระดับที่พร้อมส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือไม่

กลุ่มทดลอง: เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริน ทร์ กรุงเทพฯ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์เรื่องนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ความสำคัญของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ แล้วสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบว่าความรู้หรือ

ความเชื่อใดยังไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมในการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาด

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) 1) ผู้วิจัยให้ข้อมูล “แผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่” เนื้อหาประกอบด้วย การเตรียมตัวก่อนตรวจ เรื่องการรับประทานอาหาร การเตรียมตัวและการรับประทานยาระบาย ที่ถูกวิธี ข้อปฏิบัติหลังรับประทานยาระบาย และการประเมินความสะอาดของลำไส้จากลักษณะอุจจาระ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยให้ผู้ป่วยอธิบายย้อนกลับในเรื่องการเตรียมตัวก่อนตรวจ เรื่องการรับประทานอาหาร 3 วันก่อนทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การเตรียมตัวและการรับประทานยาระบายที่ถูกวิธี ข้อปฏิบัติหลังรับประทานยาระบายและการประเมินความสะอาดของลำไส้จากลักษณะอุจจาระ 3) ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ในการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 10 ข้อ โดยจะต้องตอบคำถามได้ถูกต้องทุกข้อ หากมีข้อที่ผู้ป่วยตอบผิด ผู้วิจัยจะชี้แจงและให้ความรู้รายละเอียดเพิ่มเติมในข้อที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ผู้วิจัยพูดคุย สรุปเรื่องการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องให้ผู้ป่วยอีกครั้ง แจ้งผู้ป่วยให้ทราบเรื่องถึงกำหนดการที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติในช่วง 3 วันก่อนวันนัดส่องกล้อง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงปัญหาหรือเรื่องที่ผู้ป่วยคิดว่าจะพบ และช่วยวางแผนในการแก้ไขปัญหานั้นๆ เบื้องต้นและขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยตามโปรแกรมที่วางไว้

ขั้นที่ 4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) 1) ระยะเวลา 4 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 16.00 น. โทรศัพท์ติดตามแจ้งเตือนวันนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเตรียมความพร้อมการเตรียมลำไส้ในวันรุ่งขึ้น 2) ระยะเวลา 3 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 07.00 น. โทรศัพท์ติดตามเรื่องการรับประทานอาหาร รวมถึงให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยกรณีที่มีคำถามและข้อสงสัยเพิ่มเติม 3) ระยะเวลา 2 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 07.00 น. โทรศัพท์แจ้งเตือนผู้ป่วยสำหรับวันพรุ่งนี้ที่ต้องรับประทานอาหารเหลวตั้งแต่มื้อเช้า และเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาระบายตอนเย็น หรือก่อนนอน (กรณีแพทย์บางท่านมีให้รับประทานยาระบายเพิ่มเติม) 4) ระยะเวลา 1 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง เวลา 16.00 น. ผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งเตือนผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาเน้นย้ำการผสมและรับประทานยาที่ถูกวิธี และแจ้งให้ผู้ป่วยประเมินลักษณะอุจจาระของตนเองทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระ

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เมื่อรับประทานยาครบแล้ว ให้ผู้ป่วยประเมินลักษณะอุจจาระของตนเองในทุกครั้งที่อุจจาระ โดยพบว่าน้ำอุจจาระเริ่มมีสีใส ไม่ขุ่น ให้ผู้ป่วยเริ่มถ่ายรูปถ่ายภาพอุจจาระจนถึงการถ่าย อุจจาระครั้งสุดท้าย โดยถ่ายภาพให้เห็นลักษณะอุจจาระทั้งหมด และนำภาพถ่ายครั้งสุดท้ายของการอุจจาระ มาให้พยาบาลแผนกส่องกล้องได้ประเมินก่อนว่าส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้หรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Mann Whitney U test เนื่องจากลักษณะข้อมูลเป็นลำดับขั้น

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Mann Whitney U test เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มาก การแจกแจงของข้อมูลอาจไม่เป็นปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ร้อยละ 72 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 40 ถึง 49 ปี ร้อยละ 44 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 76 กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 84 ประกอบอาชีพ พนักงานบริษัทเอกชนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40 สิทธิการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 56 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มียาโรคประจำตัวหรือยาที่ใช้เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 72 และ เหตุผลของการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 36 กลุ่มควบคุม พบว่า ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระคิดเป็นร้อยละ 32 มีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระคิดเป็นร้อยละ 32 และ มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องคิดเป็นร้อยละ 32

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] เป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้สร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนลำไส้ใหญ่นั้น เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถดูแลและจัดการตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้อง โดยผ่านกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน มีการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผล ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้องจนทำให้ลำไส้ใหญ่สะอาดพร้อมในการส่องกล้อง เมื่อได้รับการส่องกล้องตามเวลาที่กำหนดไว้

อีกทั้งยังมีการกำกับติดตามและตอบสนองได้อย่างทันท่วงที ซึ่งแตกต่างการพยาบาลตามปกติที่เป็นลักษณะให้ความรู้ครั้งเดียวที่โรงพยาบาล ไม่มีการใช้กระบวนการการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ทำให้เกิดความพึงพอใจการบริการพยาบาลดีมากขึ้นด้วย ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์เรื่องนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โปรแกรมดังกล่าวประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยใช้ Mann-Whitney U testทดแทนไต

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mann-Whitney U test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลำไส้สะอาด (ระดับ 4)	24	96.0	21	84.0	237.500*	.022
ลำไส้ไม่สะอาด (ระดับ 1-3)	1	4.0	4	16.9		

จากตารางที่ 1 พบว่า ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนลำไส้ใหญ่ผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความสะอาดของลำไส้พร้อมในการส่องกล้อง คิดเป็นร้อยละ 96 มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ที่ต้องดื่มยาระบายเพิ่มก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มีความสะอาดของลำไส้พร้อมในการส่องกล้อง คิดเป็นร้อยละ 84 มี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ที่ต้องดื่มยาระบายเพิ่มก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แสดงว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความสะอาดของลำไส้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mann-Whitney U test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. พยาบาลให้การพยาบาลฉันด้วยความห่วงใยเสมือนหนึ่งเป็นญาติมิตร	4.88	.332	4.48	.586	198.500*	.006
2. พยาบาลให้คำอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย	4.92	.277	4.32	.690	159.500*	<.001
3. พยาบาลมีความเข้าใจในปัญหาของฉันที่มีอยู่	4.84	.374	4.36	.490	162.500*	<.001
4. พยาบาลให้ความช่วยเหลือกับฉันได้ทันทีเมื่อต้องการ	4.92	.277	3.84	.624	55.500*	<.001
5. พยาบาลสนใจและเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพของฉัน	4.88	.332	3.96	.455	58.000*	<.001
6. ฉันไว้ใจและยินดีเล่าปัญหาสุขภาพของฉันให้พยาบาลฟัง	4.92	.277	4.68	.476	237.500*	.036
7. พยาบาลให้คำแนะนำที่ฉันสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.92	.277	4.00	.764	105.500*	<.001
8. ฉันได้รับบริการจากพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	4.92	.277	4.48	.714	209.500*	.007
9. พยาบาลให้เวลาฉันในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของฉัน	4.92	.277	3.96	.889	127.500*	<.001

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mann-Whitney U test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
10. ฉันรับรู้ได้ว่าพยาบาลให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคนของฉัน	4.96	.200	4.40	.577	149.500*	<.001
11. พยาบาลมีการติดตามการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของฉันอย่างต่อเนื่อง	4.92	.277	3.36	.569	20.500*	<.001
12. พยาบาลสามารถช่วยแก้ปัญหาที่ฉันพบได้	4.92	.277	4.28	.614	135.500*	<.001
13. ฉันเข้ารับบริการจากพยาบาลได้ง่ายและสะดวก	4.84	.374	4.40	.645	196.000*	.006
14. ฉันมั่นใจว่าได้รับพยาบาลที่ดีจากพยาบาล	4.96	.200	4.76	.436	250.000*	.044
15. ถ้าเลือกได้ฉันต้องการการบริการและการพยาบาลเหมือนที่ได้รับอยู่ขณะนี้	4.96	.200	4.44	.507	250.000*	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจการบริการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.91) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจการบริการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.24) แสดงว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง มีความพึงพอใจการบริการพยาบาล มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง มีความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกในทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิครินทร์ อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49) มีเพียงข้อเดียวที่มีความพึงพอใจบริการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49) ได้แก่ข้อ พยาบาลมีการติดตามการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของฉันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย เพียง 3.36

ตนเองของ Creer[12] ซึ่งเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การติดตามตนเอง และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เมื่อนำมาใช้กับผู้ที่เตรียมตัวก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรก จึงช่วยให้ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงผู้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่มีบทบาทในการวางแผนและกำกับพฤติกรรมของตนเอง เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยสูง การรับประทานยาระบายตามเวลาที่กำหนด และการประเมินความพร้อมของลำไส้จากลักษณะการขับถ่าย การมีส่วนร่วมดังกล่าวอาจช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความสับสน และเพิ่มความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ ซึ่งนำไปสู่ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ดีขึ้นและกำกับการทดลองโดยการให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้ในการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 10 ข้อ ต้องตอบถูกต้องทั้งหมด หากมีข้อที่ตอบผิดผู้วิจัยจะชี้แจงและให้ความรู้รายละเอียดเพิ่มเติม จากนั้นมอบแผ่นพับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กลับไปทบทวนที่บ้านและมีการโทรศัพท์ติดตาม 4 วันก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยตามโปรแกรมที่วางไว้ เพื่อยืนยันวันนัดหมายส่องกล้องและแจ้งให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบแล้ว ให้ผู้ป่วยประเมินลักษณะอุจจาระของตนเองในทุกครั้งที่อุจจาระและนำภาพถ่ายครั้งสุดท้ายของการอุจจาระเพื่อให้พยาบาลแผนกส่องกล้องได้ประเมินก่อนทำการส่องกล้อง ซึ่งการติดตามและให้ความรู้ผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพิ่มเติมช่วยให้การเตรียมลำไส้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอาจจะได้รับความรู้ที่ไม่ครอบคลุม ไม่เข้าใจในความรู้ที่ได้รับ ขาดการติดตามอย่างใกล้ชิด หรือ เกิดปัญหาระหว่างการเตรียมลำไส้แล้วไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้อง ยังไม่เพียงพอต้องมีการรับประทานยาระบายเพิ่มก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทำให้ความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ที่เตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกอยู่ในระดับที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง จึงส่งผลให้ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และความพึงพอใจการบริการพยาบาลของผู้ป่วยนอกสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิครินทร์ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทนา ชินกรสกุล และสอนจิต เขื่อนชนะ (2562)[13] ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโทรศัพท์ติดตามกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโทรศัพท์ติดตามการเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีระดับความสะอาดของลำไส้ที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโทรศัพท์ติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาของกรพัชชา คล้ายพิกุล (2560)[14] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ

โดยวิธีการให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวและโทรศัพท์ติดตามกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปการวิจัย

โปรแกรมนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ร่วมกับกระบวนการพยาบาล จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการตั้งเป้าหมาย วางแผน ตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ติดตามตนเอง และสะท้อนผลการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถจัดการพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ได้เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งแรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์และอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการเตรียมตัว

สำหรับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่สูงขึ้น อาจอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีช่องทางสื่อสารกับพยาบาล ได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนและเหมาะสมกับปัญหาของตนเอง รวมทั้งได้รับการติดตามและสนับสนุนต่อเนื่องก่อนวันตรวจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ อุ่นใจ และรับรู้ถึงคุณภาพของการบริการพยาบาลมากขึ้น ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้และส่งเสริมความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครั้งแรก

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีการจัดการตนเองที่ดีส่งผลให้มีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่ไปปรับใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนต่อไป แต่ในผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกในการรับโทรศัพท์ตามเวลาที่กำหนดในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะมีการพัฒนาแอปพลิเคชั่นที่ใช้ในการแจ้งเตือนกับผู้ป่วยได้ทันทีและทำการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการโทรศัพท์แจ้งเตือนและการใช้แอพลิเคชั่นอีกครั้ง นอกจากนี้ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่กับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง ด้วย

.....

References

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today

2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834.

3. National Cancer Institute. Annual report of the National Cancer Institute. Bangkok: National Cancer Institute; 2021 [in Thai].

4. Jiang H, Li C, Hu B, Mou Y. Compliance with bowel preparation and its influencing factors in patients undergoing colonoscopy: cross-sectional study. Interact J Med Res. 2025;14(1):e77189. doi:10.2196/77189.

5. Khiadnoi K. Knowledge, bowel preparation and bowel cleansing of persons undergoing colonoscopy. Pathum Thani: Rangsit University; 2020 [in Thai].

6. Jacobson BC, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gross SA, May FP, et al. Optimizing bowel preparation quality for colonoscopy: consensus recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2025;168(4):798-829. doi:10.1053/j.gastro.2025.02.002.

7. Klai-pikul K. The effect of self-management program for individuals and families on bowel preparation behavior for colonoscopy in elderly patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017 [in Thai].

8. Kantawong T, Wongkhongkhum K, Chanruangwanich W, Khaosombatwattana A. The effect of telemedicine service program on quality of colon preparation in patients undergoing colonoscopy: a randomized controlled trial. J Nurs Counc. 2022;37(4):52-72 [in Thai].

9. Thammachad S, Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Iramaneerat C. Predictors of bowel preparation quality in patients undergoing colonoscopy. J Police Nurs Health Sci. 2023;15(2):266-78 [in Thai].

10. Kurlander JE, Sondhi AR, Waljee AK, Menees SB, Connell CM, Schoenfeld PS, et al. How efficacious are patient education interventions to improve bowel preparation for colonoscopy? A systematic review. PLoS One. 2016;11(10):e0164442. doi:10.1371/journal.pone.0164442.

11. Farid N, Sharifian S, Ghafouri R. Evaluation of the effect of reinforced education on the satisfaction of patients undergoing colonoscopy: a randomized controlled trial. PLoS One. 2024;19(1):e0296126. doi:10.1371/journal.pone.0296126.

12. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego (CA): Academic Press; 2000. p. 601-29. doi:10.1016/B978-012109890-2/50047-0.

13. Chinkornsakul C, Khueanchana S. A comparative study of colon cleanliness levels before colonoscopy between patients receiving follow-up calls and those not receiving follow-up calls in outpatient clinics. J Thai Oper Room Nurses Assoc. 2019;8(1):47-55 [in Thai].

14. Klai-pikul K. The effect of self-management program for individuals and families on bowel preparation behavior for colonoscopy in elderly patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. Available from: http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58390 [in Thai].