Journal of Research and Health Innovative Development

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

# วารสาร วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404

ปีที่ 5 ฉบับเพิ่มเติม 1 (มกราคม – เมษายน 2567)

Vol.5 (Supplement 1) (January – April 2024)

**วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ**
Journal of Research and Health Innovative Development
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด**
Roi-Et Provincial Public Health office

1. เพื่อส่งเสริมผลงานวิชาการและนวัตกรรมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการ
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อให้มีวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากล

**กำหนดการตีพิมพ์ :** ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

**กำหนดออก :** เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

## คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

**ที่ปรึกษา :**

| | |
|---|---|
| นายแพทย์สุรเดชช ชวะเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| นางสุชาดา ฑีฆายุพันธุ์ | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| นายประวุฒิ ละครราช | เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| นางพัชรา ชมภูวิเศษ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| นายประจวบ จำลองเพ็ง | นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| ว่าที่ พ.ต.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |

**บรรณาธิการ :**

| | |
|---|---|
| นายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รก. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |

**กองบรรณาธิการ :**

| | |
|---|---|
| แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา | นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองฮี |
| ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมาลย์ | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจังหาร |
| ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร |
| นางนริศรา พันธุ์ศิลา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงขวัญ |
| ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักรพิมาน |
| ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| เภสัชกรพิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์ | เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ |
| ดร.ประภาศรี ทุมะลา | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |

**กองบรรณาธิการจากภายนอก :**

| | |
|---|---|
| ดร.ธีรยุทธ อุดมพร | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทรา | คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| ผศ.ดร.อารี บุตรสอน | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| ผศ.ดร.สมบัติ อัปมระกา | สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| ผศ.อรทัย พงษ์แก้ว | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด |
| ดร.อรุณ บุญสร้าง | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| ดร.เพ็ชรบูรณ์ พูลผล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น |
| อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม | นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| ดร.วิภาดา จันทร์มณฑล | นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี |

**ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :**

| | | |
|---|---|---|
| ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| ดร.ประภาศรี ทุมะลา | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| นางสาวชลธิดา แสงมะณี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |

**พิมพ์ที่ :** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวาภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000 โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 121 โทรสาร 0-4351-1087

**ความรับผิดชอบ**

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

# คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

## การเตรียมบทความต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 3 ซม. ด้านล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3 ซม. และขอบขวา 2.54 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น อยู่ด้านบนขวาห่างจากขอบบน 2 ซม. จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้น กะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช้คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด Font คือ 16 points ตัวหนาโดยพิมพ์ชื่อเรื่องอยู่ตรงกลาง

**ชื่อผู้นิพนธ์** ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ขนาด Font คือ 14 point ตัวหนา ด้านขวาของกระดาษ และระบุชื่อ ที่อยู่หน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

**บทคัดย่อ (Abstract)** (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Purpose) รูปแบบการวิจัย (Study design) วัสดุและวิธีการวิจัย (Materials and Methods) ผลการวิจัย (Main finding) และสรุป และข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations) ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**คำสำคัญ (Keywords)** (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

## บทความวิจัย

ประกอบด้วย

**บทนำ** เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์การวิจัย ในส่วนท้ายของบทนำ

**วิธีดำเนินการวิจัย** ระบุรูปแบบการวิจัย เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment บอกประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

**ผลการวิจัย** แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

**วิจารณ์** แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

**ตาราง** ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

**กิตติกรรมประกาศ** ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

**เอกสารอ้างอิง** เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่องส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

## แบบฟอร์ม

**ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย)**

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา)

**ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ)**

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา ขึ้นต้นคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาไทย).....*

(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ชิดขวา)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาอังกฤษ).....

(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ขึ้นต้นชื่อและสกุลด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชิดขวา)

Corresponding author: E-mail: .....( TH Sarabun PSK 14 pt ตัวธรรมดา ชิดขวา)

**บทคัดย่อ** (TH Sarabun PSK 16 pt)

**วัตถุประสงค์ :** .....

**รูปแบบการวิจัย :** .....

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** .....

**ผลการวิจัย :** .....

**สรุปและข้อเสนอแนะ :**.....

**คำสำคัญ :** .....; .....; .....

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด

## Abstract

**Purpose :** .....

**Study design :** .....

**Materials and Methods :** .....

**Main findings :** .....

**Conclusion and recommendations :** .....

**Keywords :** .....; .....; .....

---

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด (ภาษาอังกฤษ TH Sarabun PSK 14 pt)

**บทนำ**

.....

.....

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

.....

.....

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย**

.....

.....

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

.....

.....

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

.....

.....

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

.....

.....

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

.....

.....

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

.....

.....

**ผลการวิจัย**

.....

.....

**ตารางภาพและแผนภูมิ** จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตาราง หรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน

**วิจารณ์**

.....

.....

**ข้อเสนอแนะ**

.....

.....

**กิตติกรรมประกาศ**

.....

.....

**เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)**

1. .....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

**หมายเหตุ** : ต้นฉบับบทความควรมีความยาว 10-15 หน้า

# สารบัญ

หน้า

**ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงต่อความเข้มแข็งทางจิตใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น** 15
**The effect of a reproductive health literacy program combined with the use of music media on mental resilience in preventing unintended pregnancy of early adolescent students**
พวงเพชร นิลพันธุ์, อุไรพรณ์ ทิดจันทึก, จันจิรา สายเชื้อ, ภัทราพร ตันนุกู

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อความฉลาดทางด้านสติปัญญา ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กในเขตตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด** 25
**Effects of Development Promotion and Positive Discipling Building Programs base on Family Participation on Emotional Quotient and Behaviors of Parents in the Child Development Center in Huachang Subdistrict Chaturaphakphiman District Roi-Et Province**
พิสมัย แข็งแรง

**การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย** 36
**Nursing care for patients sepsis : Case study 2 cases**
วราทิพย์ บุญญรากุล

**การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง** 47
**Development of Emergency Triage System at Phonthong Hospital**
สุนิสา ยุคะลัง

**การพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ** 63
**Development of a System for Patient's Triage in Patients Together with Colored Symbols Screening Outpost on Emergency Departments, Sri Somdet Hospital**
บุษบา กวีมูล

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

**ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในโรงพยาบาลโพนทอง** 75
**The Effects of Childbirth Preparation Program on Perceptions with Birth Experience among the First Time Mothers in Phonthong Hospital**
ประนมพร สนั่นเอื้อ, ราตรี พลเยี่ยม

**การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด** 88
**Development care model for HIV infected and AIDs patient and Antiretroviral Adherence among HIV infection and AIDS patients in Nong Hi hospital, Roi-Et province**
มงคล กันตพานิชการ

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด** 101
**The outcomes of the oral health promotion program implemented in the School for the Elderly in Thawatburi District, Roi Et Province.**
อิทณาพร พันธภิบาล

**การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพื่อพัฒนาเด็กอัจฉริยะโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม** 113
**The Development of Iodine Deficiency Prevention to Literacy Model on Develop Intelligent Children by District Quality of Life Committee Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province**
ยงยุทธ คำอาจ

**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โรงพยาบาลเสลภูมิ** 126
**Effects of a Self-management Program for Pulmonary Rehabilitation of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Community, Selaphum Hospital**
กรกานต์ กระเดา

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำ แบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี** 139
**Development of Children with Thalassemia in Receiving a Blood Transfusion Care System On One stop service in Kumpawapi Hospital**
กันติชา ศรีมาตร

**ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อทักษะความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพนทอง** 150
**Effectiveness of Development Promotion and Positive Discipline Building Program base on Family Participation on Emotional Quotient and Behaviors of Parents in Preschool-age Children Phon Thong Health Networking**
ยุพิน นุชิต

**ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลโพนทอง** 162
**Effects of Diabetes Mellitus Patients with Hyperglycemia Care Program by Home Ward, Phon thong Hospital**
อัญชลี ชีวะประเสริฐ, จุฑารัตน์ เข็มจริยา

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด** 176
**Development of Nursing Practice Guideline for Pediatric Patient with Dengue Hemorrhagic Fever in Phon Thong, Roi-Et**
บุญรัตน์ เกตุวร

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม** 186
**Nursing Care for Colorectal Cancer Patients with Colostomy**
วิสา รุ่งโรจน์

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

**ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด** 200
**Effects of meditation Exercise SKT program to the blood pressure level of Uncontrolled hypertensive patients in Nonghi hospital Roi-Et province**
รัชนี ขันโมลี, ณัฐชา รอบดูดี

**ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม** 209
**Effects of educational Health on Health Belief Model Program for Prevention of Iodine Deficient Disorders among pregnant women in antenatal clinic at Subdistrict Health Promoting Hospital In Mueang Maha Sarakham District, Maha Sarakham Province**
ปราโมทย์ หามาลา

**ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย** 223
**Impact of a Nursing Care Guideline of Self-care in Pregnant Women at Risk for Preterm Labor Pain on Rates of Preterm Labor and Preterm Birth in Kaset Wisai Hospital**
ธัญทิพ วงษ์จำปา

**รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง โรงพยาบาลอาจสามารถ** 234
**Model for Developing Professional Nursing Competency on Emergency Response, Advanced Life Support of Patients with Cardiac Arrest by Learning Through Simulations in At Samat Hospital**
ปาริชาติ บุษดี

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

**ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ในโรงพยาบาลเมยวดี** 248
**Effects of a Fall Preventive Program on Perceived Self-efficacy, Outcomes Expectation in Performance and Fall Preventive Behavior the Elderly with Falls Risk in Moei Wadi Hospital**
กัลยาณี ทองรักษ์

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมรัตต์** 262
**Development of Care Model On Sepsis Patients Pathumrat Hospital**
มณีรัตน์ แข็งแรง

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน** 275
**Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Postpartum Hemorrhage in the first 2 hours postpartum at Labor Room, Chaturaphakpiman hospital**
วาสนา วันชา, ชิดกมล สุดชา, เบญจวรรณ สวัสดิผล

**การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน** 287
**The development of Nursing documentation for specific diseases: Inpatient department Chaturaphakphiman Hospital**
สุภารัตน์ ทัพโพธิ์, รุ่งรัศมี เหมวัฒน์, วิภาพร แนบโนนสูง

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

**การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่รับบริการในห้องฉุกเฉิน : โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน** 299
**The Development of Nursing Practice Guidelines for Psychiatric Patients with Aggressive Behavior who Receive Services in the Emergency Room: Chaturaphakphiman Hospital**
มนทกานต์ ตั้งนพรัตน์กุล, พัชชรี เกษแก้ว, อริญญา บุญอรัญ

**ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถ** 308
**Effectiveness of a Nursing Interventions Emphasing Self-mangement Program on Health Outcomes with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Atsamat Hospital**
ละมุล วิเศษปัสสา

**ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลอาจสามารถ** 322
**Effects of Self-efficacy Program on Promoting in Early Childhood Developmental a Mothers with Suspected Delayed of Having, Atsamat Hospital**
ศิริบังอร นิลผาย

**ผลการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่ออุบัติการณ์การทรุดลงและความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลปทุมรัตต์** 336
**Effects of Surveillance an Early Warning Signs on Deteriorating and Safety Patient in Pathumrat Hospital**
เอมอร จ่าภา

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ** 345
**Effect of Nutritional Education Promotion Program on Dietary Behaviors and Blood Pressure Level with Uncontrolled Hypertension in Suwannaphum Hospital**
ศิรินทร์ พัฒนวิบูลย์

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

**ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขัง อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด** 360
**Effects of Developing Potential in Village Health Volunteers Program on Knowledge and Attitude in Basic Life Support for People in Flooded Area Risk Changhan District, Roi Et**
สายสุนีย์ บุตรศรีรักษ์, ทิพย์อาภา ภิบาลศิลป์, ธเนศ กุมภวา

**การพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี** 373
**Development of Operational on Hospital Food Safety Udon Thani Province**
นงนภัส ขันธ์ดวง

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในชุมชน: กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย** 387
**Nursing care for patients with type 2 diabetes who cannot control their sugar levels in the community: Case study comparing 2 cases**
อัญธิชา ถามาโยค

**ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี** 407
**A study of using perceived self-efficacy promoting program at home on expressed emotion of caregivers of person with schizophrenia, Banlat District Phetchaburi Province**
บังเอิญ ทองสมนึก

# สารบัญ (ต่อ)

หน้า

**การส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ในการจัดการความเครียดผู้พักสังเกตอาการ โควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี** 418
**The Promoting Mental Care During COVID-19 in Managing Stress in COVID-19 Observation patient, COVID-19 observation Centers, Ubon Ratchathani, Rajabhat University, Ko-e Sub-district, Khuang Nai District, Ubon Ratchathani**
สมพร ธานี, รัตนา สาธุภาค

**ผลของโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่อการรับรู้การจัดการอาการปวด และคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย** 430
**Effects of a Case-Based Management Nursing Care Plan on Symptom Pain and Perceived Quality in Palliative Care of Patients**
นพรัตน์ ศรีสุวรรณ์

**การพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด** 441
**Development of Performance Appraisal for Nurse as Work place at Community Hospital, Roi-Et Provincial Health Office**
วิภาพร เสมอภาค

**ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความรู้และการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี** 456
**Effect of Clinical Nursing Practice Guidelines on Knowledge and Episiotomy Infection among post partum mothers at Kumpawapi Hospital**
วราภรณ์ รินทชัย, กรองแก้ว อัคเนตร, ณพัชญา สืบมา

# ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงต่อความเข้มแข็งทางจิตใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น

# The effect of a reproductive health literacy program combined with the use of music media on mental resilience in preventing unintended pregnancy of early adolescent students

**พวงเพชร นิลพันธุ์* อุไรพรณ์ ทิดจันทึก** จันจิรา สายเชื้อ*** ภัทราพร ตันนุกูล******

**Phuangphet Ninlapan, Uraiporn Thidjuntuk, Janjira Saicheua, Patraporn Tannugoal**

Corresponding author: E-mail: Phuangphet.ning101@gmail.com

(Received: January 8, 2024; Revised: January 15, 2024; Accepted: February 15, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงต่อความเข้มแข็งทางจิตใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น

**รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 50 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Paired sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$

**ผลการวิจัย** : ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่ากลุ่มควบคุม 4.46 คะแนน (95% CI : 3.97, 4.94) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มควบคุม 8.92 คะแนน (95% CI : 8.20, 9.63) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.70 คะแนน (95% CI : 1.14, 2.25)

**สรุปและข้อเสนอแนะ** : โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น มีความรู้ความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น และยังส่งผลให้มีพฤติกรรมด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ไปในทางที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

**คำสำคัญ** : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; อนามัยเจริญพันธุ์; ความเข้มแข็งทางจิตใจ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

***พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ****นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

## Abstract

**Purposes** : To study the effect of a reproductive health literacy program combined with the use of music media on mental resilience in preventing unintended pregnancy of early adolescent students.

**Study design** : Quasi-experimental research

**Material and Methods** : The study area is a secondary school, in Mueang Roi Et District. Study between March - June 2023. The tools used in the study were reproductive health literacy program combined with the use of music media on mental resilience. Data were collected using a questionnaire on mental strength. Cognition and pregnancy prevention behaviors. Statistics used in the analysis include descriptive statistics and inferential statistics, Paired sample t-test and Independent t-test $p< .05$.

**Main finding** : Comparative results of mental strength among early adolescent students, after experiment, experimental group and control group had a statistically significant difference in mean mental strength scores ($p<.001$). The experimental group had an average mental strength scores 4.46 higher than control group (95% CI: 3.97, 4.94). The mean cognitive scores were significantly different ($p<.001$). The experimental group had a higher cognitive scores than control group by 8.92 (95% CI: 8.20, 9.63). Pregnancy prevention behaviors were significantly different ($p<.001$). The experimental group had a mean behavioral scores 1.70 higher than the control group (95% CI: 1.14, 2.25).

**Conclusion and recommendations** : A reproductive health literacy program combined with use of music media on mental resilience resulted in sample students having increased mental strength. Have a better understanding of pregnancy prevention. It also results in better pregnancy prevention behavior as well.

**Keywords** : Health literacy; Reproductive Health; Mental resilience

*Registered Nurse Professional Level **Registered Nurse Senior Professional Level
***Registered Nurse Practitioner Level ****Public Health Technical Officer, Roi Et Hospital.

## บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ยังคงมีอยู่ทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า มีสตรีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดบุตรอยู่ประมาณร้อยละ 15 ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 90 เป็นประเทศกำลังพัฒนา[1] สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือ “ท้องไม่พร้อมของเด็กวัยเรียน” ในประเทศไทยได้มีความพยายามหาแนวทางแก้ปัญหากันมาอย่างต่อเนื่องกว่าทศวรรษ แต่ยังพบว่าในประเทศไทยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 2 ของประเทศในอาเซียน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่ระบุว่าเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดทารกจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แนวโน้มอายุเฉลี่ยต่ำลงเรื่อย ๆ ทั้งยังมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นในอายุน้อยลงอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นโรงพยาบาลรามาธิบดีประมาณการทำแท้งของวัยรุ่นถึงปีละสามแสนคนหรือวันละ 1,000 คน รวมทั้งอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นน้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่อง การอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ และทางเลือกเมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในจังหวัดร้อยเอ็ดก็เช่นกันพบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงขึ้น และอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี ในปี พ.ศ.2557-2559 พบ 21.94, 38.15 และ 32.20 ต่อพันประชากร ตามลำดับ และอัตราการคลอดของมารดาที่กำลังศึกษาในภาคบังคับอายุ 10-14 ปี ของจังหวัดร้อยเอ็ดปี พ.ศ.2557 คลอดบุตร 32 คน ปี พ.ศ.2558 จำนวน 29 คน และปี พ.ศ.2559 จำนวน 33 คน ส่วนอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2557-2559 พบ 25.95, 25.38 และ 23.72 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงกว่าเกณฑ์ที่รับได้ขององค์การอนามัยโลก อันจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านร่างกายของวัยรุ่นและทารก รวมถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นจากปัญหาการติดเชื้อจากการทำแท้งเถื่อน วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียน เมื่อตั้งครรภ์มักปิดบังปัญหา ไม่มีการฝากครรภ์ ไม่ดูแลบำรุงครรภ์ ประเด็นสำคัญ คือ การตั้งครรภ์ในวัยเรียนทำให้เกิดปัญหาการออกโรงเรียนกลางคัน และมีโอกาสกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาน้อยลง ก็เป็นความสูญเปล่าทางการศึกษาที่ประเมินค่าไม่ได้นำไปสู่การสร้างปัญหาครอบครัว ชุมชนและสังคมที่เวียนวนเป็นวัฏจักรไม่จบสิ้น จึงจำเป็นที่สถานศึกษาซึ่งเป็นสถาบันทางสังคมที่ใกล้ชิดวัยรุ่นมากที่สุด รองลงมาจากสถาบันครอบครัว ต้องแก้ปัญหาเชิงรุก โดยการหันมาให้ความสำคัญกับการหาแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา เพื่อสร้างองค์ความรู้และภูมิคุ้มกันหรือกลวิธีป้องกันตนเอง รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือพิทักษ์สิทธิ์ ปกป้อง และ คุ้มครองนักเรียนให้มีทักษะชีวิต มีความเข้มแข็งต่อสิ่งเย้ายวนจากสังคมที่กระตุ้นเร่งเร้าธรรมชาติของวัยที่กำลังอยู่ในช่วงว้าวุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2]

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในปี พ.ศ.2560-2565 มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิง 10-14 ปี พันคน คิดเป็น 0.86, 0.59, 0.45, 0.62, 0.48 และ 0.31 ตามลำดับ[3] ซึ่งยังคงเป็นปัญหาอยู่ทุกๆ ปี ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมด้วยการปลูกจิตสำนึก สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และเติมความรู้ที่เข้าใจง่ายและจำได้นานขึ้น เพื่อไม่ให้มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้นเพิ่มขึ้นความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะเผชิญกับทุกสถานการณ์อย่างมั่นใจ และมีความอดทนต่อการเผชิญปัญหา ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะเป็นภูมิคุ้มกันให้บุคคลฝ่าวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิตไปได้ และความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถพัฒนาให้มีระดับสูงขึ้นได้ โดยมีการฝึกฝนในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันหรือสภาพการณ์ที่ ซึ่งความเข้มแข็งทางจิตใจ ตามแนวคิดของกรอทเบอร์ก (Grotberg) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งที่ฉันเป็น (I am) คือ ลักษณะบุคลิกภาพที่เข้มแข็งของบุคคล ประกอบด้วยความรู้สึก ทัศนคติ และความเชื่อภายในตัวของบุคคล, สิ่งที่ฉันมี (I have) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า มีแหล่งสนับสนุนหรือการส่งเสริมจากภายนอกคอยช่วยเหลือขณะเผชิญกับสถานการณ์ในทางลบและสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะทางสังคม หรือความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในการศึกษาผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ทางจิตใจในวัยรุ่น[4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงทางเพศในวัยรุ่นได้ และยังมีการศึกษาผลของการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาติดสุราและสารเสพติด พบว่า วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจจะช่วยป้องกันการติดสุราและสารเสพติดได้เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจากการศึกษาดังกล่าวเห็นได้ว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นในวัยรุ่นอันเป็นการเตรียมวัยรุ่นให้มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้เกิดขึ้นและคงอยู่ได้นั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับวัยรุ่นตอนต้นโดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางจิตใจของกรอทเบอร์ก การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการเรียนรู้ และปลูกจิตสำนึกด้านการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยใช้เพลงเป็นสื่อในการเรียนรู้และสร้างจิตสำนึกการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-12 ปี) ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน[4]

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจ ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Two-group Pretest and Posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงสามารถสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดจำนวน 560คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 50 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-ß}\right)^2}{\left(\frac{\delta_{Difference}}{\sigma_{Difference}}\right)^2} + \frac{Z^2_{1-\alpha/2}}{2}$$

Alpha (a) = 0.05, Beta (ß) = 0.2, Mean of difference = 0.3 Standard deviation of difference = 0.4, Minimum paired sample needed = 50 จากคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 50 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้เพลงเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 2 เพลง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงและบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง

2.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ จำนวน 15 ข้อ

2.3 แบบประเมินความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธ์ จำนวน 20 ข้อ

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 10 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์นิสากร วิบูลชัย อาจารย์อนุชา ไทยวงษ์ และนางอุไรพรณ์ ทิดจันทึก หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index) โดยพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหา และทำการประเมินค่าคะแนนความสอดคล้องเนื้อหาในแต่ละส่วน ซึ่งค่า CVI ที่มีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกคนต้องมีความเห็นตรงกันนั่นคือค่า CVI รายข้อต้องได้เท่ากับ 1.00 จึงจะถือได้ว่าเนื้อหานั้นมีความตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงว่าเนื้อหามีความตรงเป็นที่ยอมรับ ส่วนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นในระดับ 1 และ 2 ผู้ศึกษาควรนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับเนื้อหา[5]

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ได้แก่ 1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะนำเข้าสู่การพิจารณารับรอง และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE057/2566 โดยการวิจัย และพัฒนานี้เป็นการวิจัยในพื้นที่การปฏิบัติงานของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการตามกระบวนการของการวิจัย และพัฒนาเพื่อลดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในกระบวนการขอความยินยอม โดยก่อนการวิจัยผู้วิจัยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างและให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อประโยชน์ส่วนบุคคลและการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล และผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

## ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (58.0%) อายุเฉลี่ย 14.22 (SD.=0.81) เคยเรียนเพศศึกษา (100.0%) และช่องทางการเรียนเพศศึกษา คือ ครูที่โรงเรียน ร้อยละ 66.0 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.0%) อายุเฉลี่ย 14.26 (SD.= 0.83) เคยเรียนเพศศึกษา (100.0%) และช่องทางการเรียนเพศศึกษา คือ ครูที่โรงเรียน (72.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของลักษณะทางประชากรของนักเรียน

| คุณลักษณะทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n=50) | กลุ่มควบคุม (n=50) |
|---|---|---|
| | จำนวน(ร้อยละ) | จำนวน(ร้อยละ) |
| **เพศ** | | |
| ชาย | 21(42.0) | 23(46.0) |
| หญิง | 29(58.0) | 27(54.0) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| คุณลักษณะทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n=50) | กลุ่มควบคุม (n=50) |
|---|---|---|
| | จำนวน(ร้อยละ) | จำนวน(ร้อยละ) |
| **อายุ** (ปี) | | |
| 13 – 15 | 50(100.0) | 50(100.0) |
| Mean(SD.) | 14.22(0.81) | 14.26(0.83) |
| **ประวัติการเรียนเพศศึกษา** | | |
| เคย | 50(100.0) | 50(100.0) |
| **ช่องทางการเรียนเพศศึกษา** | | |
| พ่อ แม่ | 5(10.0) | 7(14.0) |
| ครูที่โรงเรียน | 33(66.0) | 36(72.0) |
| อินเตอร์เน็ต/ออนไลน์ | 9(18.0) | 5(10.0) |
| เพื่อน | 3(6.0) | 2(4.0) |

2.การเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง 5.02 คะแนน (95% CI : 4.69, 5.34) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ภายในกลุ่ม

| ความเข้มแข็งทางจิตใจ | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|
| **กลุ่มทดลอง** | | | | |
| **ก่อนทดลอง** | 9.18(1.48) | 5.02 | 4.69, 5.34 | <.001 |
| **หลังทดลอง** | 14.20(0.85) | | | |
| **กลุ่มควบคุม** | | | | |
| **ก่อนทดลอง** | 7.88(1.36) | 1.86 | 1.47, 2.24 | <.001 |
| **หลังทดลอง** | 9.74(1.48) | | | |

การเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่ากลุ่มควบคุม 4.46 คะแนน (95% CI : 3.97, 4.94) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความเข้มแข็งทางจิตใจในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ความเข้มแข็งทางจิตใจ | | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ก่อนทดลอง** | | | | | |
| | **กลุ่มทดลอง** | 9.18(1.48) | 1.30 | 0.73, 1.86 | <.001 |
| | **กลุ่มควบคุม** | 7.88(1.36) | | | |
| **หลังทดลอง** | | | | | |
| | **กลุ่มทดลอง** | 14.20(0.85) | 4.46 | 3.97, 4.94 | <.001 |
| | **กลุ่มควบคุม** | 9.74(1.48) | | | |

3. การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยหลังการทดลองมีคะแนนความรู้ความเข้าใจมากกว่าก่อนการทดลอง 9.42 คะแนน (95% CI : 8.90, 9.93) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ภายในกลุ่ม

| ความรู้ความเข้าใจ | | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **กลุ่มทดลอง** | | | | | |
| | **ก่อนทดลอง** | 8.36(1.98) | 9.42 | 8.90, 9.93 | <.001 |
| | **หลังทดลอง** | 17.78(1.28) | | | |
| **กลุ่มควบคุม** | | | | | |
| | **ก่อนทดลอง** | 6.86(1.51) | 2.00 | 1.32, 2.67 | <.001 |
| | **หลังทดลอง** | 8.86(2.19) | | | |

การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มควบคุม 8.92 คะแนน (95% CI : 8.20, 9.63) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ความรู้ความเข้าใจ | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|
| **ก่อนทดลอง** | | | | |
| **กลุ่มทดลอง** | 8.36(1.98) | 1.50 | 0.79 – 2.20 | <.001 |
| **กลุ่มควบคุม** | 6.86(1.51) | | | |
| **หลังทดลอง** | | | | |
| **กลุ่มทดลอง** | 17.78(1.28) | 8.92 | 8.20 – 9.63 | <.001 |
| **กลุ่มควบคุม** | 8.86(2.19) | | | |

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลองและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง 3.82 คะแนน (95% CI : 3.23, 4.40) ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงภายในกลุ่ม

| การป้องกันการตั้งครรภ์ | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|
| **กลุ่มทดลอง** | | | | |
| **ก่อนทดลอง** | 5.54(1.87) | 3.82 | 3.23, 4.40 | <.001 |
| **หลังทดลอง** | 9.36(0.92) | | | |
| **กลุ่มควบคุม** | | | | |
| **ก่อนทดลอง** | 5.78(1.34) | 1.88 | 1.49, 2.26 | <..001 |
| **หลังทดลอง** | 7.66(1.75) | | | |

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.70 คะแนน (95% CI : 1.14, 2.25) ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| การป้องกันการตั้งครรภ์ | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|
| **ก่อนทดลอง** | | | | |
| **กลุ่มทดลอง** | 5.54(1.87) | 0.24 | -0.88,0.40 | .464 |
| **กลุ่มควบคุม** | 5.78(1.34) | | | |
| **หลังทดลอง** | | | | |
| **กลุ่มทดลอง** | 9.36(0.92) | 1.70 | 1.14, 2.25 | <.001 |
| **กลุ่มควบคุม** | 7.66(1.75) | | | |

## วิจารณ์

ผลการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับการใช้สื่อเพลงต่อความเข้มแข็งทางจิตใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ในครั้งนี้ ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจการป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น เนื่องด้วยการดำเนินการมีการประสานงานและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างครูผู้สอนนักเรียนและผู้ปกครองได้ดีมากยิ่งขึ้น และยังประกอบด้วยกิจกรรมและสื่อการเรียนการสอนที่ทันสมัยสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มที่ศึกษา จึงรวมไปถึงการส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ[6] ที่กล่าวว่า การเรียนรู้อย่างมีความสุข และการทำงานร่วมกันผ่านสื่อผสมช่วยให้กลุ่มศึกษามีความรอบรู้ด้านเพศศึกษาและมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สาริตา สวัสดิกำธร[7] ที่กล่าวว่า วิธีการสื่อสารของมนุษย์นั้น การใช้บทเพลงมาเป็นวิธีการสื่อสารทางวัจนภาษาอย่างมีชีวิตชีวาเปี่ยมล้นไปด้วยอารมณ์ ความรู้สึกและทรงพลัง มีการใช้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึกให้เกิดขึ้นซึ่งกันและกันทั้งสองฝ่ายระหว่างผู้ร้องกับผู้ฟังอย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ผู้ฟังมีความสนใจ และเกิดความรู้ความเข้าใจโดยง่าย นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

อย่างไรก็ดี การศึกษาความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ การสร้างความรู้ความเข้าใจ และการส่งเสริมพฤติกรรมด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ยังจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชน สถานศึกษา และครอบครัว เพื่อให้การดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ในวัยเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้ประสิทธิผลที่ดีและยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารสถานศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยเรียน

2. ขยายผลการศึกษาไปสู่สถานศึกษาในระดับต่างๆ ทั้งระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา สร้างต้นแบบด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน และสถานศึกษาต้นแบบด้านอนามัยเจริญพันธ์

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานด้านสุขภาพ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลสวนพยอม สาขาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน บุคคลากรทุกท่านที่มีส่วนให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Adolescent Pregnancy (Issues in Adolescent health and Development), World Health Organization 2004 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/ lecturestopics/topic-review/2229/
2. สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202101/m_news/32053/200929/file_download/5499b750564075b590cc442f64caae41.pdf
3. สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=212085&id=100907&reload
4. เกณิกา จิรัชยาพร, ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของวัยรุ่นตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(3):113-25.
5. ประกาย จิโรจน์กุล. การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2548.
6. พัชรินทร์ นินทจันทร์, ศรีสุดา วนาลีสิน, ลัดดา แสนสีหา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, พิศสมัย อรทัย. ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล. 2554;17(3):430-43.
7. สาริตา สวัสดิกำธร. เนื้อหาเพลงและอัตลักษณ์แฟนเพลงฮิปฮอปในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/CU.the.2006.148

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อความฉลาดทางด้านสติปัญญา ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กในเขตตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

# Effects of Development Promotion and Positive Discipling Building Programs base on Family Participation on Emotional Quotient and Behaviors of Parents in the Child Development Center in Huachang Subdistrict Chaturaphakphiman District Roi-Et Province

**พิสมัย แข็งแรง***

**Pisamai Kangrang**

Corresponding author: E-mail: tooktapisamai@gmail.com

(Received: January 9, 2024; Revised: January 16, 2024; Accepted: February 16, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกเด็กอายุ 3-5 ปี ในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

**รูปการการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม (One group Pretest-Posttest Group)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-5 ปีบริบูรณ์ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 85 คู่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-เดือนกรกฎคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

**ผลการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 คน หลังการทดลองพบว่า เด็กอายุ 3-5 ปีมีคะแนนเฉลี่ยความลาดทางอารมณ์โดยรวมมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.20 คะแนน (95%CI; 1.14, 1.44) และพบว่าหลังการทดลองผู้ปกครองมีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยรวมมากกว่า 1.19 คะแนน (95%CI; 0.96, 1.44)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้เด็กอายุ 3-5 ปี มีผลลัพธ์ดีขึ้น ดังนั้น ควรส่งให้นำโปแกรมนี้มาใช้ในหน่วยงายที่เกี่ยวข้องต่อไป

**คำสำคัญ :** สร้างวินัยเชิงบวก; ครอบครัวมีส่วนร่วม; ความฉลาดทางอารมณ์; พฤติกรรมของผู้ปกครอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพัตรพิมาน

## Abstract

**Purposes :** To compare the emotional quotient and behavior of parents in promoting development and positive discipline of children aged 3-5 years in Chaturaphakphiman Hospital.

**Study design :** Quasi experimental research; One group pretest-posttest group.

**Materials and Methods :** The sample consisted of 85 pairs of parents and children aged 3-5 years with suspected developmental delays in at least one area. The study was conducted from May-July 2023. Data were collected using assessments and questionnaires. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. and paired t-test statistics, statistically significant at 95% confidence level.

**Main findings :** Total 85 of samples. After the experiment, it was found that children aged 3-5 years had a significantly higher mean overall emotional quotient score than before the experiment ($p<.001$), with an mean score of more than 1.20 (95% CI;1.14, 1.44). And it was found that after the experiment, parents had an mean score of behavior promoting development and overall positive discipline. Statistically significantly higher than before the experiment ($p<.001$), with an overall mean score of behavior promoting development and positive discipline greater than 1.19 points (95%CI; 0.96, 1.44).

**Conclusion and recommendations :** The results of this study resulted in better results for children aged 3-5 years. Therefore, this program should be sent to be used in related schools in the future.

**Keywords :** Positive discipline building; Family participation; Emotional quotient; Behaviors of parents.

* Registered Nurse, Professional Level, Chaturaphak Phiman Hospital.

## บทนำ

พัฒนาการ (Development) เป็นการเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญาด้านการทำหน้าที่ (Function) และวุฒิภาวะ(Maturation) ของอวัยวะระบบต่างๆ ในด้านโครงสร้างการจัดระเบียบส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกมีลักษณะและทิศทางที่แน่นอนสัมพันธ์กับเวลาทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างดีมีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อนมาก ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ได้มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่งและมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย ซึ่งการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้นจะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัยหรือ 6 ปีแรกของชีวิต ในช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่เด็กต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุกๆด้าน การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องได้รับการพัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเฝ้าระวัง และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย[1] จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ[2] และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว กรมอนามัยได้ผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบ และแก้ไขได้ทันท่วงที[3]

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ.2561-2565 มีแนวโน้มการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้น แต่ปลายปี พ.ศ.2563-2564 มีการระบาดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 มีมาตรการเว้นระยะห่างและงดกิจกรรมที่ต้องสัมผัสระหว่างกัน ส่งผลกระทบให้การเข้าถึงระบบคัดกรองลดลง และการที่เด็กปฐมวัยเข้ารับบริการน้อย ทำให้การค้นพบเด็กมีพัฒนาการสมวัยได้น้อย ขณะที่ในปี พ.ศ.2565 การเข้าถึงระบบคัดกรองและพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 แต่ยังพบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ 90) อาจเนื่องมาจากผลจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้การดำเนินงานขับเคลื่อนพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยลดลง และจากการสุ่มสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกๆ 3 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี พ.ศ.2560 ร้อยละ 76.78 ปี และพ.ศ.2563 ร้อยละ 53.1) เช่นเดียวกับวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 จากรายงานข้อมูลในโปรแกรม HDC (30 พฤศจิกายน 2565) ย้อนหลังปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 พบว่า เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.8, 92.8 และ 93.4 ตามลำดับ เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 96.2, 94.5 และ 94.8 ตามลำดับค้นพบเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 38.8, 38.9 และ 36.6 ตามลำดับ เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการร้อยละ 97.0, 96.2 และ 96.7 ตามลำดับ[4] สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ร้อยละ 96.16, 96.90 และ 95.44% ตามลำดับพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 43.35, 43.70 และ 38.65 ตามลำดับ ในทำนองเดียวกับอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ร้อยละ 98.27, 99.36 และ 98.28% ตามลำดับ พบเด็กสงสัยพัฒนาการ

ล่าช้าร้อยละ 67.15, 65.03 และ 40.94 ตามลำดับ[5]

จากรายงานการประเมินจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดข้างต้นชี้ให้เห็นว่าผลงานของอำเภอจตุรพักตรพิมานผ่านทุกตัวชี้วัด แต่เมื่อมองโอกาสแห่งการพัฒนา พบว่ามี GAP เรื่องการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการที่ยังไม่ดีพอ พบสงสัยล่าช้ามากที่สุดของประเทศ สะท้อนว่าผู้เลี้ยงดูไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งสัมพันธ์กับงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 (Denver II) ในปี พ.ศ.2565 พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 40.94 ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 28.1 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำแนกประเด็นออกเป็น 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของมารดาและบิดา ซึ่งประกอบด้วยระดับการศึกษา อาชีพของมารดาส่วนปัจจัยของทารกในครรภ์และขณะคลอด ประกอบด้วยพันธุกรรม น้ำหนักแรกคลอด ของทารกอาหารและภาวะโภชนาการและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ลักษณะที่อยู่อาศัย รวมถึงปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลเด็กและพฤติกรรมการเลี้ยงดู[3] เมื่อวิเคราะห์บริบทของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายาย การใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอาจไม่สะดวก ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นปู่ ย่า ตา ยายได้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนการเด็กอย่างแท้จริง ทั้งนี้กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น[4] จึงได้พัฒนาและจัดทำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย ข้อเสนอแนะที่มีต่อคู่มือฯ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคู่มือ ฯ ดี สามารถนำไปใช้ได้จริง ถึงแม้ว่าชื่อคู่มือ ฯ จะเป็นคู่มือฯ สำหรับ ปู่ย่าตายายก็ตาม แต่สมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ครูหรือบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยก็สามารถใช้คู่มือฯ นี้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ ในปีเดียวกันได้มีการประเมินผลคู่มือฯ ภายหลังจากผู้เลี้ยงดูได้ใช้คู่มือฯ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 3.9 เท่า (95%CI; 1.26-6.75) (Denver II) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือ ฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 2.1 เท่า (95%CI; 1.44-2.71) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือ ฯ 2.5 เท่า (95%CI; 1.16-4.17) (DSPM) และ Denver II[4] กล่าวได้ว่าคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีประสิทธิผลที่ดีเมื่อผู้เลี้ยงดูได้ใช้ในการส่งเสริม และเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสามารถส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นได้ กิจกรรมที่สำคัญคือการคืนข้อมูลรายบุคคล หากผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นประโยชน์ของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ก็จะเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแก้ไขปัญหานั้นจนได้ผลที่ดีกับเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นการแก้ไขและป้องกันปัญหาในระยะยาวที่ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยต่อมา กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็กได้พัฒนาคู่มือฯ ดังกล่าว เป็นโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยซึ่งสามารถประเมินผ่านอุปกรณ์มือถือ แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์บนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตได้ทุกที่ทุกเวลา

จากการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานดังกล่าวแสดงให้เห็นการดำเนินงานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยในอำเภอจตุรพักตรพิมานที่ผ่านมาได้มีการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทำให้สามารถค้นหาเด็กที่มีปัญหาด้านโภชนาการและพัฒนาการได้มากขึ้น และเมื่อเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก อสม.และครูผู้ดูแลเด็กต่อเนื่องภายใน 30 วันพบว่า เด็กมีพัฒนาสมวัยมากขึ้น[5] อย่างไรก็ตามยังมีเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ไม่ได้รับการดูแลเฝ้าระวังกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการตามช่วงวัย

อย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ปกครอง และครอบครัว ดังผลจากรายงานวิจัยของ Real Play Coalition[6] ที่ได้สำรวจการเล่นของเด็กและครอบครัวจำนวนมากกว่า 100 ประเทศ พบว่าสถานการณ์การเล่นในปัจจุบันเด็กมีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลด้านสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา เวลาในการเล่นของเด็กลดลงถึงร้อยละ 25 ผู้ปกครองมีเวลาการเล่นร่วมกับเด็กน้อยกว่า 5 นาทีต่อวัน หรือในประเทศสหราชอาณาจักร ผู้ปกครองให้เวลาเด็กในการเล่นกลางแจ้งลดลงถึงร้อยละ 50 อีกทั้งยังมีผลการศึกษาที่แสดงถึงการขาดโอกาสในการเล่น ปัญหาของการเล่นร่วมกันระหว่างเด็กกับผู้ปกครองลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กครอบครัวไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตประจำวันต่างไปจากเดิมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศครอบครัวส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ การแข่งขันสูง ผู้ปกครองต้องทำงานมากขึ้น เพื่อให้เพียงพอต่อการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตตามค่าครองชีพที่สูงขึ้น ส่งผลต่อการลดทอนความผูกพัน และเวลาร่วมกันระหว่างคนในครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีประเด็นด้านความปลอดภัย ผู้ปกครองจำนวนไม่น้อยที่มีความกังวลในสภาพสังคมปัจจุบัน ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และจำกัดเวลาในการให้เด็กเล่นนอกบ้าน ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเล่นกลางแจ้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเสริมสร้างพัฒนาการของเด็ก[7] ดังนั้น การส่งเสริมการเล่นของเด็กวัยอนุบาล ต้องอาศัยความเข้าใจจากครอบครัวเป็นสำคัญ เนื่องจากเด็กในวัยนี้ยังช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มความสามารถ ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะการจัดโอกาสให้เด็กได้เล่นอย่างสนุกสนาน มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หากผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจย่อมสามารถนำประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมใกล้ๆ ตัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ จัดหาพื้นที่ให้เด็กได้ริเริ่มการเล่นตามความสนใจ ความสามารถ และพัฒนาการตามวัย บทบาทของผู้ปกครองมีความสำคัญต่อการพัฒนาเด็กในทุกด้าน โดยเฉพาะการส่งเสริมการเล่นซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมต่อการเรียนรู้ของเด็กกับโลกภายนอก เพื่อเป็นรากฐานที่สำคัญในการสร้างความเป็นปัจเจกบุคคล สร้างความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ส่งผลให้เด็กสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพเต็มศักยภาพและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครอง แต่จากบริบทของสังคมไทย ผู้ปกครองต้องเผชิญกับความบีบคั้นในหลายๆ ด้าน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3- 5 ปี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี และพฤติกรรมของผู้ปกครองในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเพื่อแก้ไขปัญหาเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กให้เกิดความรอบรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามช่วงวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพัฒนาการ โภชนาการ และทันตสุขภาพ ให้สามารถเฝ้าระวัง กระตุ้น และส่งเสริมแก้ไขปัญหาต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กอายุ 3-5 ปี ในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกเด็กอายุ 3-5 ปี ในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา คือ มุ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม ได้ผู้ปกครองและเด็กอายุ 3-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 85 คู่ 3) ด้านพื้นที่คือ ศูนย์พัฒนาเด็ก จำนวน 5 แห่ง ได้แก่

ศพด.ตำบลหัวช้าง ศพด.บ้านหนองกุง ศพด.บ้านหนองตอ ศพด.บ้านอ้น และศพด.เทศบาลอำเภอจตุรพักตรพิมาน และด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-เดือนกรกฎคม 2566

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (One group Pretest-Posttest Group) ดำเนินการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ได้แก่ พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรในการวิจัยเป็นผู้ปกครอง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-5 ปีบริบูรณ์ เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 185 คู่ ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 5 แห่ง

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-5 ปีบริบูรณ์ เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 185 คู่ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายศูนย์เด็กเล็กในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 5 แห่ง หลังจากนั้นจึงสุ่มผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ 85 คู่ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืน

**คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)** ดังนี้ 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) ผู้ปกครองและเด็กสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ผู้ปกครองและเด็กยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมตลอดจนสิ้นสุดกิจกรรม 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอจตุรพักตรพิมานต่อเนื่องตลอดระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรมกำหนดขึ้น และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**คุณสมบัติของการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)** ดังนี้ 1) เด็กไม่มีปัญหาพัฒนาการอันเนื่องมาจากปัจจัยที่ตัวเด็กเอง เช่น เด็กกลุ่มอาการออทิซึม เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการได้ยินผิดปกติ และ 2) เด็กที่ยังมีปัญหาพัฒนาการแม้จะได้รับการกระตุ้นด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I แล้วก็ตาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P) ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[8] โดยมีกำหนดการดำเนินกิจกรรมกลุ่มร่วมกันทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง จัด 1 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยเครื่องมือย่อย ได้แก่ แผนการสอน สื่อการสอน และชุดอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม

**2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศของเด็ก อายุเด็กอายุผู้ปกครอง ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลักของเด็ก มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และปลายเปิด

2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี เป็นแบบสอบถามของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้งและเป็นประจำ แบ่งเกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ปกติและสูงกว่าปกติ

3) แบบประเมินของพฤติกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติ เป็นแบบสอบถามของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น

มีคำถามทั้งหมด 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน ใช้ประเมินพฤติกรรมเด็กที่รู้จักและคุ้นเคย แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ประคับประคองจิตใจ จำนวน 8 ข้อ การสร้างวินัยเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 7 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย**

1. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P) ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก 1 ท่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

2. แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม(Triple P) ตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหา จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในส่วนของของพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

**ขั้นที่ 1** การเตรียมความพร้อม จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามโปรแกรม โดยขอความร่วมมือกับภาคส่วน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คัดกรองการกระตุ้นส่งเสริมและตรวจติดตามพัฒนาการเด็ก) อสม. (กระตุ้นและสนับสนุนผู้ปกครองในการมีกิจกรรมกับเด็กในชุมชน) ครูผู้ดูแล (เตรียม สถานที่และประสานงานกับผู้ปกครองและเด็กเพื่อให้มาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือลานเล่นของชุนชมการตอบแบบสอบถามและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน) จากนั้นให้ทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ประเมินพัฒนาการเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง โดยใช้คู่มือ DSPM โดยคัดเลือกเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตาม Inclusion Criteria กับ Exclusion Criteria

**ขั้นที่ 2** อบรมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) การจัดกระบวนการเรียนรู้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกในพื้นที่เป้าหมาย ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย อสม.เชี่ยวชาญ สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวม 5 ตำบลๆ ละ 6 คน รวม 30 คน

**ขั้นที่ 3** ประชาคมและจัดทำข้อตกลงในตำบล/หมู่บ้าน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกรวมทั้งการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ และครู ก

**ขั้นที่ 4** ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวจัดกระบวนการเรียนรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือลานเล่นในหมู่บ้านตามบริบทและความพร้อมของสถานที่ โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การสร้างสายใยรักการสร้างวินัยเชิงบวก การสร้างเด็กเก่ง 1 และการสร้างเด็กเก่ง 2 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสลับกับการพัฒนา EF ด้วยการเล่นเกมล้อมรักไปจนครบ 8 สัปดาห์ จัดเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการเก็บรวมรวมข้อมูลแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยและคณะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างก่อนจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือให้ข้อมูลตามความเป็นจริง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ 3 - 5 ปี และแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเป็นประจำห้องผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายวิธีการประเมินและแปลผลให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กก่อนดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และ หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการ และเสริมสร้างวินัยเชิงบวก และพัฒนาการระหว่างก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมและสิ้นสุดโปรแกรมด้วยสถิติที (Paired t-test)

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอคำยินยอมจากผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยในการเข้าร่วมโครงการโดยลงชื่อในเอกสารการยินยอม สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัดระหว่างการเก็บข้อมูล ไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุลรวมถึงหลีกเสี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลต่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ข้อมูลที่เก็บได้จะถูกเก็บเป็นความลับ หลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายทันที

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 คน หลังการทดลอง พบว่าเด็กอายุ 3-5 ปีมีคะแนนเฉลี่ยความลาดทางอารมณ์โดยรวม มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.20 คะแนน (95%CI; 1.14, 1.44) และพบว่าหลังการทดลองผู้ปกครองมีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกโดยรวม มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยรวมมากกว่า 1.19 คะแนน (95%CI; 0.96, 1.44) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี โดยรวม

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean differences (SE.) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความฉลาดทางอารมณ์เด็ก** | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 85 | 1.80(0.32) | 1.20(0.07) | 1.14,1.44 | <.001 |
| หลังทดลอง | 85 | 3.09(0.58) | | | |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยรวม (n=85)

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean differences (SE.) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **พฤติกรรมของผู้ปกครอง** | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 85 | 2.97(0.68) | 1.19(0.12) | 0.96, 1.44 | <.001 |
| หลังทดลอง | 85 | 4.17(0.90) | | | |

## วิจารณ์

**ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย** ดังนี้

1. หลังการทดลองพบว่าเด็กอายุ 3-5 ปีมีคะแนนเฉลี่ยความลาดทางอารมณ์โดยรวม มากกว่าก่อนทดลองโดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.20 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับในผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 4-5 ปี โดยศึกษาในชั้นอนุบาล 1 ซึ่งเข้ารับการศึกษาในโรงเรียนปฐมวัยอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาทผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทานเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเด็กในกลุ่มควบคุม ทั้งคะแนนโดยรวมและคะแนนรายด้าน

ทั้งสามด้าน คือ ดีเก่ง และสุขแต่พัฒนาการทางภายาของเด็กทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน[9]

2. หลังการทดลองผู้ปกครองมีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยรวมมากกว่า 1.19 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับผลการศึกษาของพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับสูง (Mean= 122.17, SD.= 4.103) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย จำแนกรายด้านพบว่า ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก ด้านการสร้างสายใย (Mean = 30.76, SD. = 2.31) ด้านการสร้างวินัย (Mean = 30.06, SD. = 1.84) ด้านการสร้างเด็กเก่งครั้งที่ 1 (Mean =30.36, SD.= 2.05) และการสร้างเด็กเก่งครั้งที่ 2 (Mean = 30.99, SD.= 2.17) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในกลุ่มผู้ปกครองผู้เป็นบิดามารดา และในกลุ่มผู้ปกครองผู้เป็นปู่ย่า/ตายาย หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นบิดามารดา และในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นปู่ย่า/ตายาย มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean= 121.78, SD.=4.10) และ (Mean = 122.65, SD.=4.07); ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ทั้งหลังการทดลองและเมื่อติดตามประเมินผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมปกติหลังการได้รับโปรแกรม และเมื่อติดตามประเมินผล 1 เดือน[11]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายให้มีความรู้และทักษะในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติเป็นประจำได้ที่บ้าน ทั้งด้านการสร้างสายใย ด้านการสร้างวินัยและการสร้างเด็กเก่ง เช่นเดียวกับการวิจัยของวิจิตร จันดาบุตร และคณะ[12] ได้ศึกษากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กระบวนมีส่วนร่วมของเครือข่ายและผู้ปกครอง โดยมุ่งเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญและเข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการปฏิบัติกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงการศึกษาของอุดมลักษณ์ กุลพิจิตร และพัชราภรณ์ พุทธิกุล[13] ได้วิเคราะห์สถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่และนวัตกรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว อธิบายว่า การพัฒนาความผูกพันโดยการให้ความรักความเอาใจใส่เสมอต้นเสมอปลาย ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์จิตใจ ด้านสังคม ด้านสติปัญญา การปรับตัวระหว่างเด็กและผู้ดูแลหลัก เช่นปู่ย่าตายาย การหมั่นคอยติดตามสิ่งที่เด็กสื่อสาร พร้อมทั้งตอบสนองความต้องการ รวมถึงการสนทนากับเด็กด้วยภาษากายเป็นองค์ประกอบหลักของการผูกสายสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะส่งผลบวกต่อการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กต่อไป

ในทำนองเดียวกันถ้าผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ จากการปฏิบัติกอด เล่า เล่น ร้อง เต้น วาด และสร้างสมาธิ ส่งผลให้ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยทั้งในด้านเก่ง ด้านดี และด้านความสุขเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้จากกิจกรรม

ที่ผู้ปกครองปฏิบัติ และจากการติดตามพฤติกรมได้ค้นพบถึงความถนัดของเด็ก ได้สังเกตตรวจติดตามพัฒนาการของเด็กเป็นประจำได้เสริมสร้างความมั่นใจได้โต้ตอบตั้งคำถามชวนเด็กคิด กระตุ้นต่อยอดความคิดของเด็กได้สร้างความรักความอบอุ่นและความผูกพันระหว่างกันได้พูดคุยสื่อระหว่างกิจกรรม ได้หาวิธีเล่นหรือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในรูปแบบต่างๆ ผ่านกิจกรรมโปรแกรมอธิบายได้ว่าการได้รับกำลังใจ หรือการได้รับคำชื่นชมเป็นส่วนสำคัญของความผูกพันทางอารมณ์ การสร้างความมั่นใจ และความมั่นคงทางอารมณ์ เพื่อให้เด็กรู้สึกมั่นใจมั่นคง และปลอดภัยเป็นพื้นฐานเพื่อให้เด็กมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครอง การสร้างวินัย โดยการปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ปกครองการตอบสนองต่อพฤติกรรมเด็กที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ เป็นการฝึกทักษะเด็กทางสังคม และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นการสร้างเด็กเก่ง โดยการชื่นชมสร้างความภาคภูมิใจ การให้รางวัลที่ถูกต้องเหมาะสม การฝึกการรอคอยและกำหนดกติกา การฝึกโต้ตอบและสื่อสารให้เด็กฝึกการช่วยเหลือตนเองง่าย ๆ ในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการปูพื้นฐานความมั่นใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองหากเกินกำลังสามารถสื่อสารขอความช่วยเหลือได้[14]

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้** (1) การดำเนินกิจกรรมอย่างครบถ้วนอย่างน้อย 16 สัปดาห์ การเน้นความสำคัญของผู้ปกครองในการนำกิจกรรมไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งการสื่อสารแก่สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันเพื่อดูแลเด็กอย่างถูกวิธีและเป็นไปทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม และ (2) ควรศึกษาความแตกต่างระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบหรือระหว่างกลุ่มบิดามารดาและผู้ดูแลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา ซึ่งจะสามารถแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนของประสิทธิผลของโปรแกรมยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งถัดไป** (1) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทการส่งเสริมการเล่นของผู้ปกครองเมื่อผู้ปกครองต้องทำงานจากที่บ้าน (2) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาประเด็นการสนับสนุนการเล่นและการเรียนรู้ของผู้ปกครองเมื่อเด็กต้องเรียนออนไลน์ (3) ควรมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวิเคราะห์ความเข้าใจที่แท้จริงของผู้ปกครองในการส่งเสริมการเล่น

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับย่อ). กรุงเทพฯ; 2560.
2. World Health Organization. Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early identification, Assessment and Intervention in Low- and Middle Income Countries: a Review. Child and Adolescent Health and Development. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
3. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1):281-96.
4. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์; 2563.
5. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. กลุ่มงานยุทธศาสตร์; 2565.
6. Real play coalition. Value of play report [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 23]. Available from: https://www.realplaycoalition.com/wp-content/uploads/2018/11/The-Real-Play-Coalition_Value-of-Play-Report.pdf
7. เข็มพร วิรุณราพันธ์. รู้เท่าทันสื่อ ICT [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http:/linetfoundation.or.th/icthappydownloadlearn/pdf/1.ICT_Book 1.pdf
8. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม. เชียงใหม่:ปริษัท สยามพิมพ์นานา จำกัด; 2563.

9. กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทานต่อความฉลาดทางอารมณ์และพัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
10. จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, วิชาภรณ์ คันทะมูล, ระบอบ เนตรทิพย์. ผลการศึกษาของประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2562;6(1):71-85.
11. สุพัตรา นุตรักษ์, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อุ่นเรือน แก้วพินิจ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนรังสิต. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2555;7(2):84-95.
12. วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข, วิโรจน์ เซมรัมย์. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561;13(1):208-19.
13. อุดมลักษณ์ กุลพิจิตร, พัชราภรณ์ พุทธิกุล. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่และการนำเสนอนวัตกรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว. วารสารครุศาสตร์. 2560;45(3):188-205.
14. ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์. การเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ด้วยกินกอดเล่น เล่า. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.

# การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย
# Nursing care for patients sepsis : Case study 2 cases

**วราทิพย์ บุญญรากุล***
**Warathip Bunyarakul**
Corresponding author: E-mail: bunyarakul@gmail.com
(Received: January 10, 2024; Revised: January 17, 2024; Accepted: February 17, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลหนองสองห้อง

**วัสดุและวิธีการศึกษา :** การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลหนองสองห้อง ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ศึกษาในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในเดือนกันยายน ถึงเดือน ธันวาคม 2566 จำนวน 2 ราย โดย เปรียบเทียบกับงานวิจัยและการพยาบาล

**ผลการศึกษา** : การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้รับการคัดกรองตั้งแต่แรกรับ โดยใช้แนวทางการดูแลตาม SIRS และ MEWS Score ผู้ป่วยจะได้รับการเข้าตรวจรักษาตามแนวทางทาง KhonKaen Sepsis protocol อย่างรวดเร็ว สามารถลดความรุนแรงของโรค เพิ่มโอกาสรอดชีวิตและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ในระบบคัดกรองตั้งแต่แรกรับ และมีการติดตามระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ร่วมด้วย ส่งผลให้การรักษาโรคมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ :** การพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองสองห้อง

## Absract

**Purposes :** Study nursing outcomes for patients with sepsis. Compare 2 case studies that received treatment in Nong Song Hong Hospital.

**Materials and Methods :** The patients with sepsis should be encourage to receive proper care and be safe from complications. This study on 2 patients with sepsis from September 2023 to December 2023, comparing with research and nursing as follows.

**Main findings :** This comparative study of 2 case studies found that patients with sepsis that have been screened since the beginning by using care guidelines based on SIRS and NEWS Score, patients will receive treatment according to the Khon Kaen Sepsis protocol quickly, which can reduce the severity of the disease. Increased chance of survival and fewer days spent in hospital Therefore, it is recommended to develop a system for caring for Sepsis patients in a screening system from the beginning of admission.

**Conclusion and recommendations :** There is also a follow-up study on the development of the care system for Sepsis patients, which makes the treatment of the disease more effective.

**Keyword :** Nursing care of patients with Sepsis

*Registered Nurse, Professional Level, Nong Song Hong Hospital.

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญเพราะเป็นเหตุให้เกิดอัตราตายสูง การติดเชื้อกระแสเลือดเกิดจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อ (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) และเป็นสาเหตุการตายสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยติดเชื้อทั้งหมด ในระยะ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ที่สหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.7 ต่อปี คิดเป็นจำนวน 400,000 รายต่อปี และมีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 352 สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 32.03 หรือ อาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ทุก 3 นาที และ มีผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในปี พ.ศ.2562-2564 เท่ากับ 32.92 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข[1] ตั้งเป้าหมายไว้ คืออัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดต้องน้อยกว่าร้อยละ 28 โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น บุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดและมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหาระบบการ ดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้าจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่ม[2] ภาวะช็อกเกิดจากการติดเชื้อเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่มีความซับซ้อนผู้ป่วยต้องได้รับการ ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน หากมีความล่าช้าอาจจะทำให้เสียชีวิตได้

จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังของ โรงพยาบาลหนองสองห้อง พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการ เสียชีวิตทั้งหมดมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2564 – 2566 มีผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis พบอัตราเสียชีวิต 5 ราย, 13 ราย, และ 13 ราย ตามลำดับ[3] จะพบว่าจำนวนของผู้เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ ในทุกกระบวนการตองเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินการวินิจฉัย การวางแผนในการให้การดูแลและช่วยเหลือส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย มีแนวโน้มเป็นไปในทางที่ดีขึ้น บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในทุกกระบวนการของการดูแลพยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ลักษณะอาการทางคลินิก การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาและการให้การพยาบาลเป็นอย่างดี ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถ้าได้รับการตรวจและการวินิจฉัยโรคถูกต้องและ รวดเร็ว รวมทั้งมีการวางแผนและการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้ บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในทุกกระบวนการของการดูแลรักษา โดยต้องมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ ดูแลครอบคลุมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยงทาง คลินิก และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้หลักกระบวน การพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีการรับรู้ถึงอันตรายของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และมีแรงจูงใจในการป้องกันโรค สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำเอกสารวิชาการฉบับนี้จึงได้ทาการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสรีรวิทยาของโรค

สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลที่ทันสมัยโดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ นำเสนอในรูปกรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความสำคัญของการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่คัดกรองแรกรับในการมารับบริการ เพื่อการวินิจฉัย นำไปสู่การวางแผนเข้าระบบปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบครบวงจร ทำให้อัตราการตายลดลงและลดภาวะแทรกซ้อน ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (น้อยกว่าร้อยละ 28)

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลหนองสองห้อง

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองสองห้อง จำนวน 2 ราย รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้นอนพักรักษาตัว ที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาและมีภาวะแทรกซ้อนได้มีการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ขอนแก่น ผู้จัดทำเอกสารวิชาการได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและสถิติของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับการใช้แนวทางในการคัดกรอง SIRS และ MEWS Score และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

## ผลการศึกษา

**ตารางที่ 1** ข้อมูลผลการประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ข้อมูลภาวะสุขภาพ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** | ผู้ป่วยเพศชายอายุ 79 ปี ให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ปัสสาวะแสบขัด และมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Sigmoid Colon) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองสองห้อง มีประวัติปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว | ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 74 ปี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะออกน้อย มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองสองห้อง มีประวัติปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว |

**ตารางที่ 2** ข้อมูลผลการประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| 11 แบบแผนสุขภาพ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ** | รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นโรคว่ามีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ต้องได้รับยาฆ่าเชื้อและได้นอนโรงพยาบาลเป็นจำนวนหลายวัน | รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นโรคว่ามีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ต้องได้รับยาฆ่าเชื้อและได้นอนโรงพยาบาลเป็นจำนวนหลายวัน |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| 11 แบบแผนสุขภาพ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร** | มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชุ่มชื้นดี | มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผิวหนังไม่แห้ง มีความยืดหยุ่น ความชุ่มชื้นดีไม่มีบวมตามร่างกาย |
| **แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย** | ปัสสาวะแสบขัด สีปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่ขุ่น ขับถ่ายอุจจาระปกติ | ปัสสาวะแสบขัดปัสสาวะเป็นสีเหลืองใสไม่ขุ่น แต่ปัสสาวะออกน้อย ขับถ่ายอุจจาระปกติ |
| **แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** | เดินออกกำลังกายรอบบริเวณบ้าน วันละ 2-3 รอบ | แกว่งแขนขาวันละ 80 -100 ครั้ง เบาๆ |
| **แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ** | มีอาการนอนหลับไม่สนิท ช่วง 2-3 วันที่ผ่านมาเนื่องจากมีไข้ | นอนหลับได้ดี |
| **แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้** | มีการรับรู้เป็นปกติ การได้ยิน การรับรู้เวลา การรับรส การได้กลิ่น รับรู้เรื่องโรคและมีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดยา การกินยา การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ | มีการรับรู้เป็นปกติ การได้ยิน การรับรู้เวลา การรับรส การได้กลิ่น รับรู้เรื่องโรคและมีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดยา-การกินยา การขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ |
| **แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์** | รับรู้ว่าตนเองมีไข้สูง หนาวสั่น มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกได้ | รับรู้ว่าตนเองมีไข้สูง หนาวสั่น มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกได้ |
| **แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ** | มีสัมพันธภาพภายในครอบครัว และเพื่อนบ้านดี แต่การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากอายุมากเดินเหินไม่ค่อยสะดวก | มีสัมพันธภาพภายในครอบครัว และเพื่อนบ้านดี แต่การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากมีไข้ |
| **แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์** | ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้ | ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้ |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| 11 แบบแผนสุขภาพ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด** | ผู้ป่วยปรับตัวในการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและมีความกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น | ผู้ป่วยปรับตัวในนอนโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม |
| **แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ** | ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้ | ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้ |
| **การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ** | น้ำหนัก 60 กิโลกรัม สูง 170 ซม.<br>BMI 20.77<br>อุณหภูมิร่างกาย 39.7 องศาเซลเซียส<br>อัตราการเต้นชีพจร 110 ครั้ง/นาที (จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ)<br>อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที<br>ความดันโลหิต 104/62 มิลลิเมตรปรอท<br>- เปลือกตาไม่ซีด<br>- ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้าง ปกติ<br>- หัวใจเต้นปกติ ไม่ผิดจังหวัด | น้ำหนัก 56 กิโลกรัม สูง 160 ซม.<br>BMI 21.87<br>อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส<br>อัตราการเต้นชีพจร 96 ครั้ง/นาที (จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที<br>ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท<br>- เปลือกตาซีดเล็กน้อย และเล็บซีด<br>- มีภาวะเหงื่อกอักเสบ<br>- มีต้อเนื้อข้างขวา<br>- หัวใจเต้นปกติ ไม่ผิดจังหวัด<br>- ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้าง ปกติ |

**ตารางที่ 3** วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลวิชาการกับกรณีศึกษา 2 ราย

| Severe sepsis / Septic shock | ข้อมูลวิชาการ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|---|
| **1. การวินิจฉัย** | 1. SIRS อย่างน้อย 2 ข้อ | 1. มีไข้ 39.7 องศาเซลเซียส<br>2. ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที<br>3. อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที<br>4. WBC 25,600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร<br>5. ระดับความดันโลหิต 104/70 mmHg | 1. มีไข้ 38.8 องศาเซลเซียส<br>2. ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที<br>3. อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที<br>4.WBC 21,280 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร<br>5.ระดับความดันโลหิต 90/60 mmHg |

**ตารางที่ 3** (ต่อ)

| Severe sepsis / Septic shock | ข้อมูลวิชาการ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|---|
| | 2. มีแหล่งการติดเชื้อ | 2. ปัสสาวะแสบขัด 3 วันก่อนมา รพ. | 2. ปัสสาวะแสบขัด 1 วันก่อนมา รพ. |
| | 3. MEWS Score (Modified Early Warning Scores) | 3. MEWS Score =6 | 3. MEWS Score = 5 |
| **ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับ** | | วินิจฉัยแรกรับ คือ Acute pyelonephritis หลังผู้ป่วยนอน รพ.ได้ 2 ชม. มีภาวะระดับความดันโลหิตต่ำ | วินิจฉัยแรกรับ UTI with Sepsis shock CRS failure type IV<br>1) SIRS 4 ข้อ<br>2) อาการปัสสาวะแสบขัด เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ<br>3) MEWS Score = 5 |
| **2. การรักษา** | 1. การให้ยาปฏิชีวนะ และควบคุมแหล่งการติดเชื้อ | 1. Ceftriaxone 2 gm iv OD ผล H/C G-ve bacilli ได้เปลี่ยนยาต้านจุลชีพเป็น Amikin 350 gm iv OD | 1. Ceftriaxone 2 gm iv stat refer รพ.ศูนย์ขอนแก่น |
| | 2. การรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้ปกติ | 1. NSS 1000 ml iv load 500 ml then 80 ml/hr<br>2. Levophed 4 mg in 5%D/W 100 ml iv เริ่ม 5 ml /hr | 1. ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip60 ml/hr และload NSS 1,000 ml ตามแผนการรักษา<br>2. ให้ Levophed 4 in 5%D/W 100 ml iv เริ่ม drip 10ml/hr ตามแผนการรักษา Keep BP ≥ 90/60 |
| **3. การพยาบาล** | 1. การคัดกรอง<br>- ซักประวัติ<br>- SIRS อย่างน้อย 2 ข้อ<br>- MEWS Score >4 | 1. SIRS = 4 ข้อ<br>2. MEWS Score = 6<br>3. การซักประวัติ อาการสำคัญ คือ มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด 3 วันก่อนมา รพ. | 1.SIRS = 4 ข้อ<br>2. MEWS Score = 5<br>3. การซักประวัติ อาการสำคัญ คือ มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะออกน้อย 2 ชม.ก่อนมา รพ. |

**ตารางที่ 3** (ต่อ)

| Severe sepsis / Septic shock | ข้อมูลวิชาการ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|---|
| | 2. การประเมิน<br>-V/S<br>- MEWS Score<br>- ติดตามผลแลป | 1. MEWS Score ทุก 2 ชม.<br>2. V/S ทุก 15 นาที<br>3. Urine out put ทุก 2 ชม. | 1. MEWS Score ทุก 2 ชม.<br>2. V/S ทุก 15 นาที<br>3. Urine out put ทุก 2 ชม. |
| | 3. การรายงานแพทย์<br>- MAP< 65<br>- Urine < 0.5 ml/kgBW/hr<br>- หายใจเหนื่อย RR >24 ครั้งต่อนาที | 1.หลังจาก Load NSS BP 86/56 mmHg<br>2.ให้ Levophed 4:5%D/W 250 ml iv drip 10ml/hr ตามแผนการรักษา Keep BP≥ 90/60 mmHg | 1. หลังจาก Load NSS BP 74/42 mmHg<br>2. ให้ Levophed 4:5%D/W 250 ml iv drip 10ml/hr ตามแผนการรักษา Keep BP≥ 90/60 mmHg |

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|---|
| **แรกรับ** | 1. มีการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ | 1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ |
| **ระยะเข้ารับการรักษา** | 1. มีการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ<br>3. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด | 1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ<br>3. ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งในเลือด เนื่องจากภาวะไตวายเฉียบพลัน<br>4. เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรลัยท์-ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) |
| **ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน** | - วิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย กลัวการตายและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง<br>- มีโอกาสเกิดโรคซ้ำเนื่องจากขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง | - วิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย กลัวการตายและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง<br>- มีโอกาสเกิดโรคซ้ำเนื่องจากขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง |

เพื่อให้เห็นความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี ผู้ศึกษาจึงได้เปรียบเทียบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | สรุปผลวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|---|---|---|---|
| นำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตามมาตรฐานสากลมาใช้<br>1. SIRS<br>2. MEWS Score | ไม่พบการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับ | ใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบการใช้แนวทางการคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งวินิจฉัยโรค แต่ข้อมูลของผู้ป่วยที่แสดงเปรียบเทียบทางวิชาการมีความชัดเจนที่แสดงอาการติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกผู้ป่วยนอก จนกระทั่งผู้ป่วยมีภาวะระดับความดันโลหิตต่ำ จึงได้ทำ Hemoculture ที่ตึกผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า และได้เปลี่ยนยาตัวยาปฏิชีวนะใหม่ |
| ค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วโดยใช้เครื่องมือประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน | แรกรับไม่ได้ประเมินโดยใช้เครื่องมือ SIRS และ MEWS Score จึงไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่อยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก | ค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือ SIRS และ MEWS Score | กรณีศึกษาที่ 1 มีการระเมินผลที่ล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ CA Sigmoid Colon มีประวัติปัสสาวะแสบขัดเป็นๆหายๆมาตลอด แต่ผลตรวจปัสสาวะปกติ |
| ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ | 24 ชม. หลังจากได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองสองห้อง | 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน | กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการตรวจ Hemoculture ล่าช้าใช้ระยะเวลา 24 ชม. ซึ่งต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลาเพียง 30 นาที |

**ตารางที่ 5** (ต่อ)

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | สรุปผลวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|---|---|---|---|
| การได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) | 24 ชั่วโมง | 40 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย | กรณีศึกษาที่1 ไม่ได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง ซึ่งต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยาต้านจุลชีพภายใช้เวลาเพียง 40 นาที |
| การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก | 2 วัน | 41 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย | กรณีศึกษาที่ 1 ไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรกกว่าจะได้รับใช้เวลา 2 วัน ซึ่งต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับ ภายใน 41 นาที ซึ่งได้รับการรักษาเร็วกว่ามาตรฐาน 19 นาที |
| ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล | 13 วัน | 8 วัน | กรณีศึกษาที่ 1 มีระยะเวลาในการนอน รพ. นานกว่ากรณีศึกษาที่ 2 จำนวน 5 วัน |
| ภาวะแทรกซ้อน | ภาวะไตวายเฉียบพลัน | ภาวะไตวายเฉียบพลัน | มีภาวะแทรกซ้อนที่เหมือนกัน |
| ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเมื่อจำหน่าย | มีชีวิต | มีชีวิต | มีชีวิต ทั้ง 2 ราย |

## วิจารณ์

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ถึงแม้ว่าข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอายุใกล้เคียงกัน แต่กรณีศึกษาที่ 1 เกิดความล่าช้าในการคัดกรองและวินิจฉัย ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมิน SIRS และ MEWS Score ซึ่งผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งวินิจฉัยโรค โดยแสดงเปรียบเทียบข้อมูลทางวิชาการมีความชัดเจนที่แสดงอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ตรวจ Hemoculture ถึง 24 ชั่วโมง ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะและไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่า กรณีศึกษาที่ 2 ถึง 5 วันด้วยกัน ถึงแม้ว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงกันก็ตาม

ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้จากการให้การพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 เกิดความล่าช้าในการคัดกรอง และ

วินิจฉัย ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน SIRS และ MEWS Score และเริ่มใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อผู้ป่วยมีเมื่อผู้ป่วยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนาน ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ที่เริ่มจากการคัดกรอง วินิจฉัย และการดูแลรักษาได้รวดเร็วทันทีตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งค้นหาผู้ป่วยได้จากการใช้เครื่องมือ SIRS และ MEWS Score รวมทั้งใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงแต่ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่ากรณีศึกษาที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Robert C. Amlandn and Kristin E. Hahn-Cover[4] วิเคราะห์หาสาเหตุการตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลสุรินทร์ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยระบบทางด่วน พบว่าไม่มีรูปแบบการประเมินผู้ป่วยที่รวดเร็วพอ ผู้ป่วยต้องรอรับบริการเหมือนผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป ไม่มีการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความรวดเร็วในการรักษา

จะเห็นได้ว่าภาวะ Sepsis และ Septic shock เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีอัตราการตายสูง หัวใจสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษาอย่างรวดเร็ว โดยทีมที่มีศักยภาพ ความพร้อมของผู้ดูแล อุปกรณ์ เครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยหายปลอดภัย ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน มีบทบาทสำคัญเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงเป็นผู้ประสาน

ทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง มีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะ Sepsis และ Septic shock ที่ถูกต้องแม่นยำเข้าใจพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคสามารถใช้เครื่องมือในการประเมิน คัดกรอง เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมตลอดจนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อข้อมูลในเครือข่ายสุขภาพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีความมั่นใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. Inspection Guideline ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 23 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.229.18/inspec/2561/inspec1
2. ฑิตยา วาระนัง. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. 2562;11:1-8.
3. โรงพยาบาลหนองสองห้อง. รายงานข้อมูลประจำปี 2566. จังหวัดขอนแก่น. โรงพยาบาลหนองสองห้อง; 2566.
4. Amland R C, Hahn-Cover K E. Clinical decision support for early recognition of sepsis. American Journal of Medical Quality. 2019;34(5):494–501.

# การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง
# Development of Emergency Triage System at Phonthong Hospital

**สุนิสา ยุคะลัง***
**Sunisa Yukalung**
Corresponding author: E-mail: sunisa-yu@hotmail.com
(Received: January 11, 2024; Revised: January 18, 2024; Accepted: February 18, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบการคัดกรอง และประเมินผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้รับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 25 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก (Inclusion criteria and exclusion criteria) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 20 คน และผู้รับผิดชอบการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึก แบบประเมินแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย :** (1) สถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบปัญหาทั้งด้านบุคลากรคัดกรอง ระบบบริการคัดกรอง และสถานที่คัดกรอง (2) ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 ด้าน 1) การพัฒนาบุคลากรคัดกรองให้มีความเหมาะสม 2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่สอดคล้องกับบริบท 3) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองให้ง่ายต่อการนำไปใช้ 4) การพัฒนาสถานที่สำหรับการคัดกรองและรอรับบริการให้เพียงพอต่อการบริการ 5) การพัฒนารูปแบบการสื่อสาร ลำดับคิวและระดับความรุนแรงทั้งทางด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 6) การพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองที่มีความสมบูรณ์ และ (3) การประเมินผลลัพธ์พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.90 เป็น ร้อยละ 88.71 คัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ลดลงจากร้อยละ 14.32 เป็นร้อยละ 8.22 คัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ลดลงจากร้อยละ 4.77 เป็น ร้อยละ 3.06 และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (66.8%)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผลลัพธ์การให้บริการมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรนำแนวทางการพัฒนาจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้พัฒนาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

**คำสำคัญ :** ระบบการคัดกรอง; ผู้ป่วยฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

## Abstract

**Purposes :**. To study the situation, develop the system, and evaluate the results of development of emergency triage system at Phonthong Hospital.

**Study design :** Mutual collaborative action research

**Materials and Methods :** 25 of Key informants were received services at emergency nursing work who met the inclusion criteria and exclusion criteria, 20 of related service providers, and those responsible for develop a system for screening, 6 of emergency patients. Data were collected using a recording forms, assessment forms, and questionnaires for group discussions, questionnaire guidelines for interviews, and analyzed the data using frequencies, percentages, means and standard deviations.

**Main findings :** (1) There were found that problems in screening emergency patients in terms of screening, personnel, triage system and screening locations. The screening system (Phonthong Hospital Triage) consists of initial symptom assessment, prioritize the urgency of medical treatment (within 4 minutes), severity was divided into 5 categories: resuscitation (red), emergency (pink), urgency (yellow), semi-Urgency (green), and non-Urgency (white) and (3) evaluation of results of screening system found that results of patient screening were correct (88.71%).

**Conclusion and recommendations :** The results of this study result in increased quality of service recipients, providers, and service results. Therefore, development guidelines from this research should be used for further development in related agencies.

**Keywords :** Triage System; Emergency

*Registered Nurse, Professional Level, Phon Thong Hospital.

## บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานหนึ่งที่สำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นด่านแรกในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีอาการเฉียบพลันและอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยอย่างกระทันหัน ซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วนรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งต้านร่างกายและจิตใจ การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการส่งผลต่อการให้บริการและบริหารจัดการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากการสำรวจของสมาคมพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2005 พบว่า การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[1] ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ระยะเวลาในการรอคอยแพทย์นานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนฉุกเฉินและต้องการการรักษาทันที ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิต ในจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้น มีทั้งที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินจริง ๆ ได้รับการช่วยเหลือช้าลง จึงนำระบบคัดกรองผู้ป่วย (Triage) มาบริหารจัดการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[2]

การคัดกรองผู้ป่วยมีความสำคัญและช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสามารถช่วยลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการคัดกรองผู้ป่วยต้องมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเร่งด่วนที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Christ M et al.[3] ที่พบว่าระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนได้น้อย ช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนได้มากขึ้น ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินสามารถส่งต่อได้ตามความเหมาะสม ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่าย และทรัพยากรเกินความจำเป็น นอกจากนี้ยังสามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดความแออัดในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อีกด้วย[4] สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนน้อยช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม[5] ดังนั้น คุณภาพการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนที่แท้จริง ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจริง สามารถส่งต่อได้ตามความเหมาะสม ลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่าย และการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น

การคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง ในระยะแรกใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท คือ ฉุกเฉิน เร่งด่วน และไม่ฉุกเฉิน ที่เสนอโดยกองการพยาบาล[6] ต่อมามีการพัฒนาโดยนำการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (Guideline for ER service delivery) ด้วยระบบ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นการคัดกรอง 5 ระดับ พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) การคัดแยกในระบบ ESI เดิมพยาบาลคัดแยกจะประเมินอาการ โดยใช้หลัก Primary Triage เป็นการประเมินโดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ (ไม่จำเป็นต้องตรวจโดยละเอียด) อาการสำคัญ อาการที่แสดงความคุกคามต่อชีวิต ต่อมา Secondary Triage เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ Vital Signs, Lab, X-ray, ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ส่วนระบบ MOPH ED Triage จะใช้หลักการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources) ขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (Acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การประเมินลักษณะ (Acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขา และอวัยวะเป็นหลักการประเมินทรัพยากรอยู่บนพื้นฐานของผู้ประเมิน[7-8] กระบวนการคัดกรองต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

เป็นส่วนสำคัญที่จะใช้ในการตัดสินใจในการคัดกรองผู้ป่วย การนำระบบการคัดกรองไปใช้ในหน่วยบริการต่าง ๆ และสามารถดำเนินการได้ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ เนื้อหาวิชาการทางคลินิก และการจัดวางรูปแบบบริการ จุดเน้นด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างดี (Well Trained) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองและจัดลำดับการบริบาลณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน Triage Policy และ Procedure ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินต้องได้รับการ Triage ภายใน 4 นาที มีการกำหนดระดับการคัดแยก และมีการทำ Triage Round เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยได้รับการรักษาตามลำดับความเร่งด่วนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เกิดประโยชน์มากที่สุด[9]

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง มีการจัดตั้งจุดคัดกรอง 2 จุด คือด้านหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและด้านหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้รับบริการสามารถเข้ามารับบริการได้ทั้ง 2 ช่องทาง ซึ่งพบปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอก พบว่ายังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยถูกส่งไปและกลับระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอกหลายรอบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาล่าช้า เกิดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ ระยะแรกได้มีการประชุมทบทวนทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอก พร้อมกับการจัดการอบรมแนวทางดังกล่าวแก่แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยประเภท 1, 2 และ 3 (บางประเภท) จะถูกส่งตรวจที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยประเภท 3, 4 และ 5 จะถูกส่งไปตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก แต่เนื่องจากบุคลากรมีการย้ายสถานที่ปฏิบัติงานทุกปี อีกทั้งโรงพยาบาลโพนทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาดใหญ่ มีศักยภาพและความพร้อมในการเปิดให้บริการเฉพาะทางในหลายด้าน มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขา ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ สูติ-นรีแพทย์ แพทย์โสตศอนาสิก วิสัญญีแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมไม่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโพนทองในปัจจุบัน การคัดกรองผู้ป่วยยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติของบุคลากร จะเห็นได้จากจากสถานการณ์การคัดกรองในปี พ.ศ.2561-2565 พบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 69.18, 76.58, 75.34, 79.66 และ 80.90 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองผิดพลาด ร้อยละ 30.82, 23.42, 24.66, 20.34 และ 19.09 ตามลำดับ มีการคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ร้อยละ 9.98, 6.94, 6.58, 5.80 และ 4.77 ตามลำดับ มีการคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ร้อยละ 20.84, 16.48, 18.08, 15.54 และ 14.32 ตามลำดับ ถึงแม้จะพบว่าการคัดกรองผิดพลาดจะมีอัตราที่ลดลงแต่ถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้นก็ยังมีส่งผลให้เกิดอันตรายรักษานานขึ้นหรือเสียชีวิตได้ ในปี พ.ศ.2561-2565 พบอุบัติการณ์ตัดกรองผิดพลาดมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 2 ราย, 2 ราย, 1 ราย, 1 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ[10] ผู้ป่วยที่คัดกรองผิดพลาดที่พบว่ามีการเสียชีวิต 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ทั้งนี้สาเหตุความผิดพลาดของการคัดกรองส่วนใหญ่เกิดจากอาการที่กำกึ่งระหว่างฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉินของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถูกคัดกรองไปอยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Under Triage) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรอรับการรักษานานกว่าที่ควรจะเป็น อาการทรุดลงหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้นก่อนได้รับการรักษาพยาบาล และในขณะที่ผู้ป่วยบางกลุ่มกลุ่มถูกคัดกรองไปอยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Over Triage) ได้แก่ กลุ่มที่มาด้วยอาการวิงเวียนหรืออาการปวด ผู้ป่วยมักจะประเมินตนเองว่ามีความปวดที่รุนแรง ส่งผลให้เกิดความแออัดในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินจริงได้รับการดูแลรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น

จากอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยดังที่กล่าวไปข้างต้น จะเห็นได้ว่ายังคงพบปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยอยู่ในแต่ละห้วงเวลาเป็นระยะๆ

ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของคุณภาพและความจำเป็นของการพัฒนาการคัดกรองและศักยภาพของบุคลากรผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถเอื้อต่อประเมิน และการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงสาเหตุมาจากเกณฑ์การคัดกรองที่ไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอที่พยาบาลจะตัดสินใจระบุประเภทให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ แม้ว่าจะมีคู่มือการคัดกรอง แต่เนื้อหาในคู่มือระบุการจำแนกอย่างกว้างๆ การตัดสินใจระบุลำดับความรุนแรงของอาการจึงขึ้นกับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยบางส่วนไม่ยังให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรอง จึงทำให้ต่างคนต่างประเมินอาการตามประสบการณ์ของตนเอง จึงส่งให้เกิดความคาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ สามารถคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ การได้รับการประเมินการจัดลำดับที่ถูกต้อง ระยะเวลารอคอยเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความละเอียดในการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งหลาย ๆ ประเทศเลือกใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินที่จัดแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency)[11] โดยให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และพยาบาลสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการ อาการแสดงที่สำคัญต่อภาวะคุกคามชีวิต แล้วพิจารณาการความรุนแรงเพื่อจัดลำดับการเข้ารับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย เป็นผู้สอนและให้คำปรึกษา สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติให้ยอมรับ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงานส่งต่อข้อมูลเป็นผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่นๆ กับผู้ป่วยและญาติขณะรอพบแพทย์อย่างชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลแสดงบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน[12] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง เพื่อให้การคัดกรองผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการบริการ ลดระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยหนักจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว และยังมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์รอบบคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพนทอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง ผู้วิจัยได้ออกแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน และดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม 2566

**พื้นที่ศึกษา** การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

**ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น 1) ผู้มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในระยะศึกษาสถานการณ์ 10 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ 15 คน ที่มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้และยินดีให้ข้อมูล 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 20 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน

พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 คน

**ผู้ร่วมวิจัย** เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลโพนทอง ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี 4 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัย ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด นอกจากผู้วิจัยแล้วยังมีเครื่องมือที่ใช้ประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นการจัดกลุ่มแบ่งระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ตามความเร่งด่วน คือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (The National Institute of Emergency Medicine) ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลประจำหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์เพื่อประเมินผลการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลในเบื้องต้น (2) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยไปใช้ ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ ในประเด็นดังนี้ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยได้จริง ใช้งานได้ง่าย สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว ความครบถ้วนของเนื้อหาสาระ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลคัดกรองเป็นผู้ประเมิน (3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ (4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

**การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

**วิธีดำเนินการวิจัย** แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์** ดำเนินการโดย (1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ที่มารับบริการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2566 (2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการการคัดกรองห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 คน (3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 20 คนประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 3 คน

**ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน** โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง และทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

**ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์** ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินกลับโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการการคัดกรองที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยไปใช้ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน

**วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

## การพิทักสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 33/2566 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็น 3 ประเด็น คือ

**ประเด็นแรกเป็นการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน** จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการมีความเข้าใจและเห็นว่าการคัดกรองผู้ป่วยมีประโยชน์ เห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “เห็นด้วยกับการมีจุดคัดกรองจะช่วยให้คนไข้หนักได้เข้ารับการรักษาก่อน ผู้ป่วยไม่หนักก็รักษาทีหลัง” จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “เห็นด้วยกับการมีจุดคัดกรองและมีพยาบาลคัดกรอง เพื่อจะได้แยกประเภทผู้ป่วย และส่งตรวจตามลำดับความเร่งด่วน” ประเด็นที่ผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการเห็นว่าเป็นปัญหา มีดังนี้

1) ด้านบุคลากรคัดกรอง พบว่าบุคลากรยังมีการคัดกรองที่คลาดเคลื่อน พบอุบัติการณ์ทั้งการ คัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยล่าช้า และการคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ส่งผลให้เกิดความแออัดในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บุคลากรไม่มีการแจ้งผลการคัดกรองและลำดับการเข้าตรวจกับผู้ป่วยและญาติ บุคลากรคัดกรองไม่เพียงพอในบางเวลา จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “ฉันเมื่อยหลาย แต่ถูกส่งไปรอตรวจกับคนไข้ทั่วไป พอพยาบาลวัดความดันอีกกะบอกว่าความดันฉันต่ำ เข็นฉันกลับมาห้องฉุกเฉิน” “บางวันผู้ป่วยเยอะเจ้าหน้าที่คัดกรองอยู่คนเดียวทำไม่ทัน” “หมอไม่บอกว่าฉันคิวไหน ต้องรอนานเท่าไหร่” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ยังพบว่ามีการคัดกรองไม่ถูกต้องในบางรายอาจเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่มีการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงานทุกปี ควรต้องมีการอบรมทบทวนการ Triage ทุกปีและทุกครั้งที่มีเจ้าหน้าที่ใหม่” “อาการผู้ป่วยบางคนไม่ชัดเจนทำให้คัดกรองผิดพลาด”

2) ด้านรูปแบบบการคัดกรองผู้ป่วย: ยังไม่มีระบบการสื่อสารลำดับคิวกับผู้ป่วยและญาติที่ชัดเจน ไม่มีการแยกห้องเฝือกและห้องทำแผลออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้เกิดความแออัด ผู้ป่วยต้องรอนาน อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้มาตรฐาน คู่มือแนวทางปฏิบัติการคัดกรองไม่เป็นปัจจุบันและไม่เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลโพนทอง เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของแพทย์เฉพาะทางในหลายสาขา ทำให้ศักยภาพในการให้บริการในแต่ละหน่วยงานเพิ่มขึ้น เห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “ฉันพาแม่มาเปลี่ยนสายยางให้อาหาร รออยู่เป็นชั่วโมงไม่รู้ว่าจะได้คิวตอนไหน” “มาทำแผลต้องรอนานมาก ถ้ามีคนไข้ฉุกเฉินในห้อง” “แพทย์นัดมาดูเฝือกค่อนข้างรอนาน แต่ก็เข้าใจแพทย์ต้องมีผ่าตัดด้วย” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ยังไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนถึงประเภทผู้ป่วยและลำดับคิวกับผู้ป่วยและญาติ” “แต่ละวันมีผู้ป่วยมาทำแผลเฉลี่ย 50 คนต่อวัน การไม่แยกห้องเฝือกและห้องทำแผลออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทำให้เกิดความแออัด อัตรากำลังบางส่วนต้องแบ่งไปช่วยแพทย์ใส่เฝือกหรือทำแผล มีผู้ป่วยฉุกเฉินมาทำให้การดูแลผู้ป่วยล่าช้า” “อัตรากำลังพยาบาลบางส่วนต้องไปช่วยแพทย์ใส่เฝือกและทำแผล มีผู้ป่วยฉุกเฉินมาหมออีอาร์ต้องเปิดเส้นให้น้ำเกลือเอง” “คู่มือการคัดกรองไม่เป็นปัจจุบัน แพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาต้องการให้มีการปรับใหม่ให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลและเป็นปัจจุบัน ” “การคัดกรองระหว่างโอพีดีกับอีอาร์ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

ควรมีการจัดทำคู่มือเกณฑ์การคัดแยกและมีการจัดอบรมให้มีการคัดกรองไปในแนวทางเดียวกัน”

3) ด้านสถานที่คัดกรอง: สถานที่คัดกรองผู้ป่วยอยู่ด้านหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเหมาะสม ทำให้สามารถมองเห็นผู้ป่วยที่มาถึงได้ทันที แต่สถานที่รอตรวจค่อนข้างแออัดในบางวันที่แพทย์นัดดูเฝือก และดูแผล ไม่สามารถจัดที่นั่งรอตรวจให้มีจำนวนมากได้ เนื่องจากตามมาตรฐานหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องไม่มีสิ่งกีดขวางเส้นทางลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน เห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “สถานที่รอตรวจแคบเกินไป วันนี้คนไข้เยอะเปลนอนผมถูกเข็นมารอที่หน้าลิฟท์ “ “ที่นั่งไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและญาติ” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “สถานที่คัดกรองผู้ป่วยจะอยู่ด้านหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถือว่ามีความเหมาะสม สามารถมองเห็นผู้ป่วยที่มาถึงได้ทันที แต่ในวันอังคาร พุธ และพฤหัสที่แพทย์ศัลยกรรมและแพทย์ออร์โธฯ นัดดูเฝือกและแผล สถานที่รอตรวจจะแออัดมาก”

ความคาดหวังที่ผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการอยากเห็นในระบบการคัดกรองผู้ป่วย มีดังนี้

(1) ด้านบุคลากรคัดกรอง ต้องการให้มีพยาบาลคัดกรองที่เพียงพอ ต้องการการคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็ว ต้องการพยาบาลที่ใส่ใจ พูดจาสุภาพ มีการสื่อสารกับญาติเป็นระยะ ต้องการให้แพทย์มาตรวจเฝือกและแผลเร็วขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ “อยากให้มีการคัดกรองเร็วขึ้น เจ้าหน้าที่มีน้อย” “รอแพทย์มาดูแผล และใส่เฝือกนาน” “อยากให้พยาบาลที่พูดจาดี และใส่ใจคนไข้บอกลำดับคิว และให้บอกว่าต้องรอนานแค่ไหน”และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ยังไม่มั่นใจในการคัดกรอง ต้องการให้มีอบรมทบทวนการ Triage ทุกปี เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่มาใหม่ทุกปี” “ต้องการให้แพทย์ศัลยกรรมและออร์โธมาตรวจเลี่ยมเวลากัน ไม่ใช่มาพร้อมกันช่วงใกล้เที่ยง”

(2) ด้านระบบบริการคัดกรองผู้ป่วย ต้องการให้มีการคัดกรองและการส่งตรวจที่รวดเร็ว มีระบบการแจ้งประเภทผู้ป่วยและจัดคิวเข้าตรวจตามความเร่งด่วนแก่ผู้รับบริการ มีระบบการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน มีคู่มือแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ง่าย มีเกณฑ์การส่งผู้ป่วยไปตรวจระว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอกกับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ชัดเจน จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ “อยากให้มีการคัดกรอง และส่งเข้าตรวจเร็วขึ้น” “อยากให้มีระบบการแจ้งลำดับคิวและจัดลำดับคิวตามอาการที่รุนแรง” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “ต้องการให้มีจอทีวีแจ้งประเภทและคิวผู้ป่วย เพราะบ่อยครั้งที่มีผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมาโวยวายว่าต้องรอนาน” “ต้องการให้มีคู่มือแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ง่าย มีเกณฑ์การส่งผู้ป่วยตรวจไปตรวจกับแพทย์โอพีดีหรืออีอาร์ที่ชัดเจน” “อยากให้มีรูปแบบการสื่อสารการจำแนกประเภทผู้ป่วยระหว่างบุคลากรที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่เร่งด่วนจริงๆ” “อยากให้มีการปรับคู่มือ Moph ED ตามบริบทของโรงพยาบาลโพนทอง และมีการอบรมให้เป็นแนวทางเดียวกันทุกปี หรือทุกครั้งที่มีน้องมาใหม่”

(3) ด้านสถานที่คัดกรอง จุดคัดกรองต้องสามารถมองเห็นและเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีครุภัณฑ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการคัดกรองผู้ป่วย แยกห้องทำแผล และห้องเฝือกออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัด เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ “อยากให้มีที่นั่งไม่เพียงพอสำหรับญาติ” “อยากให้มีห้องทำแผลเฉพาะ บางวันมีคนไข้ฉุกเฉินต้องรอนานมาก เป็นชั่วโมง” และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ “อยากเห็นจุดคัดกรองต้องสามารถมองเห็นและเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีครุภัณฑ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการคัดกรองผู้ป่วย” ”ถ้าสามารถแยกห้องเฝือกและห้องแผลออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะดีมาก จะช่วยลดความแออัด และใช้อัตรากำลังที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่วิกฤตฉุกเฉินจริงๆ”

**ประเด็นที่สองเป็นการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน** ผู้วิจัยและผู้ผู้ร่วมวิจัยได้นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 20 คนประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติ

การฉุกเฉินการแพทย์ 1 คนและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน และทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา ดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองป่วยฉุกเฉินในกระบวนการของการพัฒนา มีดังนี้

1) การพัฒนาบุคลากรคัดกรองให้มีความเหมาะสม (1) กำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยประจำ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยด้านหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน (โดยเดิมใช้เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย) โดยมีการจัดเวรให้ปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึก นอกจากนั้นยังจัดให้มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือผู้ช่วยพยาบาลอยู่ประจำจุดคัดกรองในเวรเช้าและเวรบ่าย เวรละ 1 คน เพื่อช่วยวัดสัญญาณชีพและช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น ช่วยในการ Splint ก่อนส่งเข้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยมาพร้อมกันจำนวนมาก พยาบาลหัวหน้าเวรในเวรนั้นๆจะบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินออกไปช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อความรวดเร็วและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาตามความรุนแรงของประเภทผู้ป่วย (2) กำหนดคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ทำการคัดกรองผู้ป่วยคือ ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 3 ปี และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced cardiac life support) (3) จัดการอบรมพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 และรุ่นที่ 2 วันที่ 14 มิถุนายน 2566 โดยมีวิทยากรคือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้พัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลโพนทองในปัจจุบัน และเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินกับหน่วยงานผู้ป่วยนอก ทำให้ทีมคัดกรองผู้ป่วยมีความเข้าใจมาตรฐานการคัดกรองไปในทิศทางเดียวกัน

2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่สอดคล้องกับบริบท รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนและพัฒนามีดังนี้ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยต้องประเมิน Primary Survey วัด Vital Sign และประเมิน Glasgow Coma Score, Pain Score ก่อนทุกราย (2) ประเมินผู้ป่วยและคัดแยกส่งตรวจตามตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินกับหน่วยงานผู้ป่วยนอก (3) จำแนกผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท โดยให้บัตรสีกับคนไข้และญาติคนไข้ โดยผู้ป่วยประเภทที่ 1 Resuscitation (สีแดง) หรือ ประเภทที่ 2 Emergency (สีชมพู) ใช้รถเข็นนอนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที รีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยประเภทที่ 3 Urgency (สีเหลือง) ใช้รถเข็นนอนหรือรถเข็นนั่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือหน่วยงานผู้ป่วยนอก ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับหน่วยงานผู้ป่วยนอก ให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลรีบด่วนรองลงมาจากผู้ป่วยประเภทที่ 1 หรือ ผู้ป่วยประเภทที่ 4 Semi - Urgency (สีเขียว) ให้นำส่งตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก ถ้ามีบาดแผลให้นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยประเภทที่ 5 Non urgent (สีขาว) ให้นำส่งตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก ถ้ามีบาดแผลให้นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยช่วยเหลือปฐมพยาบาลเป็นประเภทสุดท้าย นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ให้ซักประวัติ ประเมินอาการอยู่บริเวณโซนตรวจผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งห้องอยู่ด้านหน้าห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน (ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสงสัยโรคติดต่อทางเดินหายใจ) (4) กรณีผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อดูแผล และใส่เฝือก มีการทบทวนกับแพทย์เพื่อปรับเวลาการนัดใหม่ โดยผู้ป่วยที่นัดมาดูแผลแพทย์จะให้นัดมาเวลา 09.00 น. ส่วนนัดใส่เฝือกแพทย์จะนัดเวลา 11.00 น. ทำให้ลดความแออัดบริเวณจุดคัดกรองได้

3) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองให้ง่ายต่อการนำไปใช้ โดยได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย ตามขั้นตอนดังนี้ (1) ประชุมทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ กุมารแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี และผู้วิจัยรวมทั้งหมดเป็น 15 คน (2) จัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย โดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาโดยอ้างอิงจากเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (Guideline for ER service delivery) ด้วยระบบ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นการคัดกรองแบบ 5 ระดับ พัฒนามาจาก Emergency Severity Index (ESI) เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยเพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต จำแนกประเภทผู้ป่วย จัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลโพนทอง ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที โดยพยาบาลทำหน้าที่คัดกรองประเมินอาการเบื้องต้น จัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล (กระบวนการคัดกรองภายใน 4 นาที) การแบ่งความรุนแรงของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 Resuscitation (สีแดง) มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิตควรได้รับการแก้ไขทันที ประเภทที่ 2 Emergency (สีชมพู) มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิ ควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 5-10 นาที ประเภทที่ 3 Urgency (สีเหลือง) ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 15-30 นาที ประเภทที่ 4 Semi –Urgency (สีเขียว) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 30-60 นาที ประเภทที่ 5 Non – Urgency ( สีขาว) ผู้ป่วยนอกทั่วไปควรได้รับการตรวจประเมินภายใน 1-2 ชั่วโมง (3) นำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญการด้านการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ผู้ศึกษาได้ทำการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็น เพื่อนำไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และ (4) ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยก่อนนำไปใช้ และสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน เกี่ยวกับการใช้นำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนมากเห็นด้วยกับแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยส่วนมากมีความคิดเห็นตามหัวข้อต่างๆ ดังนี้ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยได้จริง มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก” (60.0%) ใช้งานได้ง่าย มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมากที่สุด” (53.8%) คัดกรองผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก” (68.2%) ความครบถ้วนของเนื้อหาสาระมีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก”(58.2%) และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นในระดับ “เห็นด้วยมาก” (66.8%)

4) การพัฒนาสถานที่สำหรับการคัดกรอง และรอรับบริการให้เพียงพอต่อการบริการ โดยใช้พื้นที่ด้านข้างประตูทางเข้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นจุดในการคัดกรองผู้ป่วย จัดให้มีโต๊ะสำหรับใช้ในการประเมินและซักประวัติผู้ป่วย มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้นสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเร่งด่วนได้ทันที มีคอมพิวเตอร์สำหรับลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HOSxP เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองระดับความรุนแรงแล้ว ผู้ป่วยประเภท 1 และ 2 จะถูกส่งไปยังพื้นที่โซนช่วยชีวิตบริเวณด้านในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยประเภทที่ 3 -5 จัดพื้นที่สำหรับรอรับบริการด้านหน้าห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หรือส่งหน่วยงานผู้ป่วยนอกถ้าเข้าตามตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยระว่างหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

กับหน่วยงานผู้ป่วยนอก (ตามเอกกสารคู่มือ) มีการปรับปรุงจัดสถานที่ให้มีที่รอตรวจให้เพียงพอ ในส่วนห้องเฝือก และห้องแผลอยู่ระหว่างดำเนินการออกแบบแยกออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยต่อเติมออกไปด้านข้างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

5) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารลำดับคิว และระดับความรุนแรงทั้งทางด้านผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ กำหนดให้พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยทำหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบประเภทผู้ป่วยและลำดับคิวทุกครั้งหลังจากการประเมิน และมีการพัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่านทางหน้าจอโทรทัศน์ โดยใช้ระบบ Keos มีการออกแบบร่วมกันระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับทีมสารสนเทศให้มีการแสดงสีตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ลำดับคิว และสถานการณ์ให้บริการผ่านทางหน้าจอโทรทัศน์ซึ่งติดตั้งอยู่ด้านห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และบริเวณพื้นที่สำหรับรอรับบริการ ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการมีการปรับแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใช้เฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเพิ่มเติมช่องให้ลงผลประเภทการคัดกรองผู้ป่วย เมื่อพยาบาลทำการคัดกรองเสร็จ จะบันทึกประเภทผู้ป่วยในแบบฟอร์มเวชระเบียนใหม่เพื่อใช้ในการสื่อสารทีมผู้ให้บริการ แล้วส่งพบแพทย์ตามลำดับความเร่งด่วน และเมื่อแพทย์ทำการตรวจรักษาจะมีการประเมินและบันทึกประเภทผู้ป่วยในเวชระเบียนอีกรอบ นอกจากการสื่อสารผ่านทางเวชระเบียนแล้ว พยาบาลคัดกรองจะใช้ชาร์ดสีแดง สีชมพู สีเหลือง สีเขียว และสีขาวใส่เวชระเบียนตามประเภทผู้ป่วย เพื่อสื่อสารให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น

6) การพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง การบันทึกข้อมูลการคัดกรอง จะมีการบันทึกประเภทผู้ป่วย 5 ประเภทในระบบ HOSxP และมีการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใช้เฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โดยมีการเพิ่มเติมช่องให้ลงผลประเภทการคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลคัดกรอง และแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อเป็นการสื่อสารและประเมินความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันท่วงทีตามประเภทความรุนแรงของผู้ป่วย

**ประเด็นที่สามเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน** ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาบุคลากรคัดกรองให้มีความเหมาะสม 2) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองที่สอดคล้องกับบบริบท 3) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองให้ง่ายต่อการนำไปใช้ 4) การพัฒนาสถานที่สำหรับการคัดกรองและรอรับบริการให้เพียงพอต่อการบริการ 5) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารลำดับคิวและระดับความรุนแรงทั้งทางด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 6) การพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองที่มีความสมบูรณ์ ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยพบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2566 ผลการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.90 เป็น ร้อยละ 88.71 โดยเฉพาะระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มจาก 96.24% เป็น 100.00% เพิ่มขึ้น 3.65% ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยงเพิ่มจาก 92.54% เป็น 99.02% เพิ่มขึ้น 6.77% ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเพิ่มจาก 75.87% เป็น 84.65% เพิ่มขึ้น 10.94% ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงเพิ่มจาก 64.66% เป็น 72.96% เพิ่มขึ้น 12.06% และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป เพิ่มจาก 97.92% เป็น 98.72% เพิ่มขึ้น 0.81% การคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ลดลงจากร้อยละ 14.32 เป็นร้อยละ 8.22 การคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ลดลงจากร้อยละ 4.77 เป็น ร้อยละ 3.06 และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (66.8%) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละความแตกต่างผลการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้อง ก่อนและหลังการพัฒนา

| ระดับความรุนแรง | ก่อนการพัฒนา | | หลังการพัฒนา | | % differences |
|---|---|---|---|---|---|
| | N | n(%) | N | n(%) | |
| ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต | 28 | 27(96.42) | 44 | 44(100.00) | +3.65 |
| ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง | 134 | 124(92.54) | 205 | 203(99.02) | +6.77 |
| ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน | 518 | 393(75.87) | 469 | 397(84.65) | +10.94 |
| ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง | 416 | 269(64.66) | 344 | 251(72.96) | +12.06 |
| ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป | 433 | 424(97.92) | 470 | 464(98.72) | +0.81 |

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละความแตกต่างผลการคัดกรองผู้ป่วยสูงและต่ำกว่าความเป็นจริงก่อนและหลังการพัฒนา

| ระดับความรุนแรง | กลุ่มก่อนการพัฒนา n(%) | | กลุ่มหลังการพัฒนา n(%) | |
|---|---|---|---|---|
| | Under | Over | Under | Over |
| ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต | 1(3.58) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง | 2(1.49) | 8(5.97) | 2(0.97) | 0(0.00) |
| ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน | 43(8.30) | 82(15.83) | 24(5.12) | 48(10.23) |
| ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง | 27(6.50) | 120(28.85) | 21(6.10) | 72(20.93) |
| ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป | 0(0.00) | 9(2.08) | 0(0.00) | 6(1.27) |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งด้านบุคลากรคัดกรอง ระบบบริการคัดกรองผู้ป่วย และสถานที่คัดกรอง ผลการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าการคัดกรองถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.90 เป็นร้อยละ 88.71 มีการคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over Triage) ลดลงจากร้อยละ 14.32 เป็นร้อยละ 8.22 โดยพบว่าระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงถูกประเมินเป็นระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมากที่สุดร้อยละ 20.93 การคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under Triage) ลดลงจากร้อยละ 4.77 เป็นร้อยละ 3.06 โดยระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนถูกประเมินเป็นระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงมากที่สุดร้อยละ 6.10 จากการวิเคราะห์การคัดกรองที่คลาดเคลื่อนน้อยที่สุด บุคลากรต้องมีความรู้ และประสบการณ์ในการคัดกรอง มีการกำหนดบทบาทให้ชัดเจน มีรูปแบบและแนวปฏิบัติที่ง่ายต่อการนำไปใช้สอดคล้องกับการศึกษาโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พบสภาพปัญหาและสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน พบว่า การประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน มีความถูกต้อง (77.66%) โดยผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency) เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Semi-urgency) ส่งรอตรวจที่ OPD มากที่สุด (32.14%) (63/ 196) ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency) แต่จำแนกเป็นประเภทฉุกเฉิน (emergency) (15.38%) (8/52 คน) จากการวิเคราะห์สาเหตุด้านระบบบริการ พยาบาลจุดคัดแยกมาจากหลายหน่วยงาน เช่น พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลตึกผู้ป่วยนอกพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นต้น เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลคัดแยกพบว่า มีเจ้าหน้าที่คัดแยกคนเดียวคัดแยกไม่ทัน เกิดความเสี่ยงผู้ป่วยรอนาน ยังไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) ที่ชัดเจนยังไม่นำเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมาใช้อย่างจริงจัง

นอกจากนั้นจากการสนทนากลุ่มพยาบาลจุดคัดกรองและพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังพบว่าขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีเพียงการพูดคุย และปฏิบัติแยกประเภทและส่งข้อมูลในจุดบริการที่เกี่ยวข้อง ขาดการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้าและผู้ป่วยถูกส่งไป-มาระหว่าง 2 จุด ขาดการประเมินและติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต่อเนื่องทั้งงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิตเด็ก เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ป้ายแขวนสำหรับจำแนกประเภทถูกนำมาใช้ไม่ต่อเนื่อง เกณฑ์การคัดแยกใช้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Severity Index; ESI) และเกณฑ์การคัดแยกของ MOPH ED Triage และไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล[13]

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการคัดกรอง (Phonthong Hospital Triage) ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินอาการเบื้องต้น การจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล (ภายใน 4 นาที) การแบ่งความรุนแรงเป็น 5 ประเภท ได้แก่ Resuscitation (สีแดง) Emergency (สีชมพู) Urgency (สีเหลือง) Semi–Urgency (สีเขียว) และ Non–Urgency (สีขาว) พบผลเช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบของโรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี ที่ประกอบด้วย 1) ประเมินสภาพ และปัญหาการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ นำไปทดลอง และ 3) สรุปรูปแบบและนำไปใช้จริง 9 ด้าน ได้แก่ (1) การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (2) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (3) การประกันคุณภาพทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (4) การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (5) การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (6) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (7) การส่งเอกซเรย์, Admit, Refer การบันทึกบาดแผล (8) การส่งต่อโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า และ (9) การบันทึกบาดแผล ลักษณะการบาดเจ็บ การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เกี่ยวข้องกับคดีและการชันสูตรศพ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบโรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นนี้มีความครบถ้วนเป็นตามมาตรฐานทั้งระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉิน (Emergency care system: ECS) ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญต่อผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติและฉุกเฉิน ที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย การจัดการหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมจะสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่เกิดเหตุได้มากกว่าร้อยละ 90[14] ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการลดความแออัด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ (2) การคัดกรองผู้ป่วย (3) มีมาตรการกำหนดระยะเวลาผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่เกิน 4 ชั่วโมง (4) มีระบบการเงินและการชำระค่าใช้จ่ายในการรักษา (5) การให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่าย (6) มีการส่งต่อด้วยระบบ Fast track (7) ใช้ระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ณ จุดดูแลผู้ป่วย และ (8) มีการประยุกต์ใช้รูปแบบ[15]

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินไปดำเนินการในโรงพยาบาลโพนทองแล้วประเมินผลลัพธ์ระบบคัดกรองพบว่าสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย ซึ่งพบว่า มีการคัดแยกถูกต้องร้อยละ 69.2, 75.4, 77.7 และ 85.4 ตามลำดับ มีการคัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 30.8, 24.6, 22.3 และ 14.6 ตามลำดับ มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

(Under Triage) ร้อยละ 23.9, 18.4, 17.6 และ 13.1 ตามลำดับ มีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over Triage) ร้อยละ 6.9, 6.2, 4.6 และ 1.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 83.1, 82.3, 86.2 และ 85.4 ตามลำดับ ไม่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 16.9, 17.7, 13.8 และ 14.6 ตามลำดับ[16]; ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.90 เป็นร้อยละ 84.44 และจำนวนผู้ป่วยแต่ละ ระดับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อพบว่าร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเสี่ยง จะได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อมากที่สุดและลดลงตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินของผู้ป่วยทั้งกลุ่มก่อนและระหว่างการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันประสิทธิผลของการ ใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร[17] หลังการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังพัฒนามีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการวิจัยนี้หลังประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นมาตรฐานของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความลื่นไหลในการทำงานลดความแออัดในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นระบบมากขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน[14] ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของชัจคเณค์ แพรขาว และคณะ[18] ซึ่งพบว่า ความเป็นไปได้ในการนำระบบการคักแยกมาใช้อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจต่อการนำใช้รูปแบบอยู่ที่ระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่าประสทธิผลการใช้รูปแบบทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติตุและฉุกเฉิน ยังพบว่าหลังการใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3 ระยะ คือ 1) การคัดกรองที่จุดเกิดเหตุ 2) การช่วยเหลือในระยะแรกรับ และ 3) การดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น[19] และ การพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งระบบเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ได้พัฒนาองค์ประกอบของระบบการคัดแยกผู้ป่วยครอบคลุม ดังนี้ 1) พัฒนาพยาบาลคัดแยก โดยมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ คุณสมบัติ และจัดการอบรมความรู้พยาบาลที่จะทำหน้าที่ในการคัดแยก 2) ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการคัดแยก ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินใหม่ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และปริมาณของผู้ป่วยในปัจจุบัน 3) พัฒนาสถานที่ให้เหมาะสมกับการคัดแยก และรองรับผู้ป่วยที่รอรับบริการ 4) พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการคัดแยกให้ชัดเจน สะดวก และง่ายต่อการบันทึกและสื่อสารข้อมูลการคัดแยก และ 5) พัฒนาระบบการสื่อสารกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการคัดแยก ลำดับในการเข้ารับบริการ ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าร้อยละของความถูกต้องในการคัดแยกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.8 เป็นร้อยละ 94.9 นอกจากนี้ยังพบว่าในจำนวนของการคัดแยกไม่ถูกต้องของทั้งสองกลุ่มจะเป็นการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริงทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจและผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจและเห็นด้วยกับการพัฒนาอย่างมาก[20]

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลโพนทอง (Phonthong Hospital Triage) ไปพัฒนาปรับใช้กับหน่วยงานผู้ป่วยนอก เครือข่ายบริการ และโรงพยาบาลลูกข่ายที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยมารับการรับบริการที่โรงพยาบาลโพนทอง เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการแต่ละระดับโดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

2. ควรมีการพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยต่อเนื่องโดยใช้การคัดกรองในรูปแบบอื่นๆ เช่นการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยเพื่อให้การ

คัดกรองง่ายยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาการจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างแพทย์และพยาบาลว่ามีการจัดระดับความรุนแรงได้ตรงกันหรือไม่

4. ควรศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลโดยวิเคราะห์ปริมาณงานตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทองที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานปัจจุบัน

## เอกสารอ้างอิง

1. Emergency Nurses Association. Emergency nurses association position statement: Crowding in the emergency department. J Emerg Nurs. 2005;32(1):42-7.
2. Fry M, Bucknall T K. Review of the triage literature: Past, present, future? Aust Emerg Nurs J. 2002;5(2):33-8.
3. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Medicine. 2010;107(50);892-98.
4. Hoot N R, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Cause, Effects and Solutions. Annals of Emergency Medicine. 2008;52(1):126-36.
5. พนอ เตชะอธิก, ปริวัฒน์ ภู่เงิน. กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน. ใน: ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปริวัฒน์ภู่เงิน, กมลวรรณ เอี้ยงฮง, กรกฎ อภิรัตน์วรากุล, พนอ เตชะอธิก. Essential knowledge in emergency care. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา; 2557.
6. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดอัตรากำลังพยาบาล. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.); 2547.
7. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED Triage. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A M. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No.12-0014. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research And Quality; 2015.
9. Subas F, Dunn F, McNicholl B, Marlow J. Team triage improves emergency department efficiency. Emergency Medicine Journal. 2014;21(2):542-44.
10. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลโพนทอง. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โรงพยาบาลโพนทอง ปีงบประมาณ 2565. ร้อยเอ็ด; 2565.
11. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและ การจัดลำดับการการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด; 2556.
12. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Medicine. 2010;107(50):892-98.
13. สหัศถญา สุขจำนงค์, สายสกุล สิงห์หาญ, ผดงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, บัวบาน ปักการะโต, วิศรูต ศรีสว่าง. คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม.วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2564;1(2):123-33.
14. จันทิรา วงศ์ชาลี. ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ โรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลนายูง จังหวัดอุดรธานี; 2566.
15. อนุศร การะเกษ, สชาย ภานุมาสวิวัฒน์, วรรณชาติ ตาเลิศ, สนอง ประนม. การลดความแออัด ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):102-12.

16. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):160-78.
17. ธนิษฐา ยศปัญญา. ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร; 2564.
18. ชัคคเณค์ แพรขาว, โพธิพงษ์ เรืองจุ้ย, สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ, นิชาภัทร บุษมงคล, พจนา ทัพซ้าย.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(2):41-52.
19. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561;12(1):84-94.
20. อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(2):146-51.

# การพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

# Development of a System for Patient's Triage in Patients Together with Colored Symbols Screening Outpost on Emergency Departments, Sri Somdet Hospital

**บุษบา กวีมูล***
**Busaba Kaveemool**
Corresponding author: E-mail: bussabadow2014@outlook.com
(Received: January 12, 2024; Revised: January 19, 2024; Accepted: February 19, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาระบบและศึกษาประสิทธิผลพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สีสำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน การวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ กระบวนการวิจัย การวิจัยเชิงประเมินผล และการรายงานผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม แบบประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แบบบันทึก Over/Under triage แบบบันทึกอุบัติการณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย :** ระบบการคัดกรองประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบ Hospital Triage ตาม MOPH จัดทำคู่มือ และอบรมเชิงวิชาการ (2) จัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยหน้า ER โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี และผ่านการอบรมเชิงวิชาการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (3) จัดทำแผ่นป้าย และ Flow chart ตามระดับความเร่งด่วน (4) การประเมินซ้ำการคัดกรองโดยหัวหน้าเวรทุกราย (5) ปรับปรุงระบบระบบมอบหมายงานพยาบาล และ (6) นิเทศติดตามโดยหัวหน้างานและเวรตรวจการ และประสิทธิผลการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สีพบว่า การคัดแยกถูกต้อง 372 คน (93.00%) ไม่ถูกต้อง (7.00%) จำแนกเป็นต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) จำนวน 5 คน (1.25%) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) จำนวน 23 คน (5.25%)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ลดความคลาดเคลื่อนจากการปฏิบัติงานได้ทำให้ระยะเวลารอพบแพทย์และระยะเวลาลดลง และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่

**คำสำคัญ :** การคัดกรองประเภทผู้ป่วย; สัญลักษณ์สี; จุดคัดกรองด่านหน้า

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

## Abstract

**Purposes :** To develop system and study its effectiveness of system for patient's triage in patients together with colored symbols screening outpost on emergency departments.

**Study design :** Research and development.

**Materials and Methods :** 23 of nurses were key informants. The research were divided into 3 steps: the research process, evaluative research and reporting results. Data were collected using questionnaires, patient classification assessment forms, over/under triage recording forms and incidence recording forms and data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

**Main findings :** The screening system consists of 1) Developing hospital triage system according to MOPH, creating a manual and academic training (2) Arranging for patient screening in front of ER by professional nurses with more than 3 years of experience and who have passed academic training in screening Categorize patients (3) Prepared billboards and flow charts according to the level of urgency (4) Re-assessed screening by every shift supervisor (5) Improved nurse assignment system and (6) supervised and follow up by supervisors and inspection shifts, and The effectiveness of screening and classifying patients with colored symbols was found. The triage were correct: 372 of participants (93.00%), incorrect (7.00%), classified as under triage (under triage) for 5 of participants (1.25%) and above the criteria (over triage) for 23 of participants (5.25%).

**Conclusion and recommendations :** The results of this research resulted in patients being assessed for their health status in order to quickly isolate patients, reduced operational errors, resulting in reduced waiting times to see a doctor and reduced time and create satisfaction for service recipients and staff.

**Keywords :** Patient's triage; Screening outpost; Emergency departments.

*Registered Nurse, Professional Level, Accident & Emergency Department, Sri Somdet Hospital.

## บทนำ

ระบบการคัดแยก (Triage) เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วโดยใช้เวลาประมาณ 2-5 นาที เพื่อแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามความเร่งด่วนและผู้ป่วยสามารถได้รับการบริการในเวลาอันเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยและญาติลงได้[1] อีกทั้งช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการคัดแยกผู้ป่วย และจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้คุณภาพและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินดีขึ้น รวมทั้งยังมีการนำระบบการคัดแยกเข้ามาใช้เป็นแนวทางวัดและประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลด้านการจัดระบบความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[2] ซึ่งการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มคุณภาพของการบริการ ลดระยะเวลาการรอคอย และระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉินทั้งหมดโดยเฉพาะผู้ป่วยหนักที่จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็วและการคัดกรองที่มีการพัฒนาอย่างดีแล้วนั้นจะช่วยในการประเมินความเร่งด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วย การวางแผนและการให้บริการที่เหมาะสม และยังมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่เป็นแบบแผนหรือมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ การปฏิบัติในโรงพยาบาลมีการคัดแยกผู้ป่วยโดยเกณฑ์การคัดแยกที่แตกต่างกับไป เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ใช้มาตรวัดความเฉียบพลับของแคนาดาโดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ”และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ใช้เครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ (Khon kaen emergency severity index)[3] ส่วนโรงพยาบาลรามาธิบดีได้แบ่งระดับความรุนแรงของสู้ป่วยเป็น 4 ระดับ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังใช้การแบ่งระดับความรุนแรงผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ[4] ตามข้อกำหนดมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยของสำนักการพยาบาล มีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งที่พัฒนาการใช้มาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองสู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน Emergency Care System (ECS) ตามแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบครบวงจรและระบบการส่งต่อ โดยการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญตามยุทธศาสตร์ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็นจุดเน้นที่สำคัญและท้าทาย แต่มีความจำเป็นต้องขับเคลื่อนและทำอย่างเป็นระบบ ทั้งการพัฒนาบุคลากร การลดความแออัด และการจัดมาตรฐานการบริการ การจัดทำคู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) เพื่อให้กระบวนการคัดกรองเป็นไปในทิศทางเดียวกัน[5] โดยพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่คัดแยก แต่ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อคุณภาพในการคัดแยกผู้ป่วย การคัดแยกที่ต่ำกว่าเกณฑ์มีผลกระทบต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติอาจเสียชีวิตได้ และการคัดแยกที่สูงกว่าเกณฑ์ ก็ส่งผลต่อระยะเวลารอคอย ทำให้เกิดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน[6]และยังพบว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลแผนกฉุกเฉิน มีการคัดแยกผู้ป่วยสอดคล้องกันน้อยมากในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgency)[7] การให้ความรู้และการอบรมตลอดจนการสร้างแนวปฏิบัติในการคัดกรองให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะทำให้มีการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องแม่นยำสอดคล้องกันมากขึ้นทำให้ประสิทธิผลการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น[8-9]

เช่นเดียวกับรายงานผลการคัดกรองสำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2561-2565 พบว่า การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Under triage ER) ร้อยละ 3.33 (6/180) และ 4.69 (7/149) คัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดของงานผู้ป่วยนอก (Under triage OPD) ร้อยละ 4.06 (12/195) และ 8.24 (15/182) คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ร้อยละ 1.66 ( 3/180) และ 8.24 (15/182), ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน (Urgency) ขึ้นไปส่งรอตรวจที่ OPD จำนวน 586 รายและ 620 ราย ตามลำดับ[10] ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้น ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดฝันที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีผู้ป่วยที่อาการทรุดที่หน้าห้องตรวจงานผู้ป่วยนอก ต้องส่งมาให้บริการเร่งด่วนที่งาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความจำเป็นในการใช้บุคลากรร่วมกันในจุดบริการคัดแยกผู้ป่วยนอกและมีพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินหมุนเวียนมา โดยที่ผ่านมามีการปรับใช้กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยทั้ง OPD และ ER ให้เป็น 5 ระดับเหมือนกัน[5] แต่ด้วยความแตกต่างของความรู้ และทักษะในการคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพ OPD และ ER พบปัญหาความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และมีแนวโน้มคลาดเคลื่อนมากขึ้นโดยเฉพาะในช่วงเวรเช้าในวันราชการ ซึ่งมีผู้มารับบริการค่อนข้างมาก มีอุบัติการณ์ทั้งต่ำและสูงกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง การเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและยาล่าช้าในผู้ป่วย STEMI รวมทั้งผู้ป่วยที่ถูกคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ในกลุ่ม Semi-urgency (เขียว) เข้ารับบริการในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินช่วงเวลา 08.00-16.00 น. ระหว่าง ปี พ.ศ.2559-2561 จำนวน 5502, 6204, 8398 ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ

จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า 1) ด้านระบบบริการ คือ ในช่วงเวลาที่เริ่มมีการคัดแยกประเภทช่วง 7.00 - 8.00 น. และช่วง 12.00-13.00 น. ไม่มีพยาบาลหรือพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ให้พนักงานเปลทำหน้าที่คัดแยกประเภท ในช่วงเวลา 08.00 - 16.00 น. เจ้าหน้าที่จุดคัดแยกไม่ได้ทำหน้าที่คัดแยกเพียงอย่างเดียว ต้องคัดกรองซักประวัติและลงประวัติอาการผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน Urgency ลงในระบบ Hos XP ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มาในช่วงเวลาดังกล่าวไม่ได้ผ่านการคัดแยกทุกรายและบางครั้งพนักงานเปลต้องมาทำหน้าที่คัดแยกประเภทแทน และช่วงเวลาที่ผู้รับบริการมาก 08.00-09.00 น. มีเจ้าหน้าที่คัดแยกคนเดียวเกิดการรอนาน และคัดแยกไม่ทันและระบบการนิเทศกำกับ ติดตามที่ยังไม่ต่อเนื่อง (2) ด้านบุคลากร เกิดจากความรู้ความเข้าใจ ประสการณ์ และทัศนคติในการคัดแยกประเภทของเจ้าหน้าที่ รวมถึงยังไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) หรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job assignment) ที่ชัดเจน และ 3) ด้านเครื่องมือ ได้แก่ เกณฑ์ในการคัดแยกประเภทที่ไม่ชัดเจน การเก็บข้อมูลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ยังไม่ได้กำหนดตัวชี้วัด เก็บไม่ครบและขาดต่อเนื่อง ขาดคนรับผิดชอบในการเก็บข้อมูล ไม่มีการสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ อุปกรณ์ในการคัดแยกประเภทไม่เพียงพอ และในปี พ.ศ.2563 โรงพยาบาลศรีสมเด็จได้ประกาศ 2P SAFETY ด้าน Patient safety ในเรื่องประสิทธิภาพการคัดแยก (Effective triage) ซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ลดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจที่หน้าห้องตรวจบริเวณงานผู้ป่วยนอก ลดการคัดแยกประเภทต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยเกิดความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากรอตรวจเป็นเวลานาน ลดการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดที่จะทำให้เกิดแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า[10]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สีสำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า โดยอ้างอิงการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage)[5] ร่วมกับสัญลักษณ์แผ่นการ์ดสี ดังนั้นผู้วิจัยพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการปรับปรุงพัฒนาการบริการพยาบาลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรอง และศึกษาประสิทธิผลพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สีสำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ซึ่งผู้วิจัยได้ผสมผสานกระบวนการโดยใช้หลักการเดมมิ่ง ดังนี้

**กระบวนการที่ 1** กระบวนการวิจัย (Developing research) คือ กระบวนการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการสำคัญ 2 ขั้น ได้แก่

**1. การวางแผนการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Planning) ดำเนินการในเดือนมกราคม 2566** โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (1) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาการให้บริการในปีที่ผ่านมา และปัจจัยนำเข้าอื่นๆได้แก่ นโยบายโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การพัฒนาเพื่อให้ได้เป้าหมายตามหลักการ 2PSAFETY ระบบบริการ ข้อมูลผู้ให้บริการ ข้อมูลผู้มารับบริการที่ได้จากเวชระเบียน ทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง วางแผนจัดทำโครงร่างแผนการพัฒนาระบบคัดแยกประเภท นำโครงร่างการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะ เห็นชอบและอนุมัติในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งได้รับการอนุมัติให้มีการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทตามที่เสนอไป โดยตั้งเป้าหมายจะลดการคัดแยกประเภทไม่ถูกต้อง ระยะเวลาการวิจัย 8 เดือนเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกันยายน 2566 (2) แต่งตั้งคณะทำงานในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย กำหนดผู้มีส่วนร่วมหลักในการพัฒนาระบบ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เชิญบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน มีคณะกรรมการ จำนวน 9 คน ร่วมระดมสมองวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพิ่มเติมปัญหาการให้บริการในปีที่ผ่านมา วางแผน จัดทำโครงร่างแผนการพัฒนาระบบคัดแยกประเภท จากนั้นทบทวนและจัดทำคู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบันตาม MOPH ED TRIAGE โดยจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ได้แก่ (1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergency) (3) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgency) (4) ผู้ป่วยกึ่งฉุกเฉิน (Semi-urgency) และ (5) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgency) ทั้งงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินจัดทำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job assignment) ของบุคลากรที่จุดคัดแยกประเภท สร้างเครื่องมือการติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบโครงร่างการพัฒนาระบบและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**2. พัฒนาบุคลากรระดมสมองผู้ปฏิบัติ และนำระบบการแยกประเภทผู้ป่วยไปใช้ในการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Doing)** โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

**เดือนกุมภาพันธ์ 2566**

1) จัดประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 3 รุ่น รวมรุ่นละ 6 คน เข้าร่วมประชุม 100% เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภท การเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินการทำงานแต่อย่างใด ประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภท ให้ทำแบบทดสอบจาก Cases ที่มีการคัดแยกประเภทผิดเพื่อทดสอบความรู้เบื้องต้น ให้ความรู้การคัดแยกประเภทตาม MOPH ED TRIAGE คืนข้อมูลในเรื่องการคัดแยกประเภทที่ผ่านมา ตั้งแต่ผลลัพธ์ของการคัดแยกประเภทผิด การคัดแยกประเภทต่ำกว่าเกณฑ์ การคัดแยกประเภทสูงกว่าเกณฑ์ นำ Cases ที่คัดแยกประเภทผิด แล้วส่งผลกระทบรุนแรงเพื่อปรับทัศนคติที่ดีในการคัดแยกประเภทให้ทุกคนเห็นความสำคัญมีการให้ทุกคนเสนอปัญหาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

การค้นหาสาเหตุ และความต้องการการมีส่วนร่วมสำหรับการวางแผนและดำเนินการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการตกลงปฏิบัติการระบบใหม่ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยใช้คำถามปลายเปิดว่าสิ่งที่ทำได้แล้ว สิ่งที่อยากพัฒนาให้ดีขึ้น ชี้แจงบทบาทหน้าที่และคู่มือการปฏิบัติงาน วางระบบคัดแยกที่ตกลงร่วมกัน โดยสมาชิกทีมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีมาตรฐานการคัดแยกและมีการทำงานเป็นทีม กำหนดระยะเวลาที่ดำเนินการ กำหนดผู้รับผิดชอบ

2) ชี้แจงแนวทางการให้บริการจากการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่อผู้ให้บริการ และญาติทุกคนที่มารับบริการ และขอความร่วมมือในการสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยสื่อสาร

แนวทางการให้บริกรคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้ผู้ป่วย และญาติได้รับรู้ และเข้าใจในระบบ โดยจัดทำป้ายบอกขั้นตอนการแยกประเภทและระยะเวลาการรอตรวจตามประเภทที่หน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจัดทำป้ายขั้นตอนบริการที่จุดคัดแยกประเภท

**เดือนมีนาคม-เมษายน 2566**

3) นำระบบการแยกประเภทผู้ป่วยตามที่ตกลงจากการประชุมร่วมกันไปใช้ในการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ **ด้านระบบบริการ** ปรับกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ให้พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกมาคัดแยกประเภทผู้ป่วยเวลา 07.00-08.00 น. และปรับให้เจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรอง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับผู้รับบริการทุกรายและซักประวัติประเมินอาการก่อนแจกบัตรคิว ไม่ต้องลงประวัติผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ เพียงแต่ให้ซักประวัติและส่งข้อมูลตามประเภทผู้ป่วยไปที่จุดบริการอื่นๆ และให้แขวนป้ายแยกประเภทในผู้ป่วยที่เข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือมีการระบุประเภทผู้ป่วยเพื่อให้จุดบริการนั้นทราบข้อมูลผู้ป่วย จัดทำเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วยที่เข้าใจง่ายอ้างอิงมาตรฐานการคัดแยกตาม MOPH ED TRIAGE ติดไว้ที่จุดกัดกรองและโต๊ะซักประวัติที่งานผู้ป่วยนอก กรณีที่การคัดแยกและส่งผู้ป่วยไปจุดบริการใดกำหนดให้จุดบริการนั้นประเมินผู้ป่วยซ้ำ กรณีที่ไม่ยุ่งให้รายงานแพทย์ตรวจตามประเภทผู้ป่วยที่จุดนั้นได้เลยประเภทฉุกเฉินสามารถรอตรวจที่งานผู้ป่วยนอกได้ให้กำหนดการตรวจเป็นคิวเร่งด่วน หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปมา และให้ยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ **ด้านบุคลากร** จัดทำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) และการมอบหมายหน้าที่ (Job assignment) โดยกำหนดให้บุคลากรที่มีอายุงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป มาทำหน้าที่ในการคัดแยกประเภท และเขียนบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ลดภาระงานให้สามารถคัดแยกประเภทได้ครอบคลุมเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ช่วงเวลาที่มีภารกิจมากหรือช่วง Peak load คือ ช่วงเวลา 07.00-08.00 น. และช่วงเวลาพักเที่ยง คือ เวลา 12.00 - 13.00 น. โดยให้บุคลากรทั้งสองจุดช่วยกันโดย เริ่มในวันทำการที่ไม่ใช่วันหยุดราชการก่อน ทั้งนี้ ในช่วงเวลา 07.00-08.00 น. จะจัดพยาบาลวิชาชีพจากห้อง OPD จำนวน 1 คน มาคัดแยกผู้ป่วย และ ในช่วงเวลา 12.00-13.00 น. เป็นช่วงเวลาที่งาน OPD พักเที่ยง จะจัดพยาบาลวิชาชีพจากห้อง ER จำนวน 1 คน มาคัดแยกผู้ป่วย โดยกำหนดให้บุคลากรที่เคยผ่านงานอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไปมาคัดแยกประเภทผู้ป่วย **ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์** จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการใหม่โดยเพิ่มการวัดสัญญาณชีพก่อนรับบัตรคิว จัดทำเกณฑ์การกัดแยกประเภท MOPH ED TRIAGE ติดไว้ที่จุดคัดกรองและโต๊ะซักประวัติที่งานผู้ป่วย จัดหาปรอทวัดไข้แบบ Digital เพิ่ม 1 อัน และยืมเครื่องวัดความดันโลหิตเด็กและเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วเด็กของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมาใช้ก่อนและให้ OPD จัดหาซื้อเพิ่มในแผนการจัดซื้อของโรงพยาบาล จัดทำป้ายแขวนสีที่ใช้แยกประเภทผู้ป่วย

**กระบวนการที่ 2 กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล** คือ การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วย มี 2 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ (1) ตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน (Checking) โดยมีเครื่องมือหลักที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วยของบุคลากรผู้ให้บริการ โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเวชระเบียนและการมารับบริการของผู้ป่วยทุกเดือน มาประมวลผลและวิเคราะห์ผลการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละเดือนโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกแบบ MOPH ED TRIAGE และแบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทรอบที่ 1 คือ มีนาคม - เมษายน 2566 และ (2) นำผลการประเมินไปพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องอีกครั้ง (Acting/Redoing) โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

**เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2566**

จัดประชุมกลุ่มบุคลากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 18 คน แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 3 รุ่น รวมรุ่นละ 6 คน หลังจากนั้นคืนข้อมูลผลการคัดแยกประเภทในเดือนมีนาคม-เมษายน 2566 ที่ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทซ้ำและทบทวน Cases ที่มีการคัดแยก

ประเภทผิดที่เกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงเพื่อสะท้อนให้เห็นความสำคัญ จากนั้นมีการให้เสนอปัญหาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการตกลงปฏิบัติการและพัฒนาระบบในส่วนขาด และที่พบปัญหา เพื่อนำไปปรับในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2566

**เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2566** (1) นำข้อเสนอแนะจากการประชุมมาพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง **โดยด้านระบบบริการ** เพิ่มช่วงเวลา 08.00 - 09.00 น. มอบหมาย MEMBER 1 คน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินออกมาคัดแยกประเภทเพิ่ม 1 คน และ และเพิ่มพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในวันหยุดนักขัตฤกษ์ 1 คน ให้มาช่วยคัดแยกในช่วงเวลา 12.00 - 13.00 น. และช่วงเวลา 16.00 – 20.00 น. ให้มีการประเมินสัญญาณชีพแรกรับผู้รับบริการทุกรายและซักประวัติประเมินอาการก่อนแจกบัตรคิว (เดิมไม่ได้ทำทุกรายผู้ป่วยไปยื่นบัตรตรวจที่ห้องบัตรและรับบัตรคิวที่ห้องบัตรจะได้คัดแยกผู้ป่วยบางราย มีผู้ป่วยไปทรุดลงที่งานผู้ป่วยนอก) **ด้านบุคลากร** เพิ่มการจัดบุคลากรที่มีความรู้ในการคัดแยกประเภทระดับดี มาประจำจุดคัดแยกประเภท งานผู้ป่วยนอกสื่อสารให้บุคลกรลงประเภทผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ทุกราย (ประสานงานสารสนเทศให้เพิ่มข้อมูลการจำแนกประเภทให้ครบถ้วนและเป็นแนวทางเดียวกันกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน) **ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์** เพิ่มจัดทำเสียงตามสายมาเปิดเพิ่มในช่วงเช้า ในเรื่องขั้นตอนบริการต่างๆ จัดทำเกณฑ์การคัดแยกประเภทเพิ่มในใบเกณฑ์เดิม ได้แก่ ใส่ปรอทเด็กที่ช่องสัญญาณชีพเพิ่ม (เด็กอายุน้อยกว่า 3 เดือน อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) เป็น Danger zone vital signs และใส่อาการหรือโรคที่คัดแยกประเภทผิดบ่อยๆ ในผู้ป่วยประเภทคัดแยกประเภท 2 (Emergency) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการปวดท้อง มีเลือดหรือมีน้ำหรือมีมูกเลือดออกมาทางช่องคลอด สงสัยว่าเป็น Stroke มาน้อยกว่า 3 วัน สงสัย Myocardial infarction (MI) ที่มีประวัติเช่นสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยประเภท 1 (Resuscitation) เพิ่มกลุ่มที่มีชีพจรมากกว่า 150 ครั้งต่อนาที ซื้อกระดานสีเหลือง สีเขียวขนาด A5 มาใช้ส่งต่อข้อมูลระหว่างงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน แทนบัตรคิว และงานผู้ป่วยนอกจัดโต๊ะสีฟ้าให้รับส่งข้อมูลบริการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทผู้ป่วย และ (2) ติดตามการดำเนินงานทั้งในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ควบคุม กำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเวชระเบียนและการมารับบริการของผู้ป่วยทุกเดือนมาประมวลผล และวิเคราะห์ผลการให้บริการผู้ป่วยในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2566

**กระบวนการที่ 3 กระบวนการรายงานผลลัพธ์โดยรวมจากการวิจัย (Reporting)** โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

**เดือนสิงหาคม 2566** เมื่อผู้วิจัยพิจารณาถึงข้อมูล กรอบเวลา งบประมาณ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ที่ใช้ไปอย่างเหมาะสมหรือเห็นควรยุติการดำเนินงานแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ทำมาอย่างต่อเนื่องทั้งหมด (Comprehensive reporting) สรุปผลการวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการตัดสินใจแก่ผู้บริหาร รวมถึงการพัฒนางานในครั้งต่อไปของผู้วิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำคัญที่ใช้การวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ในแต่ละกระบวนการที่แตกต่างกัน ภายใต้ประเด็นหรือวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี พัฒนาจากการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED Triage) 5 ระดับ[5] ร่วมกับการใช้ป้ายสีสัญลักษณ์และแผ่นชาร์ดสี โดยระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ใช้สัญลักษณ์สีแดงระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินกึ่งวิกฤต (Emergency) ใช้สัญลักษณ์สีชมพู ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Semi-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีเขียว และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีขาว โดยผู้ป่วยจะถูกคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางปฏิบัติ/คู่มือตามรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี โดยมีป้ายสีสัญลักษณ์และแผ่นชาร์ตสีตามความเร่งด่วนส่งเข้ารับการ

รักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน คือ สีแดง สีชมพู และสีเหลืองตามลำดับ ส่วนสีเขียวและสีขาวจะถูกส่งไปตรวจรักษาที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก คู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์ระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2561 และระบบการคัดแยกประเภท

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (2) แบบประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของบุคลากร ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือได้การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพการคัดแยกที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย (3) แบบบันทึก over/under triage ประกอบด้วยแบบบันทึกการคัดกรองประเภทผู้ป่วย และ (4) แบบบันทึกอุบัติการณ์ โดยใช้แบบบันทึกความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับบริการแล้ว มาตรวจสอบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รหัส COE1112565 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักการด้านจริยธรรม 3 ประการ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินการทำงานแต่อย่างใดและรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับชื่อบุคคลเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. สภาพปัญหาการคัดกรองประเภทผู้ป่วย จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า 1) ด้านระบบบริการ คือในช่วงเวลาที่เริ่มมีการคัดแยกประเภทช่วง 7.00 - 8.00 น. และช่วง 12.00-13.00 น. ไม่มีพยาบาลหรือพนักงานเวชกิจฉุกเฉินให้พนักงานเปลทำหน้าที่คัดแยกประเภท ในช่วงเวลา 08.00 - 16.00 น. เจ้าหน้าที่จุดคัดแยกไม่ได้ทำหน้าที่คัดแยกเพียงอย่างเดียว ต้องคัดกรองซักประวัติ และลงประวัติอาการผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน Urgency ลงในระบบ HosXP ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มาในช่วงเวลาดังกล่าวไม่ได้ผ่านการคัดแยกทุกรายและบางครั้งพนักงานเปลต้องมาทำหน้าที่คัดแยกประเภทแทน และช่วงเวลาที่ผู้รับบริการมาก 08.00-09.00 น. มีเจ้าหน้าที่คัดแยกคนเดียวเกิดการรอนาน และคัดแยกไม่ทัน และระบบการนิเทศกำกับ ติดตามที่ยังไม่ต่อเนื่อง (2) ด้านบุคลากร เกิดจากความรู้ความเข้าใจ ประสการณ์ และทัศนคติในการคัดแยกประเภทของเจ้าหน้าที่ รวมถึงยังไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ (Job description) หรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Job assignment) ที่ชัดเจน และ 3) ด้านเครื่องมือ ได้แก่ เกณฑ์ในการคัดแยกประเภทที่ไม่ชัดเจน การเก็บข้อมูลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ยังไม่ได้กำหนดตัวชี้วัด เก็บไม่ครบและขาดต่อเนื่อง ขาดคนรับผิดชอบ

ในการเก็บข้อมูล ไม่มีการสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ อุปกรณ์ในการคัดแยกประเภทไม่เพียงพอ และในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลศรีสมเด็จได้ประกาศ 2PSAFETY ด้าน Patient safety ในเรื่องประสิทธิภาพการคัดแยก (Effective triage) ซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ลดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจที่หน้าห้องตรวจบริเวณงานผู้ป่วยนอก ลดการคัดแยกประเภทต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยเกิดความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากรอตรวจเป็นเวลานาน ลดการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดที่จะทำให้เกิดแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า

2. การพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ประกอบด้วยขั้นตอน (1) การพัฒนาระบบ Hospital Triage ตาม MOPH จัดทำคู่มือและอบรมเชิงวิชาการ (2) จัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยหน้า ER โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี และผ่านการอบรมเชิงวิชาการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (3) จัดทำแผ่นป้าย และ Flow chart ตามระดับความเร่งด่วน (4) การประเมินซ้ำการคัดกรอง โดยหัวหน้าเวรทุกราย (5) ปรับปรุงระบบระบบมอบหมายงานพยาบาล และ (6) นิเทศติดตามโดยหัวหน้างานและหัวหน้าเวร

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 400 คน ได้รับการคัดแยกถูกต้อง 372 คน (93.00%) ไม่ถูกต้อง (7.00%) จำแนกเป็นต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) จำนวน 5 คน (1.25%) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) จำนวน 23 คน (5.25%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละผลการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน (n=400)

| การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน | จำนวน(%) |
|---|---|
| **ถูกต้อง** | 372(93.00) |
| **ไม่ถูกต้อง** | 28(7.00) |
| **ระดับความฉุกเฉิน** | |
| **ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage)** | 5(1.25) |
| ESI 1 คัดแยกเป็น ESI 2 | 1(0.25) |
| ESI 2 คัดแยกเป็น ESI 3 | 1(0.25) |
| ESI 3 คัดแยกเป็น ESI 4 | 3(0.75) |
| ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 5 | 0(0.00) |
| **สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage)** | 25(5.25) |
| ESI 2 คัดแยกเป็น ESI 1 | 2(0.50) |
| ESI 3 คัดแยกเป็น ESI 2 | 7(1.75) |
| ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 3 | 10(2.50) |
| ESI 5 คัดแยกเป็น ESI 3 | 0(0.00) |
| ESI 5 คัดแยกเป็น ESI 4 | 4(0.50) |

## วิจารณ์

ผลพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลลำพูนพบว่า รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน กำหนดประเภทผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ วิกฤต (Immediate) ได้รับการดูแลรักษาทันที เจ็บป่วยรุนแรง (Emergency)ได้รับการรักษาภายใน 10 นาที เจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 30 นาที เจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) สามารถรอรับการรักษาได้ภายใน 120 นาที[11] ในทำนองเดียวกับการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน ซึ่งพบว่าผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ด้านการเตรียมความรู้และความพร้อมของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) เครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วยตามบริบทโรงพยาบาลน่าน 3) สมรรถนะและภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย และเครื่องมือประเมิน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก[12]

ส่วนผลการศึกษาประสิทธิผลพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบผลเช่นเดียวกับผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกในโรงพยาบาลลำพูน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดแยก ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย (เฉลี่ย 0.02 นาที, <0 นาที) ส่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (เฉลี่ย 3.13 นาที, ≤10 นาที) เจ็บป่วยปานกลาง (เฉลี่ย 15.27 นาที, ≤30 นาที) เจ็บป่วยเล็กน้อย (เฉลี่ย 22.08 นาที, ≤60 นาที) และเจ็บป่วยทั่วไป (เฉลี่ย 45.56 นาที, ≤120 นาที) น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียและด้านการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติบทบาทอิสระได้ดีขึ้น[11] สอดคล้องกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย ผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในช่วงปรับกระบวนการใหม่ระหว่างเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2563 พบว่า มีการคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 69.2, 75.4, 77.7 และ 85.4 ตามลำดับ มีการคัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 30.8, 24.6, 22.3 และ 14.6 ตามลำดับ การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage)ร้อยละ 23.9, 18.4, 17.6 และ 13.1 ตามลำดับการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ร้อยละ 6.9 , 6.2, 4.6 และ 1.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 83.1, 82.3, 86.2และ 85.4 ตามลำดับและไม่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงร้อยละ 16.9, 17.7, 13.8 และ 14.6 ตามลำดับ[13]

นอกจากนั้นยังพบว่าสอดคล้องกับผลการประเมินการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยผู้เข้าอบรมสะท้อนว่ากิจกรรมรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยส่งผลให้ตนเองมีความรู้ความเข้าใจ และความมั่นใจเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เครื่องมือและแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานดีขึ้น ลดการผิดพลาด รู้สึกมีความสุข และเห็นคุณค่าในการปฏิบัติของตนเองมากขึ้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นว่าหลักสูตรสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลน่าน[12] และหลังการพัฒนาความถูกต้องของการคัดแยกมากกว่าก่อนการพัฒนา คิดเป็น 94.90%, 87.80% ตามลำดับ หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอการคัดแยก (Mean= 0.21, SD.= 0.52) ต่ำกว่าก่อนการพัฒนา (Mean= 5.56, SD.= 6.28), ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอพบแพทย์ (Mean= 24.37, SD.= 31.96) ต่ำกว่าก่อนการพัฒนา (Mean=36.20, SD.= 33.56) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Mean=71.07, SD.= 33.96) ต่ำกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา (Mean = 84.44,SD.=35.80) อย่างมี ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่ากับ 31.82 (SD.= 2.80) จากคะแนนเต็มเท่ากับ 35 คะแนน และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่ากับ 45.09 (SD.=3.69) จากคะแนนเต็มเท่ากับ 50 คะแนน[14]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สีสำหรับจุดคัดกรองด่านหน้า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสมเด็จครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy, Tanabe, Travers & Rosenau[15] และ Australian Government[16] กำหนดประเภทผู้ป่วย แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยและผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป เป็นการเน้นการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน ร่วมกับการคำนึงถึงแนวโน้มทรัพยากรที่จะต้องใช้ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินได้ผ่านการนำไปทดสอบการใช้ในโรงพยาบาลต่างๆ พบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีรายละเอียดของเกณฑ์ต่างๆ อย่างชัดเจน ทำให้โอกาสในการมีความเห็นตรงกันสูง และมีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น นอกจากนั้นดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความถูกต้องมากกว่าการคัดแยกรูปแบบอื่น ขั้นตอนการปฏิบัติมีจุดแข็งที่ความเรียบง่ายในการใช้งาน และมีความสามารถในการลดการใช้ความรู้สึกของผู้คัดแยก ตลอดจนการคัดแยกด้วยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นในการนำมาใช้[11]

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้** (1) สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบคัดแยกผ่านกระบวนการ PDCA ทำการศึกษาความเที่ยงความเชื่อมั่นและความสอดคล้อง การทำวิจัย R2R รวมทั้ง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเขตบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดกระแสของการแข่งขันในเชิงพัฒนา (2) ระบบคัดแยกของแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินควรเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงของการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและเร่งด่วน อีกทั้งลดความขัดแย้งของบุคลากรในการส่งต่อระหว่างแผนก และ (3) การประชาสัมพันธ์เพื่อทำความเข้าใจ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับระบบคัดแยกผู้ป่วย ให้กับประชาชน และผู้ป่วยมีความสำคัญ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการร้องเรียน รวมทั้งสร้างความตระหนักและการเสียสละให้กับคนที่มีอาการฉุกเฉินมากกว่า ด้วยการผ่านคลิปในขณะนั่งรอตรวจ หรือทำความเข้าใจในระดับชุมชน

**ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป** (1) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรมีการสนับสนุนเอื้อให้เกิดการพัฒนาระบบคัดแยกให้เหมือนกัน 5 ระดับ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ทั่วประเทศ อาจเริ่มจากเขตบริการสุขภาพที่มีความพร้อมโดยแต่งตั้งคณะกรรมการเขตประกอบด้วยแพทย์ EP หัวหน้า ER หัวหน้า OPD ใน รพศ. รพจ.และ รพช.แม่ข่ายรวมทั้ง ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพระบบคัดแยกของเขตบริการสุขภาพ และ (2) การฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับระบบคัดแยกมีความจำเป็นและควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อปี อาจจัดโดยส่วนกลาง หรือสนับสนุนงบประมาณให้แต่ละเขตจัดฝึกอบรมทุกปี เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ด้านระบบคัดแยกที่ทันสมัยและไปในทิศทางเดียวกัน

## เอกสารอ้างอิง

1. Chan TC, Killeen J P, Kelly D, Guss D A. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. Ann Emerg Med. 2005;46:491-7.
2. กองการพยาบาล. คู่มือการวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.
3. ณฤดี เย็นเสนาะ. Khon kaen Emergency Severity Index. ขอนแก่น: กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น; 2552.
4. สุภารัตน์ ทัฬโพธิ์. การพัฒนาการใช้มาตรฐานการพยาบาลการกัดกรองผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
5. รัฐพงษ์ บุรีวงษ. MOPH ED. Triage. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สินีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31:96-108.
7. เอื้อมพร พิมดี, สุภาพิมพ์ พรหมพินิจ, ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปริวัฒน์ ภู่เงิน. ความสอดคล้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2558;30(6):587-91.
8. สุมาลี จักรไพศาล, จินตนันท์ สิทธิประชาราษฎร์, ชฎาภรณ์ เปรมปราม-อมร, ณัฐนันท์ มาลา. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถในการคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล. 2560;44(2):117-40
9. กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, ทัศนีย์ ภาคภูมิ-วินิจฉัย, โสพิศ เวียงโอสถ. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2562;20(1):66-76.
10. โรงพยาบาลศรีสมเด็จ. สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2561. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด; 2565.
11. ชนิดาภา ไกรธนสอน. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2565;30(1):69-81.
12. นัทชา จงศิริฉัยกุล, พรรณพิมล สุขวงษ์. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน. การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมนครปฐม. วันที่ 8-9 กรกฎาคม 2564.
13. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):160-78.
14. อรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรวุฒิ ขาวทอง, ปารินันท์ คงสมบูรณ์, สมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(2): 146-51.
15. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A M. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No.12-0014. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
16. Australian Government. Emergency Triage Education Kit 2019 [Internet]. 2019. [cited 2022 Nov 20]. Available from: www.ag.gov.au/cca

# ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในโรงพยาบาลโพนทอง

# The Effects of Childbirth Preparation Program on Perceptions with Birth Experience among the First Time Mothers in Phonthong Hospital

**ประนมพร สนั่นเอื้อ* ราตรี พลเยี่ยม****

**Pranomporn Sanan-uea, Ratree Pholyiam**

Corresponding author: E-mail: pranom_pors@hotmail.co.th

(Received: January 13, 2024; Revised: January 20, 2024; Accepted: February 20, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในโรงพยาบาลโพนทอง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัดหลังการทดลอง (Two groups posttest design with non-equivalent)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน เป็นมารดาที่มาฝากครรภ์และวางแผนคลอดที่โรงพยาบาลโพนทองที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก และแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Student's t-test

**ผลการวิจัย :** พบว่า หลังการทดลองมารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์โดยรวมการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.22 คะแนน (95%CI: 0.92, 1.51)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** พยาบาลห้องคลอดควรจัดให้มีปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด ทั้งด้านอารมณ์ และจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร และความสุขสบายและปลอดภัยเพื่อช่วยลดความกลัวและส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีแก่ผู้คลอด

**คำสำคัญ :** การเตรียมตัวเพื่อการคลอด; การรับรู้ประสบการณ์การคลอด; มารดาคลอดบุตรคนแรก

*, **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องคลอด โรงพยาบาลโพนทอง

## Abstract

**Purposes :** To compare perceptions with birth experience among the first time mothers in Phonthong Hospital.

**Study design :** Quasi-experimental research; Two groups posttest design with non-equivalent.

**Materials and Methods :** A total of 50 mothers were samples who came for antenatal care and planned birth at Phon Thong Hospital who came for antenatal care from March to August, 2023 and must meet to be eligible for study on inclusion and exclusion criteria. Data were collected using a recording form. And the experience perception assessment with a reliability of 0.94. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Student's t-test.

**Main findings :** After the intervention, mothers who gave birth for the first time had a significantly higher mean scores of perceptions with birth experience among the first time mothers of overall than the control group ($p<.001$), with an mean scores higher than 1.22 (95%CI: 0.92, 1.51).

**Conclusion and recommendations :** Delivery room nurses should organize supportive activities during the delivery period, both emotional and mental Information and comfort and safety to help reduce fear and promote awareness of a good birthing experience for those who give birth.

**Keywords :** Childbirth preparation; Perceptions with birth experience; First time mothers.

*, ** Registered Nurse, Professional Level, Service profile, Phon Thong Hospital.

## บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มดลูกมีการบีบรัดตัวซึ่งมีความแรงและความถี่สม่ำเสมอเพียงพอเพื่อให้มดลูกเปิดขยายให้ทารกเคลื่อนผ่านออกมาได้ การคลอดปกติจะเริ่มตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงทารกคลอด ซึ่งครรภ์แรกมักจะเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งในระยะคลอดมักพบมารดาต้องเผชิญความกลัว ความเครียด และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการคลอด[1] การคลอดเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่ต้องอาศัยกลไกที่สำคัญ 3 ประการ กล่าวคือ 1) แรงผลักดันในการคลอด (Power) เป็นแรงที่ใช้ขับทารกออกจากโพรงมดลูก ได้แก่ แรงจากการบีบรัดตัวของมดลูกและแรงเบ่ง 2) ช่องทางคลอด (Passage) ที่ทารกเคลื่อนผ่านออกมาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ช่องทางคลอดที่เป็นกระดูก ได้แก่ ขนาดและรูปร่างเชิงกราน ส่วนนี้จะยืดขยายได้น้อยมากกับอีกส่วนหนึ่งเป็นเนื้อเยื่อซึ่งสามารถยืดขยาย ได้แก่ พื้นเชิงกรานปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ 3) สิ่งที่คลอดออกมา (Passenger) ได้แก่ ทารกและรก[2] ทำให้ผู้คลอดมีความต้องการและความคาดหวังต่อการคลอดหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ข้อมูลข่าวสาร สังคม ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง ความปลอดภัย และการรักษา[3] การคลอดเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดความเจ็บปวด มีความไม่แน่นอน น่ากลัว ทุกข์ทรมาน และอาจอันตรายถึงชีวิตได้ ยิ่งใกล้ระยะคลอดก็ยิ่งทวีความกลัวและความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้เกิดความล่าช้า ใช้เวลาในการคลอดยาวนานขึ้น การเตรียมตัวเพื่อการคลอดจะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้[4] ในอดีตสตรีจะคลอดบุตรที่บ้าน ทำคลอดโดยหมอตำแย ผดุงครรภ์โบราณหรือคลอดเองตามธรรมชาติ แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนไปจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การพัฒนาระบบบริการทางด้านสาธารณสุขที่มีการสร้างโรงพยาบาลครอบคลุมทุกอำเภอในประเทศไทย เป็นผลให้สตรีมีครรภ์สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ทำให้นิยมมาคลอดบุตรในโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะเชื่อมั่นว่าปลอดภัยกว่าการคลอดที่บ้าน ผู้ทำคลอดจึงเปลี่ยนมาเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ แพทย์ และสูติแพทย์ในปัจจุบัน ซึ่งส่งผลให้แบบแผนการคลอดของสตรีเปลี่ยนไปจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของหญิงตั้งครรภ์ และการดูแลรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

อย่างไรก็ตามเพื่อเพิ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ และการดูแลตนเองในขณะคลอด ควรเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรู้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถจัดการตนเองในระยะคลอดอย่างเหมาะสม โดยครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้คอยสนับสนุน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ ให้มีความมั่นใจในการคลอดตามกระบวนการธรรมชาติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[5] การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความกลัวแก่หญิงเจ็บครรภ์คลอด[6] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกเกิดความกลัว ความเครียดในระดับสูงจะส่งผลให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ทำให้ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรือควบคุมพฤติกรรมของตนเองขณะรอคลอดได้ นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System; SNS) ให้หลั่งแคททีโคลามีน (Catecholamine) มากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่สัมพันธ์กัน มีผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า เกิดการคลอดที่ยาวนาน และระบบประสาทซิมพาเทติกยังทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงระบบต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรดส่งผลให้หัวใจทารกในครรภ์เต้นผิดปกติ และทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้[7]

มารดาที่คลอดบุตรคนแรกยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด ไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ทำให้เกิดการรับรู้ที่น่ากลัวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหากต้องการช่วยให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดีและมีการรับรู้ระดับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ลดลงควรให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และอีกปัจจัยที่ช่วยให้มารดาที่คลอดบุตร

คนแรกลดความกลัว ความเครียด และสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ได้ดีคือ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง หรือความมั่นใจในตนเองที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ได้[8]

การคลอดวิถีธรรมชาติ (Natural childbirth) เป็นการใช้แบบแผนการคลอดที่ธรรมชาติได้สร้างไว้แล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุด ให้แผนการคลอดได้ทำงานตามธรรมชาติ โดยลดกิจกรรมทางการแพทย์ที่จะขัดขวางกระบวนการตามธรรมชาติ งดการแทรกแซงทางวิทยาศาสตร์ งดการใช้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกในมารดาที่ไม่มีภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ดูแลให้ผู้คลอดได้คลอดตามธรรมชาติซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ และผู้คลอดสามารถกำหนดสิ่งต่างๆ เพื่อให้สามารถคลอดได้ด้วยตนเองเป็นหลัก[9] ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในการคลอด โดยครอบคลุมถึงความกลัวการคลอดความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดทั้งทางบวกและทางลบนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยในผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก ผู้คลอดจะเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจ เกิดสัมพันธภาพและทัศนคติในทางบวกกับทารก แต่สำหรับผู้คลอดที่มีประสบการณ์ทางลบนั้น ระยะแรกผู้คลอดอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีสัมพันธภาพในทางลบระหว่างมารดาและทารก ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทของตนเองได้ จนอาจเกิดเป็นภาวะเครียดภายหลังการคลอด (Posttraumatic stress disorder after childbirth) รวมทั้งทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวที่จะตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปหรือไม่ต้องการมีบุตรอีก[10] สำหรับผู้คลอดวัยรุ่น ส่วนใหญ่มักจะมีประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่[11] เนื่องจากการไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน เมื่อเผชิญกับความเจ็บปวดในระหว่างการคลอดซึ่งเป็นความเจ็บปวดรุนแรงทำให้รู้สึกเจ็บปวดที่สุดในชีวิต ซึ่งถ้าในระยะคลอดผู้คลอดไม่สามารถควบคุมตนเองหรือแสดงออกด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของวัยรุ่นอาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับการสนับสนุนยกย่อง ให้กำลังใจเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้คลอด

จากการทบทวนจากข้อมูลของโรงพยาบาลโพนทอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 -2565 มีจำนวนมารับบริการคลอดทั้งหมด จำนวน 1,186 ราย, 1,134 ราย, 1,166 ราย, 1,166 ราย และ 1,018 ราย ตามลำดับ และเป็นการคลอดครรภ์แรก จำนวน 182 ราย, 170 ราย, 152 ราย, 179 ราย และ 122 ราย ตามลำดับการสนับสนุนในระยะคลอดที่ผ่านมาโรงพยาบาลโพนทองได้อนุญาตให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด สามารถเข้าเยี่ยมผู้คลอดที่อยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ห้องรอคลอดในเวลาที่กำหนด ครั้งละไม่เกิน 15 นาที แต่เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก หรือเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดจะไม่อนุญาตให้เข้าเยี่ยมการสนับสนุนในระยะคลอดจึงปฏิบัติโดยพยาบาลซึ่งมีความรับผิดชอบงานทั้งการดูแลผู้คลอด และงานเอกสารอื่น ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ขาดทักษะในการสนับสนุนระยะคลอด[12] ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคลากรทางสาธารณสุขจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารกได้น้อยกว่าการสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคคลใกล้ชิดหรือมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้คลอดและเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกให้การสนับสนุน[13] ในส่วนของผู้คลอดครรภ์หลังที่มีประสบการณ์การคลอดไม่ดี ส่วนหนึ่งตัดสินใจเลือกวิธีคลอด โดยวิธีผ่าตัดคลอด แบบไม่มีข้อบ่งชี้ ทำให้อัตราผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลสูงขึ้นถึงร้อยละ 50.0 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

อย่างไรก็ตามประสบการณ์การคลอดทางบวกเป็นประสบการณ์ที่สตรีรับรู้เหตุการณ์ในขณะเจ็บครรภ์และขณะคลอดตามสภาพความเป็นจริง สามารถควบคุมตัวเองและใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้โดยเฉพาะความเจ็บปวดในการคลอด สตรีสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและผ่านเหตุการณ์นั้นได้ด้วยดี มีส่วนร่วมในการคลอด ได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด ส่งผลให้สตรีมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก[14] ตรงข้ามกับการรับรู้ประสบการณ์

การคลอดทางลบ คือ การที่สตรีมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่อันตรายและคุกคามต่อชีวิต เกิดความรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในการคลอดมีความคิดเห็นว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว เกิดความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิด รู้สึกผิดหวังและไม่สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญกับการคลอดได้[15] ประสบการณ์การคลอดทางลบที่เกิดขึ้นส่งผลให้สตรีเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้นและเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังการเผชิญความเครียดจากการคลอดบุตร (Posttraumatic stress disorder after childbirth) รวมทั้งทำให้สตรีเกิดความกลัวที่จะตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป[16]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรก จำนวน 6 ด้าน คือ การควบคุมตนเองในระยะคลอด การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด การรับรู้ต่อชีวิตของตนเองในระยะคลอด ความห่วงใยต่อบุตรในระยะคลอด ความรู้สึกในการเป็นมารดา และการสนับสนุนจากครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในโรงพยาบาลโพนทอง เพื่อให้สตรีที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระยะคลอดได้รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองระดับสูง สามารถควบคุมตัวเองและใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้โดยเฉพาะความเจ็บปวดในการคลอด สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและผ่านเหตุการณ์นั้นได้ด้วยดี มีส่วนร่วมในการคลอดได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในโรงพยาบาลโพนทอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัดหลังการทดลอง (Two groups posttest design with non-equivalent) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในโรงพยาบาลโพนทอง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** เป็นมารดาที่มาฝากครรภ์ และวางแผนคลอดที่โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้คลอดบุตรคนแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) มารดาที่คลอดบุตรคนแรก (2) ตั้งครรภ์เดี่ยว (3) อายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป (4) ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ (5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด (6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และ (7) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอคลอด

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยพบการศึกษาของพรรณทิพา บัวคล้าย และคณะ[17] เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยแบบกึ่งทดลองของเด็มเซ่[18] (Dempsey & Dempsey) ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรวม 50 คน

**การเลือกตัวอย่าง** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 50 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์เมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมาฝากครรภ์ ให้ติดต่อผู้วิจัยทันที จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบ และแนะนำตนเองกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูล หลังจากนั้น

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 25 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่หน่วยฝากครรภ์ และห้องคลอดให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน เพื่อป้องกันความลำเอียงและการปนเปื้อนของข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดประกอบด้วย 2 ชุดกิจกรรมดังนี้

**ระยะที่ 1** ระยะตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมตัวหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดมีกิจกรรมดังนี้ ชมวีดิทัศน์เรื่อง สนับสนุนในระยะคลอด ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอด แล้วนำมาเรียบเรียงเนื้อหาเพื่อจัดทำเป็นวีดิทัศน์และคู่มือซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด สถานที่คลอด กิจกรรมที่ผู้คลอด และญาติสามารถปฏิบัติในห้องคลอดการสนับสนุนช่วยเหลือของญาติที่ให้แก่ผู้คลอดโดยนำมาพัฒนากิจกรรมดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลาให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่อ่อนโยน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ คำแนะนำเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการคลอด การปฏิบัติของผู้คลอดขณะรอคลอด 3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย (Comfort measure) ได้แก่ ความสุขสบายกายจากการสัมผัสในการเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวดหรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย และ 4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อสื่อสารความต้องการของผู้คลอด เมื่อผู้คลอดอยู่ในระหว่างเจ็บครรภ์ หรือช่วยในการสื่อสารกับญาติที่ไม่ได้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

**การเตรียมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด** ดังนี้ 1) จัดประชุมเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรก เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย 2) ชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ขณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยว่าเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและให้การดูแลผู้กลอดรายอื่น ๆ ได้ตามปกติ 3) ขอความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรประจำการให้ติดต่อผู้วิจัย ภายใน 15 นาที หลังพิจารณารับกลุ่มตัวอย่างไว้ในโรงพยาบาล และ 4) เมื่อเจ้าหน้าที่มีข้อสงสัยสามารถติดต่อและแจ้งผู้วิจัยทันที

**ระยะที่ 2 ระยะคลอด** ให้การสนับสนุนในระยะคลอดในห้องคลอดตั้งแต่แรกรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจบสิ้นสุดการคลอด โดยให้ปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขสบายและปลอดภัย

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทางประชากร ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากรของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด 2) แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ[19] ได้ดัดแปลงเครื่องมือต่อจากเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร[20] โดยเพิ่มเครื่องมือเป็น 33 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอดความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะใกล้คลอดและความรู้สึกพึงพอใจต่อความสำเร็จของตนเอง โดยแบบสอบถามเป็นชนิดมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก และการให้คะแนนจะอยู่ระหว่าง 42-168 ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย**

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการใช้ภาษาของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อการรับรู้

ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรก โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน และพยาบาลด้านสูติศาสตร์ 1 ท่านจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ[19] ได้ดัดแปลงเครื่องมือวิจัยต่อจากเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร[20] แบบสอบถามนี้ได้รับการนำไปทดสอบกับมารดาหลังคลอดปกติ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามชุดนี้มีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำ

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ก่อนทำการวิจัยผู้วิจัยได้รับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0972565 ก่อนการการเก็บข้อมูลผู้วิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และข้อมูลการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งให้สิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย อย่างอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งทางกฎหมายถือว่ายังไม่บรรลุนิติภาวะนั้นให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมกันวิจัยแทนกลุ่มตัวอย่างการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาเป็นความลับจะใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

## การดำเนินการวิจัย

ภายหลังโครงร่างงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด แล้วจากนั้นดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังมีรายละเอียด ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ภายหลังผู้วิจัยคัดเลือกมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ที่คลินิกฝากครรภ์จากนั้นแนะนำตัว พร้อมสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจ้งเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึก ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในทะเบียนประวัติที่จัดทำขึ้นเพื่อ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นติดสติกเกอร์สัญลักษณ์ “Control” ด้านหน้าสมุดฝากครรภ์เพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลคลินิกฝากครรภ์

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงห้องคลอดและได้รับการพิจารณาให้นอนโรงพยาบาลแล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องคลอด จากนั้นพยาบาลประจำห้องคลอด ติดต่อผู้วิจัยทราบภายใน 15 นาที พร้อมให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มตัวอย่าง จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยคัดเลือกมารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ที่คลินิกฝากครรภ์ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับมารดาที่มาคลอดบุตรคนแรก จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในทะเบียนประวัติที่จัดทำขึ้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นเพื่อบันทึก ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการติด สติกเกอร์สัญลักษณ์ “Experiment” ด้านหน้าสมุดฝากครรภ์เพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มทดลอง โดยมีกิจกรรม ได้แก่ นำชมวีดิทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอด” และฝึกปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอด พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างทวนซ้ำซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 นาที จากนั้นมอบคู่มือ เรื่อง “การสนับสนุนในระยะคลอด” ให้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 เล่ม เพื่อนำกลับไปอ่านและฝึกปฏิบัติที่บ้านและแนะนำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีเจ็บครรภ์คลอดและได้รับการพิจารณาให้นอนโรงพยาบาลพยาบาลประจำห้องคลอดให้การพยาบาลตามปกติและจัดให้ผู้คลอดได้นอนเตียงที่มีม่านกั้นเป็นสัดส่วนเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม จากนั้นติดต่อผู้วิจัยทราบภายใน 15 นาที เมื่อผู้วิจัยมาถึงผู้วิจัยเข้าพบ ทักทายและทบทวนการปฏิบัติ แนะนำสถานที่และความเข้าใจในการสนับสนุนระยะคลอด ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

จากนั้นภายหลังคลอด 2 ชั่วโมงก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร หญิงในระยะคลอดกลุ่มทดลอง 25 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 16 - 20 ปี (50.0%) สถานภาพสมรสคู่ (90.0%) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (60.0%) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (40.0%) รองลงมา คือ ระดับมัธยมต้นศึกษา (30.0%) และรายได้ของครอบครัว 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน (60.0%) ตามลำดับ ส่วนหญิงในระยะคลอดกลุ่มควบคุม 25 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 16-20 ปี (70.0%) สถานภาพสมรสคู่ (100.0%) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานโรงงาน (50.0%) รองลงมาเป็นอาชีพแม่บ้าน (20.0%) จบการศึกษาระดับการศึกษาระดับมัธยมตอนต้น (50.0%) รองลงมาคือระดับมัธยมปลาย/ปวช. (30.0%) รายได้ของครอบครัว 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน (40.0%) และรองลงมาคือ รายได้ 15,001-20,000 บาท (40.0%) ตามลำดับ

2. หลังการทดลองมารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์โดยรวมการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.22 คะแนน (95%CI: 0.92, 1.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.18 คะแนน (95%CI: 0.77, 1.58); มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.18 คะแนน (95%CI: 0.75,1.60); มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อชีวิตของตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.11 คะแนน (95%CI: 0.74, 1.48); มีคะแนนเฉลี่ยความห่วงใยต่อบุตรมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.06 คะแนน (95%CI: 0.68, 1.44); มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกในการเป็นมารดามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.52 คะแนน (95%CI: 1.23, 1.82); มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.24 คะแนน (95%CI: 0.91, 1.56) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean diff.(SE.) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **การรับรู้ประสบการณ์การคลอด** | | | | | |
| **การควบคุมตนเอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 3.08(0.62) | 1.18(0.20) | 0.77, 1.58 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 1.90(0.79) | | | |
| **การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 3.14(0.51) | 1.18(0.21) | 0.75, 1.60 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 1.96(0.91) | | | |
| **การรับรู้ต่อชีวิตของตนเอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 3.07(0.53) | 1.11(0.18) | 0.74, 1.48 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 1.96(0.75) | | | |
| **ความห่วงใยต่อบุตร** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 2.98(0.61) | 1.06(0.19) | 0.68, 1.44 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 1.92(0.73) | | | |
| **ความรู้สึกในการเป็นมารดา** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 3.12(0.56) | 1.52(0.15) | 1.23, 1.82 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 1.60(0.47) | | | |
| **การสนับสนุนจากครอบครัว** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 3.19(0.37) | 1.24(0.15) | 0.91, 1.56 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 1.95(0.70) | | | |
| **โดยรวม** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 25 | 3.10(0.29) | 1.22(0.147) | 0.92, 1.51 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 25 | 1.88(0.66) | | | |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้หลังการทดลองพบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.22 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่แผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด โรงพยาบาลราชพิพัฒน์พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถะในการเผชิญความเจ็บปวดมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม; กลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยน ผ่านจะเห็นได้ว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกสามารถเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าได้รับการดูแลตามปกติ[21-22] ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ อันเป็นการเตรียมตัวหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดมีกิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ชมวีดิทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอด แล้วนำมาเรียบเรียงเนื้อหา เพื่อจัดทำเป็นวิดิทัศน์และคู่มือซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด สถานที่คลอด กิจกรรมที่ผู้คลอด และญาติสามารถปฏิบัติในห้องคลอดการสนับสนุน ช่วยเหลือของญาติที่ให้แก่ผู้คลอดโดยนำมาพัฒนากิจกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลาให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่อ่อนโยน การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ คำแนะนำเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการคลอด การปฏิบัติของผู้คลอดขณะรอคลอด และการสนับสนุนด้านความสุขสบาย (Comfort measure) ได้แก่ ความสุขสบายกายจากการสัมผัสในการเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวดหรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย และการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อสื่อสารความต้องการของผู้คลอด เมื่อผู้คลอดอยู่ในระหว่างเจ็บครรภ์หรือช่วยในการสื่อสารกับญาติที่ไม่ได้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้เตรียมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์และห้องคลอดโดยมีการประชุมเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรก เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ ขณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยว่าเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและให้การดูแลผู้กลอดรายอื่นๆ ได้ตามปกติ ขอความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรประจำการให้ติดต่อผู้วิจัย ภายใน 15 นาที หลังพิจารณารับกลุ่มตัวอย่างไว้ในโรงพยาบาล และเมื่อเจ้าหน้าที่มีข้อสงสัยสามารถติดต่อและแจ้งผู้วิจัยทันที และดำเนินการในระยะคลอด ให้การสนับสนุนในระยะคลอดในห้องคลอดตั้งแต่แรกรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจบสิ้นสุดการคลอด โดยให้ปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอดทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร และความสุขสบายและปลอดภัย

เช่นเดียวกับ Sinlatamkij, Sinlatamkij, &Supaksri[23] ที่ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy) ช่วยทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรได้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยการสร้างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ โดยใช้แหล่งกระตุ้นการรับรู้สมรรถนะของตนเอง 4 แหล่ง โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง คือ แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง และห้องคลอด 1 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองที่มีอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ได้เรียนรู้เพื่อให้เกิดการประสบความสำเร็จโดยตรงด้วยตนเอง โดยให้รับชมยูทูปความรู้เกี่ยวกับการคลอดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ ให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติตามจนสามารถ

ปฏิบัติได้ และให้กลุ่มทดลองสังเกตดูประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอดของผู้อื่น ผู้วิจัยใช้คำพูดชักชวนให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติทุกวัน และแนะนำวิธีการบันทึกการฝึกปฏิบัติลงในแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดทุกครั้งหลังจากที่ฝึกปฏิบัติเสร็จ เพื่อส่งข้อมูลการฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้วิจัยทุกครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อน กลับในการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง ให้คำชมเชยและกำลังใจทางไลน์และติดตามกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ และผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเน้นย้ำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดในครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์และครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ ≤37 สัปดาห์ที่ห้องคลอด โดยทบทวนการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดจากยูทูปในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ ซึ่งกลุ่มทดลองทุกรายสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติและถูกต้อง ซึ่งกลุ่มทดลองสะท้อนความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรมที่ใช้ง่ายและใช้ได้จริง หลังปฏิบัติแล้วรู้สึกผ่อนคลายขึ้นและความเจ็บปวดลดลงทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นลดความกลัว และความเครียดลงได้

กล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อการคลอดเป็นเรื่องน่ากลัวและทุกข์ทรมาน ซึ่งมีความกลัวเกี่ยวข้องกับสุขภาพทารก คือ กลัวทารกจะไม่แข็งแรงและผิดปกติ มีความกลัวสภาพการณ์จริงของการคลอด คือ กลัวการเจ็บครรภ์และความลำบากในการคลอด เผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมและมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ความเจ็บปวดและประสบการณ์การคลอดยังฝังแน่นอยู่ในความทรงจำของผู้คลอดก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการคลอด ส่งผลให้เกิดความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวว่าการผ่าตัดทำคลอดมีผลดีกว่าการให้คลอดทางช่องคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยขอให้แพทย์ผ่าตัดทำคลอดให้โดยไม่มีข้อบ่งชี้

## ข้อเสนอแนะ

การนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกการนำไปใช้ประโยชน์จะส่งผลให้การคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการคลอดเป็นกระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระยะคลอดโดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อให้เกิดความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้นจากการหดรัดตัวของมดลูกที่ส่งผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูกและต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานหลายชั่วโมง จนเกิดความเหนื่อยหล้าจากการคลอดโดยเฉพาะในครรภ์แรกที่มีการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดนานถึง 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมงและการเจ็บครรภ์ในระยะที่สองของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าครรภ์หลัง นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอด การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ประสบการณ์เชิงลบและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่ได้จากคำบอกเล่าจากผู้อื่น สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุของความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการคลอดมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีระดับสูงสุดใน โดยในช่วงไตรมาสที่ 3 ความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดจะเพิ่มระยะคลอด โดยเฉพาะครรภ์แรกที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน

การดำเนินงานตามโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการอยู่ในระดับมากเนื่องจากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และปัจจัยด้านสถานการณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการคลอด เศรษฐานะทางสังคมและความเข้มแข็งอดทน จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดแตกต่างกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเศรษฐานะทางสังคมต่างกันมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดแตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีตัวแปรแทรกซ้อนมาก และไม่สามารถควบคุมได้

## เอกสารอ้างอิง

1. สุกัญญา บังเมฆ, ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, วรรณา พาหุวัฒนกร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(1):201-10.
2. ธีระ ทองสง, ชเนนท์ วนาภิรักษ์. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี่บี.ฟลอเรน บุ๊สเซนเตอร์; 2541.
3. สุรีย์พร กฤษเจริญ, ปราณี พงศ์ไพบูลย์, กัญจนี พลอินทร์, วรางคณา ชัชเวช, ปรียา แก้วพิมล, สุภาพ มากสุวรรณ. ประสิทธิผลของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(4):16-25.
4. ณิชากร ชื่นอารมณ์, ศิรินาฎ โตยัง. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้และการปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2562;4(3):11-26.
5. ปิยาณี นักบุญ, ไฝทอง สวนงาม, ศุภธาภรณ์ มะหุวรรณ์, นิตยา กุลตังวัฒนา. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติด้านการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการหายใจในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการสอนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียกับการสอนตามปกติ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565;26(1):78-88.
6. อาลี แซ่เจียว, พยุงศรี อุทัยรัตน์. การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2559;31(2):325-37.
7. Pan P H, Booth J L. The pain of childbirth and effect on the mother and the fetus. In: Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, Kee WDN, Beilin Y, Mhyre J, et al, editors. Chestnut's Obstetric anesthesia e-book. 7thed. Chicago: Elsevier Health Sciences; 2022;17(2):422-40.
8. สุกัญญา บังเมฆ, ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, วรรณา พาหุวัฒนกร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;24(1):201-10.
9. Balaskas J. New active birth: A concise guide to natural childbirth. London: Thorsons; 1991.
10. Bryanton J, Gagnon A J, Johnston, Hatem M. Predictors of woman's Perceptions of the childbirth experience. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2008;37(2):24-34.
11. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. Birth. 2004;37(2):17-27.
12. โรงพยาบาลโพนทอง. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. ร้อยเอ็ด. งานยุทธศาสตร์; 2565.
13. Mercer R, Hackley K, Bostrom A. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. Nursing Research. 1983;32(2):202-07.
14. Mercer R T. First-time motherhood: Experience from teens to forties. New York: Springer; 1986.
15. Baker S R, Choi P Y L, Hinshaw C A, Tree J. Women's experiences of maternity careduring labour, delivery and the immediate postpartum. Feminism & Psychology. 2005;15(1):315-42.
16. Bryanton J, Gagnon A J, Johnston C, Hatem M. Predictors of woman's Perceptions of the childbirth experience. Journal of Obstetric,

Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2008;37(2):24-34.

17. พรรณทิพา บัวคล้าย, ประทุมา ฤทธิโพธิ์, ทยุตา อินทร์แก้ว. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2562;20(1)28-39.
18. Dempsey P A, Dempsey A D. Nursing research with basic statistic application. (3rd ed.). Boston : Johes and Bartiett; 1992.
19. ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. ผลการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด โดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541;23(2):25-37.
20. เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
21. ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;30(3):116-27.
22. Ahmadi L, Bagheri F. The effectiveness of educating mindfulness on anxiety, fear of delivery, pain catastrophizing and selecting caesarian section as the delivery method among nulliparous pregnant women. Nurs Pract Today. 2017;4(1):52-63.
23. Sinlatamkij C, Sinlatamkij S, Supaksri P. Effects of labor support program on pain-coping behavior and childbirth experience among primiparous women who received oxytocin. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):216-25.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

# Development care model for HIV infected and AIDs patient and Antiretroviral Adherence among HIV infection and AIDS patients in Nong Hi hospital, Roi-Et province

**มงคล กันตพานิชการ***

**Mongkol Kanthapanichkarn**

Corresponding author: Email: mongkan@hotmail.com

(Received: January 14, 2024; Revised: January 21, 2024; Accepted: February 21, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) ระยะพัฒนารูปแบบตามแนวทางในการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565 และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ในด้านความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยา ระดับ $CD_4$ และระดับ Viral load เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนาด้วย Paired sample t-test และวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการวิจัย :** สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ขาดแนวทางการดำเนินงานที่ไม่ทันสมัย ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการรักษา และผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสม มีปัญหาการดื้อยาและขาดความร่วมมือที่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยได้ทำการพัฒนารูปแบบขึ้น คือ การดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการรักษา การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัยและสื่อสารการใช้งาน การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การใช้ประโยชน์ข้อมูลทางด้านสารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การให้ความรู้ผู้ป่วยและติดตามผลลัพธ์ด้วยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งหลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ระดับ $CD_4$ 2) ความร่วมมือในการใช้ยา 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และ 4) ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ และ $p<.001$ ตามลำดับ)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำการพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการใช้แนวคิดเชิงระบบตามแนวทางการรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีต่อการรักษาโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์; การพัฒนา; รูปแบบการดูแลรักษา

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฮี

## Abstract

**Purposes :** To study situation, development of model and results in developing model of **HIV** infected patient and Antiretroviral Adherence among HIV infection and AIDS patients in Nong Hi hospital, Roi-Et province.

**Study design :** Action Research**.**

**Materials and Methods :** This research is divided into 3 phases: 1) Study the general information situation of patients, 2) develop a model according to the guidelines of HIV infection in Thailand in 2021/2022 and 3. ) Evaluating results in knowledge, understanding and adherence, $CD_4$ levels, and Viral load levels. Using the developed data. Analyzed using descriptive statistics. Compare results before and after development with paired sample t-test and content analysis.

**Main findings :** The situation in caring for HIV-infected and AIDS patients was found to lack modern operational guidelines. Patients do not have access to treatment, patients have problems drinking alcohol and using inappropriate health products, problem of adherence. We have developed a model, make activities in the community to promote access to treatment. Establishing modern guidelines and communication. Reducing stigma and discrimination Utilization of information data Educating patients and following up on results with a multidisciplinary team. After developing the model, there were statistically significant differences, including 1) $CD_4$ levels, 2) cooperation in using medicine, 3) knowledge about HIV and AIDS, and 4) understanding of medicine. Antiviral ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ and $p<.001$ respectively).

**Conclusion and recommendations :** Developing care models and adherence of antiretroviral medicines for HIV-infected and AIDS patients Has been developed to ensure continuity and sustainability. By using a systems concept based on treatment approaches with multidisciplinary participation. In order for patients to have good cooperation in treating disease and having a good quality of life.

**Keywords :** HIV-infected and AIDS patients; Development; Care models

*Registered Pharmacist Professional Level, Nong Hi hospital

## บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และมั่นคงของประเทศไทยและทั่วโลก โดยในปี พ.ศ.2564[1] มีการรับรองปฏิญญาทางการเมืองเรื่องเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ.2564 ในการดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ในฐานะภัยคุกคามด้านสาธารณสุขภายในปี พ.ศ.2573 โดยประเทศไทยมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เอดส์โลกใน พ.ศ.2564-2569 ที่มีเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ 3 ประการ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยเอดส์เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศสภาวะไม่เกินร้อยละ 10[2] สำหรับในด้านการสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ มีเป้าหมาย เพื่อ ลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบ (Undetectable) ให้นานที่สุด และทำให้จำนวน $CD_4$ กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Non AIDS-related illness) โดยการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการดูแลด้านอื่นๆ ควบคู่กัน เพื่อส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี ลดอัตราตาย ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ด้วยการให้บริการการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง[1]

จากรายงานของศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย[3] พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี 2565 ประมาณ 560,000 คน เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 11,000 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน และกำลังรับประทานยาต้านไวรัส 457,133 คน (ร้อยละ 81.63) จากการศึกษาของนันทพงศ์ พงศ์สุวรรณ[4] พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเป้าหมายยุทธศาสตร์เอดส์โลกปี พ.ศ.2564-2569 ยังพบว่าผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่การให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสมีความครอบคลุม และผู้ป่วยมีโอกาสได้เข้าถึงยาต้านไวรัสได้เพิ่มมากขึ้นภายใต้ขอบเขตการให้บริการของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ นอกจากนั้นประเทศไทยยังได้มีการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง โดยแนวทางที่ใช้ในปัจจุบัน คือ แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากกรมควบคุมโรค ประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565 (Thailand National Guidelines on HIV-AIDS Treatment and Prevention 2021/2022)[1] ดังนั้นเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมในด้านการให้บริการด้านการดูแลรักษาในด้านการแพทย์ การพยาบาล จิตวิทยา สังคมเศรษฐกิจและการคุ้มครองสิทธิ์ การตรวจติดตามระดับ $CD_4$ การติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสและยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การตรวจคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามระยะของโรค รวมถึงการดูแลในระดับชุมชนต่อไป[1]

เช่นเดียกวับจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีผู้ป่วยเอดส์สะสมในปี 2565 จำนวน 5,803 ราย ในส่วนของโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัสในงบประมาณ 2565-2566 จำนวน 107 คน มีผู้ที่ติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 18 ราย โดยมีการจัดให้บริการคลินิกยาต้านไวรัสทุกสัปดาห์ ซึ่งในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี เป็นการให้การรรักษาและดูแลผู้ป่วยด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต ดังนั้นประสิทธิภาพของการรักษาจึงขึ้นอยู่กับความเร็วในการได้รับยาต้านไวรัส ความครบถ้วน และความต่อเนื่องในการรับประทานยา ซึ่งในการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์จะต้องมีรูปแบบในการดูแลที่มุ่งเน้นในด้านของผู้ป่วย และด้านของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ จากการทบทวนงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงาน จากการวิจัยของสัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรชิณ[5] ได้ทำการวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนปฏิบัติการโดยการค้นหาปัญหาและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในการเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อจัดทำแผนในการจัดการปัญหาและพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 เป็นการทำแผนปฏิบัติการและการลงมือปฏิบัติจริง ขั้นตอนที่ 3 เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการ และขั้นตอนที่ 4 เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ โดยผลการดำเนินการพบว่า ในด้านการให้บริการ พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา การไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ใช้ได้สะดวกและเป็นลายลักษณ์อักษร การขาดการอบรมความรู้ใหม่ๆ ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ตรงเวลา สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม ซึ่งได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหา คือ การปรับปรุงอัตรากำลัง การอบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ และการพัฒนา CPG การติดตามผู้ป่วยและการติดตามการรับประทานยา นอกจากนั้นในการวิจัยของประจักร เหิกขุนทด[6] ได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร มีการพัฒนาโดยการระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) การสนทนากลุ่ม การรวบข้อมูลเอกสาร ซึ่งพบว่าการให้บริการยังขาดความปรับปรุงข้อมูลในด้านคณะกรรมการดำเนินงาน ระเบียบแนวทางปฏิบัติ การขาดองค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน จึงได้พัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และอบรมฟื้นฟูศักยภาพ การสร้างเครือข่ายในชุมชน และการปรับแนวทางปฏิบัติให้เป็นปัจจุบันและทันสมัย และจากการวิจัยของวิราวรรณ ชมาฤกษณ์ และคณะ[7] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการและเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยาและการเฝ้าระวังการเกิดเชื้อดื้อยา ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการมากขึ้น มีการรับประทานยาต้านไวรัสที่สม่ำเสมอ นอกจากนั้นเนื่องจากโรงพยาบาลหนองฮี เป็นโรงพยาบาลขนาด F3 ที่ตั้งขึ้นใหม่ มีการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 มีการหมุนเวียนเปลี่ยนบุคลากรใหม่และบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่นั้นมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ดังนั้นเพื่อให้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีกระบวนการและคุณภาพที่ดีในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และการพัฒนารูปแบบ และติดตามผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Action research ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[8] เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 31 มกราคม 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรกลุ่มกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 107 คน และกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 10 คน (ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาล 4 คน LAB 1 คน) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก ดังต่อไปนี้

**กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี มีเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก** ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่เอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้วตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) มีความรู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยหรือสนทนาถามตอบกับผู้วิจัยได้ 3) เข้าใจและทราบรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ การรับรู้ผิดปกติหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเข้าใจหรือให้ข้อมูลได้ และ 2) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

**กลุ่มสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี** มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) แพทย์ที่ดูแลคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 คน 2) เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 คน 3) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4 คน 4) นักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 คน 5) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลหนองฮี ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยและของดให้ข้อมูล 2) ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

โดยสรุปในการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการ ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา และการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 คน ส่วนระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 107 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ 1) แนวทางในการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2564/2565 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[1] 2) แบบสอบถามในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี ร้อยเอ็ด ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น 3) แบบเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น และ 4) แบบฟอร์มเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิกเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ท่าน โดยแบบสอบถามในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง มีค่า CVI เท่ากับ แบบเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 และ แบบฟอร์มเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไป

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดย 1) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คนด้วยตนเอง 2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ สัปดาห์ละ 30-40 คน ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทำวิจัย ด้วยตนเองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) ความรู้และความเข้าใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอสด์ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส (Adverse drug reaction, ADR) ติดตามระดับค่า $CD_4$ ระดับ Viral load เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังทำการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ทำการวิเคราะห์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ติดตาม ความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส (Adverse drug reaction, ADR) ติดตามระดับค่า $CD_4$ ระดับ Viral load ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบก่อน และหลังพัฒนาด้วย Paired sample t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 หมายเลขรับรอง COE 0932566

## ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์ความต้องการ ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา โดยการทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาสภาพความเป็นจริงเพื่อค้นหาปัญหาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพบว่า แนวทางการรักษาไม่ทันสมัย ไม่เคยปรับปรุง และปัญหาการเขาถึงการบริการของผู้ป่วย โดยคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.47 มีอายุเฉลี่ย 46.09±11.03 ปี มีการศึกษาส่วนใหญ่ คือ มัธยมปลาย/ปวส. ร้อยละ 34.65 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.50 มีสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 90.10 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 70.30 พบปัญหาผู้ป่วยดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 5.94 มีการใช้อาหารเสริมหรือสมุนไพรร่วมกับยาต้านไวรัส ร้อยละ 12.87 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนการพัฒนา (N=101)

| คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล | จำนวน(ร้อยละ) |
|---|---|
| **เพศ** | |
| หญิง | 47(46.53) |
| ชาย | 54(53.47) |
| **อายุ** | |
| <30 ปี | 11(10.89) |
| 31-40 ปี | 19(18.81) |
| 41-50 ปี | 34(33.66) |
| 51-60 ปี | 27(26.73) |
| >60 ปี | 10(9.90) |
| **ระดับการศึกษา** | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 4(3.96) |
| ประถมศึกษา | 19(18.81) |
| มัธยมต้น/ปวช. | 26(25.74) |
| มัธยมปลาย/ปวส. | 35(34.65) |
| ปริญญาตรีและสูงกว่า | 17(16.83) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล | จำนวน(ร้อยละ) |
|---|---|
| **อาชีพ** | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 8(7.92) |
| รับจ้างทั่วไป | 50(49.50) |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 9(8.91) |
| รับราชการ/รัฐวิสาหิจ | 1(0.99) |
| พนักงานเอกชน/พนักงานโรงงาน | 7(6.93) |
| นักเรียน/นักศึกษา | 3(2.97) |
| เกษตรกรรม | 23(22.77) |
| **สิทธิการรักษาพยาบาล** | |
| บัตรทอง 30 บาท | 91(90.10) |
| เบิกได้/จ่ายตรง | 2(1.98) |
| ประกันสังคม | 8(7.92) |
| **ประวัติดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์** | |
| ดื่ม | 6(5.94) |
| ไม่ดื่ม | 95(94.06) |
| **การรับประทานอาหารเสริม/สมุนไพร** | |
| กิน | 13(12.87) |
| ไม่กิน | 88(87.13) |
| **โรคประจำตัว/โรคร่วมเรื้อรัง** | |
| มี | 30(29.70) |
| ไม่มี | 71(70.30) |

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) การส่งเสริมการเข้าถึงและจัดบริการด้านการป้องกันเอชไอวียังมีการประชาสัมพันธ์และค้นหาผู้ติดเชื้อยังทำได้น้อย 2) การดูแลรักษา ขาดการประเมินและติดตามผู้ป่วยหลังรับยาต้านไวรัส บุคลากรขาดความรู้ บุคลากรใหม่ขาดความเข้าใจเชิงลึกในกระบวนการดูแลและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบันและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 3) การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ พบปัญหาสังคมตีตรา เลือกปฏิบัติ รังเกียจ และไม่ให้การช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยเท่าที่ควร และ 4) การใช้ประโยชน์ของข้อมูลจากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการใช้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบปัญหาบุคลากรขาดองค์ความรู้ ขาดการบูรณาการนำเอาข้อมูลในระบบมาใช้ในการติดตามตัวชี้วัดและกิจกรรมที่สำคัญ และมีการใช้ข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง

ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า 11 ปี ร้อยละ 46.53 มีระดับ $CD_4$ เฉลี่ย 303.22±179.79 Cells/$mm^3$ มีระดับ Viral load เฉลี่ย 95,072.43±861,836.90 copies/ml

ส่วนใหญ่ใช้สูตรยาต้านไวรัส DTG+3TC+TDF (TLD) ร้อยละ 74.36 ส่วนใหญ่เคยเปลี่ยนสูตรยาร้อยละ 57.43 ส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 82.18 ไม่มีประวัติดื้อยาต้านไวรัส ร้อยละ 93.07 และส่วนใหญ่ไม่เคยแพ้ยา ร้อยละ 92.08 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

| ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส | จำนวน |
|---|---|
| **ระยะเวลาในการรับยาต้านไวรัส** (ปี) | |
| 1-5 ปี | 21(20.79) |
| 6-10 ปี | 33(32.67) |
| ≥ 11 ปี | 47(46.53) |
| **ระดับ $CD_4$ เฉลี่ย** (Cells/$mm^3$) | 303.22±179.79 |
| **ระดับ Viral load เฉลี่ย** (copies/ml) | 95,072.43±861,836.90 |
| **สูตรยาต้านไวรัสที่กินในปัจจุบัน** | |
| 1. ABC+DTG+3TC | 1(0.99) |
| 2. ABC+RPV+3TC | 1(0.99) |
| 3. AZT+3TC+NVP (GPO-Z) | 1(0.99) |
| 4. AZT+3TC+DTG | 2(1.98) |
| 5. AZT+LPV/r+TDF | 6(5.94) |
| 6. 3TC+EFV | 1(0.99) |
| 7. 3TC+TDF+EFV | 13(12.87) |
| 8. DTG+3TC+TDF (TLD) | 65(64.36) |
| 9. EFV+FTC+TDF (TEEVIR) | 10(9.90) |
| 10. TDF+FTC+RPV | 1(0.99) |
| **การเคยเปลี่ยนสูตรยา** | |
| เคย | 58(57.43) |
| ไม่เคย | 43(42.57) |
| **ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส** | |
| เคย | 18(17.82) |
| ไม่เคย | 83(82.18) |
| **ประวัติดื้อยา** | |
| มี | 7(6.93) |
| ไม่มี | 94(93.07) |
| **ประวัติแพ้ยา** | |
| แพ้ยา | 87.92 |
| ไม่แพ้ | 9392.08 |

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง พบว่า ได้ทำการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมกลุ่ม และระดมสมองมุมมองจากกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้วิจัยทำการสรุปเนื้อหาและประเด็นที่เกี่ยวข้องตามแนวทางการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุนการป้องกัน ดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4 ประเด็น ทำให้เกิดรูปแบบกิจกรรมในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**ระยะที่ 3** การติดตามประเมินผลหลังจากมีการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ มึนงงสับสนจากการรับประทานยา Efavarenz (EFV) ร้อยละ 30.77 ซึ่งได้มีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ โดยการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส (N=39)

| อาการไม่พึงประสงค์ | จำนวน(%) | การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ |
|---|---|---|
| ค่า creatinine ลดลง จาก TDF, 3TC | 2(5.13) | ปรับขนาดยา TDF และ 3TC |
| ภาวะซีด (Hb<10g/dL) จาก AZT | 7(17.95) | เพิ่มวิตามินบำรุงเลือดและเปลี่ยนยา |
| ชาปลายมือปลายเท้าจาก AZT, | 5(12.82) | ปรับเปลี่ยนยา |
| วิงเวียนศรีษะ มึนงงสับสน จาก EFV | 12(30.77) | ปรับเปลี่ยนยา |
| ค่าเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า จาก NVP+3TC | 1(2.56) | ปรับเปลี่ยนยา |
| ภาวะไขมันในเลือดสูง | 9(23.08) | เพิ่มยาลดไขมัน ให้ทานยาต่อเนื่อง |
| ภาวะไขมันย้ายที่ปกติ lipodystrophy | 2(5.13) | เพิ่มยาลดไขมัน ให้ทานยาต่อเนื่อง |
| ผื่นผิวหนัง | 1(2.56) | หยุดยาและเปลี่ยนยา |
| รวม | 39(100.00) | |

ผลการติดตามการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง พบว่า หลังพัฒนามีความแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับ $CD_4$ 2) ความร่วมมือในการใช้ยา 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และ 4) ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ และ $p<.001$ ตามลำดับ) ส่วนระดับ Viral load ก่อนและพัฒนารูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p=.270$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงการติดตามผลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (N=101)

| ผลการติดตามการพัฒนา | ก่อนพัฒนา (Mean,SD.) | หลังพัฒนา (Mean,SD.) | p |
|---|---|---|---|
| **ระดับ CD4** (Cells/mm$^3$) | (303.22,179.79) | (434.89,212.07) | <.001 |
| **ระดับ Viral load** (copies/ml) | (96,019.41,866,125.86) | (28.78,55.60) | .270 |
| **ความร่วมมือในการใช้ยา** | (100.48,15.98) | (105.06,16.35) | <.001 |
| **ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์** | (11.40,2.44) | (16.79,1.41) | <.001 |
| **ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส** | (4.44,0.75) | (5.79,0.50) | <.001 |

## วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบปัญหาผู้ป่วยดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 5.94 มีการใช้อาหารเสริมหรือสมุนไพรร่วมกับยาต้านไวรัส ร้อยละ 12.87 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeffrey H. Samet และคณะ[9] ที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของนันทิสา โชติรสนิรมิต[10] ซึ่งพบว่า การดื่มสุราปริมาณมีผลต่อทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เช่น อาจทำให้ขาดการรักษา ทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง และการมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหารและมีผลทางด้านชีวภาพที่แย่ลง เช่น มีผลต่อกระบวนการทำลายยาต้านไวรัสที่ตับ โดยอาจจะทำให้การทำลายยาที่ตับลดลง ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาสูงขึ้น หรืออาจทำให้การทำลายยาบางตัวมากขึ้นจนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ได้ผล เนื่องจากระดับยาในเลือดไม่เพียงพอ และในการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจส่งผลให้การไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจและยับยั้งชั่งใจอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร เทพเทียน และคณะ[11] ดังนั้นในฐานะของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพจะต้องมีการปรับพฤติกรรมดูแลรักษาและควบคุมพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอลงกต สิงโต[12]; อังศินันท์ อินทรกำแหง และพิชชาดา ประสิทธิโชค[13]; การประชาสัมพันธ์ของสมาคมโรคเอสด์แห่งประเทศไทย[14] และJeffrey H. Samet, et al.[15]

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการระดมสมองเพื่อพัฒนาระบบให้ครอบคลุมเรื่อง 1) การส่งเสริมการเข้าถึงและจัดบริการด้านการป้องกันเอชไอวี 2) การดูแลรักษาเอชไอวี 3) การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ 4) การใช้ประโยชน์ของข้อมูลจากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการใช้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพและมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ดี คือ การจัดบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่ในชุมชนจนถึงระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยการการส่งเสริมการเข้าถึงและจัดบริการด้านการป้องกันเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย ศรีทองธรรม และคณะ[16] โดยพบว่ารูปแบบการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

อย่างครอบคลุมต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การให้บริการที่ครอบคลุมในด้านมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ได้แก่ การดูแลและให้คำแนะด้านยา การตรวจ Lab เพื่อติดตามค่า $CD_4$ และ Viral load การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ การดูแลเมื่อมีปัญหาในด้านสิทธิการรักษาหรือค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ 2) การให้บริการด้วยสหสาขาวิชาชีพ 3) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลจนถึงชุมชน และ 4) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) ประจักร เหิกขุนทด[6] และวีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์[17]

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของชัยกฤติ ดีวะลา และทิฏฐิธนา บุญชู[18] ที่พบว่า โปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี การเสริมพลัง จะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น และการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบรวมเม็ด โดยการรับประทานครั้งละ 1 เม็ด จะช่วยลดความยุ่งยากในการรับประทานย สะดวกต่อการรับประทานยามากยิ่งขึ้น ช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะลืมรับประทานยา และเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของสัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรชิณ[19]; นาวา ผานะวงศ์[20]; จารุณี ศิริพันธ์[21]; สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และกรรณิการ์ อินต๊ะวงศ์[22] และสุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ[23]

การติดตามประเมินผลหลังจากมีการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส ที่พบมากที่สุดได้แก่ การเกิดอาการวิงเวียนศรีษะมึนงงสับสนจากการรับประทานยา Efavarenz (EFV) ร้อยละ 30.77 โดยได้มีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์โดยการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ ณ หนองคาย[24] ที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสที่พบมากที่สุด คือ การเกิดผื่นแพ้ยา ร้อยละ 36.36 เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสขึ้น เภสัชกรจะทำการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ โดยเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดขึ้น เภสัชกรจะทำการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทำการออกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการแพ้ยาลงในระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ พร้อมกับประสานแพทย์เพื่อทำการปรับเปลี่ยนยา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและลดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และผลการติดตามการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับ $CD_4$ 2) ความร่วมมือในการใช้ยา 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และ 4) ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ และ $p<.001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ ณ หนองคาย[24] และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาพร วิสัย และคณะ[25]; วาทินี บุญญรัตน์[26] และวีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์[17]

สรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ทำการพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยการใช้แนวคิดเชิงระบบตามแนวทางการรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีต่อการรักษาโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## ข้อเสนอแนะ

1) การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ไม่ควรประเมินด้วยการนับเม็ดยาอย่างเดียว ควรทำการประเมินด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ผู้ป่วยร่วมประเมินโดยการใช้ Visual scale หรือการบันทึกเวลาการรับประทานยาในแบบฟอร์มหรือการนำเทคโนโลยีทางออนไลน์มาใช้ในการติดตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ เนื่องจากการบันทึกเวลาการรับประทานยา

ต้องอาศัยความซื่อสัตย์ที่ดีของผู้ป่วย และต้องมีการให้คำปรึกษา สร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ควรมีการศึกษาด้วยรูปแบบและเทคนิคใหม่ ๆ และการสร้างกิจกรรมที่หลากหลาย ในการดูแลและส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ป่วย เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การจัดทำเครื่องมือการเรียนรู้และติดตามการรับประทานยาที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้แลเกิดความตระหนักได้ทุกที่ทุกเวลา

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้ร่วมกันในการพัฒนารูปแบบและสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดี และทำให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากกรมควบคุมโรค ประเทศไทย ปี 2564/2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/das/forecast_detail.php?publish=12810&deptcode=das
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2566 – 2569 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://utoapp.moph.go.th/e_doc/views/uploads/64acc23133dc7e416518ab6594503b7eef6b-f9aa40bde-1470.pdf
3. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB). การคาดประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php
4. นันทพงศ์ พงศ์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(2):68-78.
5. สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์, ดวงฤดี วรชิณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-27.
6. ประจักร เหิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว. วารสารโรคเอดส์. 2564;33(3):151-64.
7. วิราวรรณ ชมาฤกษณ์, ธนิดา ตั้งยิ่งยง, ยงยุทธ วัฒนาไชย. ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผุ้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2557;29(1):29-40.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
9. Samet J H, Cheng D M, Libman H, Nunes D P, Alperen J K, Saitz R. Alcohol consumption and HIV disease progression. Journal of acquired immune deficiency syndrome. 2007;46(2):194-99.
10. นันทิสา โชติรสนิรมิต. ดื่มเหล้าเบียร์จะมีผลอะไรกับการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่. สารที่ปรึกษาชุมชน. 2557;14(97):2-5.
11. บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ประภาพรรณ จูเจริญ. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับการใช้สารเสพติดของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(2):240-52.
12. อลงกต สิงโต. ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการสูญเสียมวลกระดูกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและแนวทางการดูแลเบื้องต้นด้านโภชนาการ. บูรพาเวลสาร. 2561;5(1):83-94.
13. อังศินันท์ อินทรกำแหง, พิชชาดา ประสิทธิโชค. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มช่วงวัยทำงาน: วิเคราะห์เมต้าและโมเดลเชิงสาเหตุ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566].

เข้าถึงได้จาก: http://bsris.swu.ac.th/upload/349392.pdf.

14. สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย. การกินอาหารเสริมหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มเซลล์ภูมิต้านทานซีดี 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://th.trcarc.org/cotrcarc201123/
15. Samet J H, Horton N J, Traphagen T E, Lyon S M, Freedberg K A. Alcohol consumption and HIV disease progression : Are they related ?. Alcoholism : Clinical and Experimental Research. 2006;27(5):862-67.
16. อรทัย ศรีทองธรรม, ศุภศรัย สง่าวงศ์, ศิริวรรณ อุทธา, อุบลศรี ทาบุดดา, จิรพันธุ์ อินยาพงศ์. การพัฒนารูปแบบการให้บริการสนับสนุนการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคอีสานประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2561;16(2):18-32.
17. วีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์. ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2560;26(2):17-30.
18. ชัยกฤติ ดีวะลา, ฑิฏฐิธนา บุญชู. ผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=242
19. สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์, ดวงฤดี วรชิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-26.
20. นาวา ผานะวงค์. ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ.2562. วารสารโรคเอสด์. 2562;32(1):125-41.
21. จารุณี ศิริพันธุ์. ผลสำรวจพบคนไทยยังรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี เร่งแก้ไข ป้องกัน “ตีตรา-เลือกปฏิบัติ” [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2015/08/10730
22. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, กรรณิการ์ อินต๊ะวงศ์. รายงานการวิเคราะห์ระบบการพัฒนารูปแบบการประมวลผลการออกแบบ เพื่อใช้สำหรับการนำเสนอข้อมูลในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ. [อินเอตร์เน็ต], 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/Others/NAPCMU_final_report.pdf
23. สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, วงศา เลาหศิริวงศ์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, ภัทระ แสนไชยสุริยา, ภพ โกศลารักษ์, ธีระ ฤทธิรอด, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550;12(1):43-52.
24. กมลรัตน์ ณ หนองคาย. การบริบาททางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566:29(3):153-64.
25. รัชฎาพร วิสัย, รินดาวรรณ พันธุ์เขียน, ภิรุญ มุตสิกพันธ์, เชิดชัย สุนทรภาส. การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2549;2(2)66-75.
26. วาทินี บุญญรัตน์. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร. เภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(2)131-42.

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

# The outcomes of the oral health promotion program implemented in the School for the Elderly in Thawatburi District, Roi Et Province.

**อิทณาพร พันธภิบาล***

**Ittanaporn Pantapibal**

Corresponding author: E-mail: intanaporn@gmail.com

(Received: January 15, 2024; Revised: January 22, 2024; Accepted: February 22, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

**รูปแบบการวิจัย :** การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลมะอึ จำนวน 40 คนเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลธวัชบุรี จำนวน 40 คนเป็นกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลในเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมปัจจัยส่วนบุคคล/ลักษณะทั่วไป ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบบันทึกการตรวจคราบจุลินทรีย์ สถิติที่ทดสอบใช้ T-test กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจงผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์( Chi-square test)

**ผลการวิจัย :** พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่แปรงฟันหลังอาหาร ไม่มีเลือดออกขณะแปรงฟัน พบทันตแพทย์/ทันตาภิบาลเพื่อรับการตรวจรักษาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีหินปูนเล็กน้อย มีสภาวะดัชนีคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ใช้เป็นดัชนีวัดประสิทธิภาพในการทำความสะอาดช่องปากและเป็นการป้องกันโรคในช่องปากที่ดีที่สุด กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มควบคุม

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพมีผลต่อความรอบรู้และสามารถนำไปใช้ในการดูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผลและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ดี

**คำสำคัญ** : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก; ความรอบรู้ทันตสุขภาพ; คราบจุลินทรีย์

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

## Abstract

**Purposes :** This quasi-experimental research investigates the efficacy of dental health promotion programs in enhancing oral health literacy and oral care behavior among elderly individuals at the School for the Elderly in Thawatburi District, Roi Et Province.

**Study designs :** The study comprises two groups: an experimental group of 40 elderly individuals from the School for the Elderly in Ma Eu Subdistrict, and a control group of 40 seniors from the School for the Elderly in Thawatburi Subdistrict. Data collection took place from February to May 2022.

**Material and Methods :** Bynutilizing interviews to gather personal and general characteristics, oral health care behavior, and microbial plaque records. The T-test served as the primary statistical analysis tool.

**Main findings :** A dental promotion program was implemented with the experimental group, selected through specific randomization for individuals aged 60-74 years. Data analysis employed descriptive statistics (frequency distribution, mean, percentage, and standard deviation) and correlation tests using Chi-square. The study revealed that a majority of the elderly participants in the group receiving dental health programs exhibited post-meal tooth brushing without bleeding. They also reported regular annual visits to dentists or dental health officers. Mild limestone and microbial plaque were notably lower than in the control group which is used to be index of measuring the efficiency of oral health care and best prevent oral disease. The experimental group had average score on oral health care behaviors knowledge better than the control group.

**Conclusion and recommendations :** The findings indicate that dental health programs significantly influence oral health literacy and can serve as effective monitoring tools for elderly oral health. These programs enhance skills, leading to positive changes in oral health care behaviors among the elderly and promoting a proactive approach to maintaining their oral health.

**Keywords** : Oral Health Care Behaviors; Oral Health literacy; Microbial Plaque

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Roi-Et Provincial Public Health Office.

## บทนำ

ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานสถิติแห่งชาติคาดกาณ์ ปี พ.ศ.2573 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงวัย เพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ[1]

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก อายุมากขึ้นการสูญเสียฟันก็เพิ่มมากขึ้น ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวการกลืนลดลง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี มีฟันถาวรใช้งานได้ 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่ ร้อยละ 41.3 มีหินน้ำลายและมีเลือดออก ร้อยละ 24.1 เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรง มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟัน ร้อยละ 36.3 โดยเป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงมาก (ร่องปริทันต์ ≥ 6 มิลลิเมตร) ร้อยละ 12.2[2]

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาโรคทางระบบและปัญหาสุขภาพช่องปาก[3] อัตราการสูญเสียฟันแปรผันตามอายุที่สูงขึ้น โรคทางระบบมีผลต่อเนื้อเยื่อรอบๆ กระดูกและฟันรวมทั้งอวัยวะที่รองรับรากฟันมีการอักเสบ ติดเชื้อ และถูกทำลาย ทำให้ฟันโยกและสูญเสียฟันโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านบดเคี้ยวอย่างมากทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลง ความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย รวมทั้งเนื้อเยื่อกระดูกและฟันและอวัยวะที่รองรับฟัน ต่อมน้ำลายและเยื่อเมือกต่างๆ ในช่องปากย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการกลืนลำบากและปัญหาต่างๆ ในช่องปากได้ง่าย[4-5] การเกิดภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย กลืนอาหารลำบาก ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปาก การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ข้อต่อขากรรไกร ลิ้น และการนวดต่อมน้ำลายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของของช่องปาก[6] นอกจากนี้ปัจจัยการดูแลทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เพียงพอ หรือมีพฤติกรรมความเสี่ยงต่างๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์เคี้ยวหมาก มีโรคทางระบบ ทำให้เกิดความผิดปกติในช่องปากได้ง่าย มีความรุนแรงและลุกลามได้รวดเร็วมากขึ้น

ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคปริทันต์สูงกว่าภาคอื่นๆ โดยผู้สูงอายุเขตชนบทพบสภาวะปริทันต์อักเสบสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตกรุงเทพมหานคร[7] ปี พ.ศ.2565 จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 205,923 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 มีฟันใช้งาน 20 ซี่ ร้อยละ 69.00 มีฟันคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ จำนวน 48.85 รับบริการใส่ฟันเทียมตามความจำเป็น ร้อยละ 1.4 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจฟัน และถูกระบุว่ามีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center :HDC ปี 2565) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรมค่อนข้างน้อย และ ระบบสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่าน ทำให้บริการรักษาด้านทันตกรรมมีเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุไม่สะดวกในการไปรับบริการ ปัญหาต่างๆ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่ดีเพื่อมิติด้านสุขภาพช่องปากที่ดี

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจส่งผลต่อความสุขในการดำเนินชีวิต ความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ การเลือกบริโภคอาหารและปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันมักมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาจทำให้ขาดสารอาหารบางประเภท สูญเสียความมั่นใจ มีปัญหาเรื่องความสวยงาม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พบส่วนมากได้ ปัญหาการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันที่ใช้สันเหงือกในการบดเคี้ยว จะเกิดการกระแทกระหว่างฟันกับสันเหงือกทำให้เจ็บ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่อิ่มไม่อร่อยเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่นิ่ม ผักสดไม่สามารถเคี้ยวได้ อีกปัญหาคือการเข้าสังคมในรายที่ไม่มีฟัน ยิ้มเห็นแต่สันเหงือก หน้ายุบ ดูแล้วน่าเกลียดไม่อยากออกจากบ้าน เคี้ยวข้าวได้ช้าเวลาเคี้ยวไม่เหมือนคนอื่นทำให้ไม่อยากรับประทานอาหารกับคนอื่น[8]

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อสุขภาพช่องปากต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การประเมินค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์หลังการแปรงฟันเพื่อทดสอบประสิทธิภาพการแปรงฟัน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลมะอี อำเภอธวัชบุรี จำนวน 40 คน และผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลธวัชบุรี อำเภอธวัชบุรี จำนวน 40 คน

**ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา** ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ และไม่มีปัญหาเรื่องความจำ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็นผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลมะอี อำเภอธวัชบุรี จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลธวัชบุรี อำเภอธวัชบุรี จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ที่พักอาศัย อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟัน การรับบริการทันตกรรม การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับประทานอาหาร/เครื่องดื่มที่มีรสหวาน รอยโรคในช่องปาก ภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย การกลืน การสำลักอาหาร พฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากและสุขภาพกาย การประเมินค่าดัชนีของคราบจุลินทรีย์

ส่วนที่ 3 การประเมินค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index : PI)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาว่าครอบคลุม ครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดและคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถาม (Index of Item Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67–1.00

2. ความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มที่ทำการศึกษาจำนวน 30 คน วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach'S Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ .75

**กระบวนการดำเนินการวิจัย**

**ครั้งที่ 1** (สัปดาห์ที่ 1) สัมภาษณ์ตามเครื่องมือการวิจัย การตรวจสุขภาพช่องปาก การประเมินสภาวะช่องปากและปัญหาในช่องปากที่ต้องได้รับการรักษาก่อนภารกิจถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ในรพ.สต. มีการจัดบริการด้านทันตกรรมพื้นฐาน เช่นถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน ปัจจุบันต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล อาจเป็นอุปสรรคในการเดินทางของผู้สูงอายุ การทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความจำเป็นต้องไปรับการรักษาทางทันตกรรม เพื่อเก็บรักษาฟันให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้จึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**ครั้งที่ 2** (สัปดาห์ที่ 3) การแปรงฟันที่ถูกวิธีอย่างน้อย 2 นาที การใช้แปรงซอกฟัน/ไหมขัดฟัน การแปรงฟันเป็นวิธีป้องกันโรคในช่องปากที่สะดวกและดีที่สุด การเลือกแปรงสีฟันสำหรับผู้สูงอายุต้องเลือกขนาดที่เหมาะกับช่องปาก มีขนแปรงที่นุ่ม การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสม

ของฟลูออไรด์เพื่อเสริมสร้างฟันให้แข็งแรงป้องกันฟันผุ การแปรงฟันเป็นการทำความสะอาดกำจัดคราบอาหาร คราบจุลินทรีย์ที่ตกค้างบริเวณฟัน โดยเฉพาะบริเวณคอฟัน ผู้สูงอายุที่มีเหงือกร่นถ้าทำความสะอาดบริเวณนี้ไม่เพียงพออาจทำให้เกิดรากฟันผุได้ การฝึกปฏิบัติการแปรงฟันจะแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเพื่อให้สะดวกในการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด การฝึกใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน กรณีใช้ไม้จิ้มฟันเป็นการทำความสะอาดซอกฟันที่ห่าง การเลือกไม้จิ้มฟันต้องเลือกชนิดที่เรียวบาง ไม่มีเสี้ยนใช้ไม้จิ้มฟันเพื่อเขี่ยเศษอาหารออกจากซอกฟันโดยที่ไม่ทำอันตรายต่อเหงือก การแปรงฟันต้องแปรงลิ้นด้วยทุกครั้ง

**ครั้งที่ 3** (สัปดาห์ที่ 6) การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น ขากรรไกรและต่อมน้ำลาย การตรวจหารอยโรคผิดปกติในช่องปาก การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มการเคลื่อนไหวของอวัยวะใบหน้าและช่องปาก การบริหารกล้ามเนื้อควรทำก่อนรับประทานอาหาร

การบริหารริมฝีปากและแก้ม อ้าปากกว้างๆ สลับกับเม้มริมฝีปากแน่นๆแล้วคลายออก ห่อปากออกเสียง อู สลับยิ้มกว้างออกเสียง อี

การบริหารลิ้น ใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้ง 2 ข้างสลับกัน ลิ้นแตะกระพุ้งแก้ม 2 ข้างสลับกัน แลบลิ้นเข้า ออก หมุนลิ้นเลียรอบริมฝีปาก

การบริหารขากรรไกร ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที ทำสลับกัน

การนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย เมื่ออายุมากขึ้นการผลิตน้ำลายจะลดลง ทำให้เกิดภาวะปากแห้ง กลืนลำบาก การนวดต่อมน้ำลายเป็นการกระตุ้นให้ผลิตน้ำลายมากขึ้น เพื่อช่วยในการเคี้ยวอาหารและการกลืน การนวดต่อมน้ำลายหน้าหู วางนิ้วชี้ถึงนิ้วก้อยบริเวณแก้มนวดวนจากข้างหลังมาข้างหน้า นับ 1-10 การนวดต่อมน้ำลายใต้คาง ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างวางใต้กระดูกคางตั้งแต่ใต้หูประมาณ 5 ตำแหน่ง การนวดต่อมน้ำลายใต้ลิ้น ใช้นิ้วโป้งทั้ง 2 ข้างกดลงช้าๆบริเวณลิ้นข้างใต้คาง

การตรวจหารอยโรคผิดปกติในช่องปากเป็นการฝึกให้ผู้สูงอายุสังเกตหารอยโรคผิดปกติที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งช่องปาก ถ้าตรวจเจอตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้รับการรักษาโดยเร็ว จะทำให้อัตรารอดชีวิตระยะ 5 ปีสูงขึ้น มะเร็งช่องปาก หมายถึง มะเร็งของริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม เหงือก พื้นปาก และเพดานแข็ง ซึ่งอวัยวะเหล่านี้ต้องสังเกตความผิดปกติหรือได้รับการตรวจสม่ำเสมอ มะเร็งช่องปากมักพบในคนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ประชาชนที่มารับบริการด้านทันตกรรมที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไปได้รับการตรวจ คัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก ลักษณะของรอยโรคผิดปกติที่อาจตรวจพบ ได้แก่ รอยฝ้าขาว (White patch) รอยฝ้าแดง (Red patch) ฝ้าขาวปนแดง แผล (Ulceration) ก้อน (Mass) โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ เคี้ยวยาสูบ เคี้ยวหมาก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อนามัยช่องปากไม่ดี ใส่ฟันปลอมไม่ถูกสุขลักษณะหรือมีการระคายเคือง ผู้ที่รับแสงแดดบริเวณใบหน้าเป็นประจำมีความเสี่ยงเกิดมะเร็งริมฝีปาก มีประวัติคนในครอบครัวเคยเป็นมะเร็งบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน

**ครั้งที่ 4** (สัปดาห์ที่ 8) อาหารที่เหมาะสมทั้งคุณภาพ เช่นโปรตีนจากธรรมชาติ ผัก ผลไม้เพื่อเพิ่มกากใยอาหาร รับประทานน้ำตาลไม่เกินวันละ 4 ช้อนชา และปริมาณอาหารที่พอเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ อาหารที่ต้องหลีกเลี่ยงหรือรับประทานในปริมาณจำกัดโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่นอาหารที่มี อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง หลักการสังเกตปริมาณน้ำตาลในและเครื่องดื่ม เช่น ปริมาณน้ำตาลในนม ชา กาแฟ น้ำอัดลม งดเติมเครื่องปรุงในอาหาร

**ครั้งที่ 5** อบรมเรื่องโรคในช่องปากและการป้องกันโรค โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ โรคฟันผุเกิดจากสาเหตุเชื้อแบททีเรียที่มีในช่องปากได้รับอาหารจากการที่ทำความสะอาดช่องปากไม่ดีหรือไม่ได้ทำความสะอาด แบคทีเรียปล่อยสารพิษที่มีฤทธิเป็นกรดเมื่อสัมผัสกับผิวฟันเป็นเวลานานทำให้ผิวฟันถูกทำลายกลายเป็นฟันผุ ซึ่งฟันผุในระยะแรกผุที่ชั้นเคลือบฟันจะไม่มีอาการ จะสังเกตจากจุดสีน้ำตาลหรือสีดำ รักษาด้วยการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หรือการเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์เข้มข้น ฟันผุระยะที่ 2 รอยผุถึงชั้นเนื้อฟัน มีรูผุสีดำชัดเจนอาจมีอาการเสียวฟันร่วมด้วย ต้องรีบรักษา

ด้วยการอุดฟัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะลุกลามสู่ระยะที่ 3 ผุถึงชั้นโพรงประสาทฟัน มักมีอาการเสียวฟันมาก มีอาการปวดฟันร่วมด้วย การรักษาจะมีขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อนด้วยการรักษาคลองรากฟัน ที่ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพื่อบูรณะให้กลับมาใช้งานได้ ถ้าไม่รักษาจะเข้าสู่ฟันผุระยะที่ 4 มีการติดเชื้อที่ปลายรากฟันมีอาการเหงือกบวม แก้มบวม เชื้อโรคสามารถกระจายไปสู่อวัยวะอื่นเช่น หัวใจ ปอด สมอง การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น อาจต้องได้รับการถอนฟัน

โรคปริทันต์อักเสบ (Periodontal disease) หรือโรคเหงือกอักเสบ เกิดจากคราบจุลินทรีย์ที่สะสมในบริเวณเหงือก กระดูกรองรับรากฟัน เคลือบรากฟัน และเอ็นยึดรากฟันกับกระดูกเบ้ารากฟัน เมื่อไม่ได้รับการทำความสะอาดจนเกิดคราบสะสมเป็นเวลานานจนกลายเป็นคราบหินปูน ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือกจนทำให้เหงือกอักเสบ จะสังเกตได้จากการมีเหงือกแดงผิดปกติ เหงือกเริ่มบวม มีเลือดออกขณะแปรงฟัน เหงือกร่นเห็นฟันยาวขึ้น ฟันโยก มีกลิ่นปาก แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เหงือกอักเสบ มีลักษณะบวมแดง มีเลือดออกบริเวณคอฟันอาจลุกลามมีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันและกลายเป็นปริทันต์อักเสบ

ระยะที่ 2 โรคปริทันต์อักเสบระยะแรก เริ่มมีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟัน ระดับไม่เกิน 1 ใน 3 ของซี่ฟัน

ระยะที่ 3 โรคปริทันต์อักเสบระยะกลาง มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟัน ระดับ2ใน3 ของซี่ฟัน

ระยะที่ 4 โรคปริทันต์อักเสบระยะปลาย มีการทำลายของกระดูกรองรับรากทั้งซี่ฟันถึงปลายรากฟัน ทำให้เกิดฝีที่ปลายรากฟันมีอาการปวดร่วมด้วย พบเหงือกร่นอาจต้องถอนฟัน

ระยะที่ 5 โรคปริทันต์อักเสบระยะสุดท้าย ฟันโยกเนื่องจากไม่มีกระดูกมายึดไว้ รักษาด้วยการถอนฟันเพื่อป้องกันการติดเชื้อลุกลาม

การรักษาโรคปริทันต์อักเสบและโรคเหงือกอักเสบ ได้แก่ การกำจัดคราบสกปรกด้วยการขูดหินปูนบริเวณร่องเหงือกและบริเวณใต้เหงือก การขูดหินปูนบริเวณรากฟันหรือการเกลารากฟัน การผ่าตัดสร้างเส้นใยเหงือก เอ็นยึด และกระดูกเบ้ารากฟัน การป้องกันไม่ให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบและโรคเหงือกอักเสบ ได้แก่ การแปรงฟันที่ถูกวิธี การทำความสะอาดซอกฟันด้วยเส้นใยขัดฟัน แปรงซอกฟัน การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือน และรับบริการขูดหินปูนตามหมอนัดทุกครั้ง การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

**ครั้งที่ 6** ตรวจสุขภาพช่องปากประเมินค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ สัมภาษณ์ตามโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อสุขภาพช่องปาก (เช่นเดียวกับครั้งที่ 1)

การประเมินค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ เป็นการวัดประสิทธิภาพการแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟัน บริเวณที่มีแผ่นคราบจุลินทรีย์เมื่อบ้วนน้ำสีจะติดบริเวณนั้น ฟัน 1 ซี่ จะนับเป็น 4 ด้าน หน้า หลัง ซ้าย ขวา คำนวณจากจำนวนด้านทั้งหมดของซี่ฟันในช่องปากหารด้วยจำนวนด้านที่ติดสี ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์จะแปรงผกผันกับความสะอาดของช่องปากและแสดงถึงประสิทธิภาพของการแปรงฟัน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ที่พักอาศัย อาชีพ รายได้ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟัน การรับบริการทันตกรรม การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับประทานอาหาร/เครื่องดื่มรสหวาน รอยโรคในช่องปาก ภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย การกลืน การสำลักอาหาร พฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสภาวะช่องปากและร่างกาย การประเมินค่าดัชนีของคราบจุลินทรีย์

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test กรณีเป็นร้อยละใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0552564

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง (75.0%) อายุเฉลี่ย 69.4 ปี จบการศึกษาระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 (65.0%) สถานภาพสมรสแล้ว (45.0%) ที่พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรหลาน (40.0%) อยู่คนเดียว (40.0%) รายได้ 7,970.0 บาท/เดือน และไม่มีโรคประจำตัว (55.0%) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.0%) อายุเฉลี่ย 70.0 ปี จบการศึกษาระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 -6 (98.0%) สถานภาพสมรสแล้ว (52.5%) ที่พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรหลาน (77.5%) รายได้เฉลี่ย 8,200 บาท/เดือน และมีโรคประจำตัว (60.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

| ลักษณะทางประชากร | | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|---|---|---|---|
| **เพศ** | ชาย | 10(25.0) | 14(35.0) |
| | หญิง | 30(75.0) | 26(65.0) |
| **อายุ (ปี)** | Mean(SD.) | 69.4(5.05) | 70.0(7.82) |
| | Min(Max) | 60.0(82.0) | 60.0(96.0) |
| **ระดับการศึกษา** | ประถมศึกษาปีที่ 4-6 | 26(65.0) | 38(98.0) |
| | มัธยมศึกษาตอนต้น | 6(15.0) | 1(2.5) |
| | มัธยมศึกษาตอนปลาย | 2(5.0) | 0(0.0) |
| | ปริญญาตรี/สูงกว่า | 6(15.0) | 1(2.5) |
| **สถานภาพ** | โสด | 4(10.0) | 3(75.0) |
| | สมรส | 18(45.0) | 21(52.5) |
| | หย่าร้าง | 2(5.0) | 3(7.5) |
| | หม้าย | 16(40.0) | 4(10.0) |
| **ที่พักอาศัย** | อยู่ร่วมกันกับคู่สมรส | 8(20.0) | 3(7.5) |
| | อยู่ร่วมกันกับบุตรหลาน | 16(40.0) | 31(77.5) |
| | อยู่คนเดียว | 16(40.0) | 6(15.0) |
| **รายได้ (บาท/เดือน)** | Mean(SD.) | 7,970.0(918.46) | 8200(505.96) |
| | Min(Max) | 600(30,000) | 600(36,000) |
| **โรคประจำตัว** | ไม่มี | 22(55.0) | 16(40.0) |
| | มี | 18(45.0) | 24(60.0) |

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่แปรงฟันหลังอาหาร (100.0%) ไม่เคยแปรงฟันมีเลือดออก (90.0%) การใช้อุปกรณ์เสริมเป็นไม้จิ้มฟัน (67.5%) การใช้ยาสีฟันผสมสมุนไพร (55.0%) ในรอบปีที่ผ่านมาเคยรับบริการทันตกรรมที่ รพ.สต. (42.0%) เคยได้รับบริการทันตกรรมประเภทถอนฟัน (60.0%) เคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก และรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (30.0%) ความถี่ในการพบทันตแพทย์/ทันตาภิบาล (50.0%) ความถี่ในการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานต่อสัปดาห์ 1-2 วัน (74.5%) ไม่เคยมีภาวะกลืนน้ำลายหรืออาหารลำบาก (77.5%) ไม่เคยสำลักอาหารขณะรับประทานอาหาร (52.5%) ไม่มีภาวะน้ำลายน้อยหรือปากแห้ง (90.0%) ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (100.0%) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (90.0%) ไม่เคี้ยวหมาก (97.5%) มีปัญหาสุขภาพช่องปาก คือ มีหินปูน (40.0%) และเคยพบความผิดปกติในช่องปาก รอยโรคสีแดง (17.5%)

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า เวลาในการแปรงฟันก่อนนอน (72.5%) แปรงฟันไม่เคยมีเลือดออก (80.0%) ไม่ใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน (52.5%) ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (52.5%) ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เคยได้รับบริการทันตกรรม (52.5%) ได้รับการถอนฟัน (32.5%) เคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและรับคำปรึกษา (50.0%) ความถี่ในการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (40.0%) ไม่เคยมีภาวะกลืนน้ำลายหรืออาหารลำบาก (67.5%) เคยสำลักอาหารขณะรับประทานอาหารนานๆ ครั้ง (60.0%) ไม่มีภาวะน้ำลายน้อยหรือปากแห้ง (92.5%) ไม่สูบบุหรี่ (85.0%) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (90.0%) ไม่เคี้ยวหมาก(95.0%) มีปัญหาสุขภาพช่องปากเวลาเคี้ยว (47.5%) และไม่พบความผิดปกติในช่องปากหรือไม่แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน 2 สัปดาห์ (90.0%) และหลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มทดลองมีสภาวะดัชนีคราบจุลินทรีย์ Mean(SD.) = 39.68 (8.21) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม Mean(SD.) = 54.91(13.98) ถึง 32.09% (Percentage difference) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

| **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ** | | กลุ่มทดลอง n(%) | กลุ่มควบคุม n(%) |
|---|---|---|---|
| **เวลาในการแปรงฟัน** | เช้า | 37(92.5) | 28(70.0) |
| | ก่อนนอน | 29(72.5) | 22(55.5) |
| | หลังอาหาร | 40(100) | 5(12.0) |
| **เคยแปรงฟันมีเลือดออก** | เคย | 4(10.0) | 8(20.0) |
| | ไม่เคย | 36(90.0) | 32(80.0) |
| **การใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน** | ไหมขัดฟัน | 1(25.0) | 0(0.0) |
| | ไม้จิ้มฟัน | 27(67.5) | 13(32.5) |
| | แปรงซอกฟัน | 1(2.5) | 6(15.0) |
| | ไม่ใช้ | 11(27.5) | 21(52.5) |
| **การใช้ยาสีฟัน** | สมุนไพร | 22(55.0) | 19(47.5) |
| | มีฟลูออไรด์ | 17(42.5) | 21(52.5) |
| | ลดอาการเสียวฟัน | 1(2.5) | 0(0.0) |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ | | กลุ่มทดลอง n(%) | กลุ่มควบคุม n(%) |
|---|---|---|---|
| **ในรอบปีที่ผ่านมาเคยรับ** | รพช. | 12(30.0) | 12(30.0) |
| **บริการทันตกรรม** | รพ.สต. | 17(42.0) | 7(17.5) |
| | คลินิกเอกชน | 2(5.0) | 0(0.0) |
| **เคยได้รับบริการทันตกรรม** | ขูดหินปูน | 6(15.0) | 2(5.0) |
| **ประเภทใด** | อุดฟัน | 5(12.5) | 1(2.5) |
| | ถอนฟัน | 24(60.0) | 13(32.5) |
| | เคลือบฟลูออไรด์ | 4(10.0) | 1(2.5) |
| | ใส่ฟันเทียม | 1(2.5) | 1(2.5) |
| **เคยได้รับคำแนะนำการดูแล** | อสม | 8(20.0) | 16(40.0) |
| **สุขภาพช่องปากและรับ** | จนท.สาธารณสุข | 12(30.0) | 20(50.0) |
| **คำปรึกษาจากใคร** | ทันตแพทย์/ทันตาภิบาล | 20(50.0) | 4(10.0) |
| **ความถี่ในการรับประทานอาหาร** | ทุกวัน | 7(17.5) | 0(0.0) |
| **หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน** | 1 – 2 วัน | 19(74.5) | 11(27.5) |
| **กี่ครั้งต่อสัปดาห์** | 3 - 4 วัน | 10(25.0) | 16(40.0) |
| | 5 - 6 วัน | 4(10.0) | 13(32.5) |
| **เคยมีภาวะกลืนน้ำลาย** | ไม่เคย | 31(77.5) | 27(67.5) |
| **หรืออาหารลำบากหรือไม่** | นานๆครั้ง | 8(20.0) | 12(30.0) |
| | บ่อยครั้ง | 1(2.5) | 1(2.5) |
| **เคยสำลักอาหารขณะ** | ไม่เคย | 25(62.5) | 15(37.5) |
| **รับประทานอาหารหรือไม่** | นานๆครั้ง | 14(35.0) | 24(60.0) |
| | บ่อยครั้ง | 1(2.5) | 1(2.5) |
| **มีภาวะน้ำลายน้อย** | ไม่มี | 36(90.0) | 37(92.5) |
| **หรือปากแห้งหรือไม่** | มี | 4(10.0) | 3(7.5) |
| **มีพฤติกรรมดังนี้หรือไม่** | | | |
| **สูบบุหรี่** | ไม่สูบ | 0(0.0) | 34(85.0) |
| | สูบ | 40(100.0) | 6(15.0) |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ | | กลุ่มทดลอง n(%) | กลุ่มควบคุม n(%) |
|---|---|---|---|
| **ดื่มแอลกอฮอล์** | ไม่ดื่ม | 36(90.0) | 36(90.0) |
| | ดื่ม | 4(10.0) | 4(10.0) |
| **เคี้ยวหมาก** | ไม่เคี้ยว | 39(97.5) | 38(95.0) |
| | เคี้ยว | 1(2.5) | 2(5.0) |
| **ปัญหาสุขภาพช่องปากของท่าน** | มีเลือดออกขณะแปรงฟัน | 1(2.5) | 2(5.0) |
| | มีหินปูน | 16(40.0) | 7(17.5) |
| | มีฟันโยก/ปวดฟัน | 15(37.5) | 11(27.5) |
| | มีอาหารติดซอกฟันเวลาเคี้ยว | 15(37.5) | 19(47.5) |
| | มีฟันผุ/รากฟันผุ | 3(7.5) | 1(2.5) |
| **เคยพบความผิดปกติใน** | ไม่เคย | 1(2.5) | 37(92.5) |
| **ช่องปากหรือไม่** | รอยโรคสีแดง | 16(40.0) | 1(2.5) |
| | รอยฝ้าสีขาว | 15(37.5) | 2(2.5) |
| | แผลเรื้อรังที่ไม่หายใน | | |
| | 2 สัปดาห์ | 3(7.5) | 36(90.0) |
| | มีก้อนหรือไตแข็งในปาก | 5(12.5) | 4(10.0) |

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐานและ Percentage difference หลังดำเนินการพัฒนาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| **ตัวแปร** | ก่อนดำเนินการพัฒนา | หลังดำเนินการพัฒนา | Percentage difference |
|---|---|---|---|
| | Mean(SD.) | Mean(SD.) | |
| **สภาวะดัชนีคราบจุลินทรีย์** | 54.91(13.98) | 39.68(8.21) | 32.09% |

## วิจารณ์

โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคในช่องปากและสามารถสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องปากของตนเองได้ โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภายหลังการทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กิจกรรมที่จัดขึ้นมีความหลากหลายและสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงเน้นการให้ความรู้และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุ ให้มีความเข้าใจเรื่องโรคในช่องปาก การแปรงฟันที่ถูกวิธี การเลือกอุปกรณ์ทำความสะอาดที่เหมาะสม พฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากที่ควรหลีกเลี่ยง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การทำกิจกรรมกลุ่ม การลงมือฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การย้อมสีคราบจุลินทรีย์ กิจกรรมฐานความรอบรู้เรื่องการตรวจสอบปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม ในการทำกิจกรรมกลุ่มสิ่งที่เน้นคือการเสริมพลัง เสริมแรงบวกด้วยการชมเชย สร้างความเชื่อมั่นว่าสามารถทำได้ การศึกษาในครั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าการถอนฟันทำให้มีปัญหากับสายตา การขูดหินปูนทำให้ฟันโยก การเคี้ยวหมากทำให้ฟันแข็งแรง การแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือการเรียนรู้จากผู้สูงอายุด้วยกันทำให้เกิดความเชื่อมั่น และเชื่อในข้อมูลที่ได้รับ

สรุปผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการนำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุค้นพบความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและสามารถเป็นต้นแบบที่ดีและถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับผู้อื่นได้ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่นได้ ทันตบุคลากรสามารถนำไปใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภศิลป์ ดีรักษา[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน ใช้ทักษะการเข้าถึงความรู้ด้านทันตสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

การแก้ไขปัญหาสุขภาวะช่องปากผู้สูงอายุควรเน้นการส่งเสริมความรอบรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เพื่อลดภาวะเสี่ยงการเกิดปัญหาในช่องปากและการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อผู้สูงอายุต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดไปกำหนดไว้ในแผนงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของตนเอง มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปเผยแพร่ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ยั่งยืน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลมะอี คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลธวัชบุรี เทศบาลตำบลมะอี องค์การบริหารส่วนตำบลธวัชบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านปรางค์กู่ ตำบลมะอี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคางฮุง ตำบลธวัชบุรี อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลมะอี อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลธวัชบุรี ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลธวัชบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรในกลุ่มงานงาน

ทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนการเก็บข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง ค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ก้าวย่างของประเทศไทย สู่'สังคมผู้สูงอายุ'อย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476
2. กรมอนามัย. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2561.
3. Bureau of Dental Health. Report of the 8th Thai national oral health survey 2017. Printing house of the war veterans organization; 2018.
4. Dechpratham P. Dysphagia in elderly. Jurnal of Thai Rehabilitation Medicine. 2013;23(3):73-80.
5. Suraseranivong R. Oral cavity in elderly.Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2018;14(1):87-100.
6. กรมอนามัย. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2561.
7. อรวรรณ นามมนตรี, ศศินา ศรีหานาท, หทัยชนก ดวงศรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารช่องปากเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของช่องปากในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;1(2): 112-23.
8. สุดาดวง เกรันพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุโดยกลุ่มที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟัน. ว.ทันต. 2550;57(1).
9. ศุภศิลป์ ดีรักษา. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(1):65-76.

# การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อพัฒนาเด็กอัจฉริยะโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

# The Development of Iodine Deficiency Prevention to Literacy Model on Develop Intelligent Children by District Quality of Life Committee Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province

**ยงยุทธ คำอาจ***

**Yongyuth kham-ard**

Corresponding author: E-mail: dhamdham.05@gmail.com

(Received: January 16, 2024; Revised: January 23, 2024; Accepted: February 23, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ ศึกษากระบวนการพัฒนาและประเมินรูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพื่อพัฒนาเด็กอัจฉริยะโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 21 คน และระยะพัฒนาระบบบริการ 21 คน ผู้ให้บริการ 3 คน และผู้รับผิดชอบหลัก 26 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถาม และแบบประเมินผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย :** 1) พบปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดระบบการเฝ้าระวัง การกำกับและติดตาม การนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจ (Data driven decision making) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไปโอดีน 2) กระบวนการสร้างความรอบรู้ประกอบด้วยการสร้างกระแส จัดบริการฝากครรภ์คุณภาพ จัดเมนูอาหารกลางวัน สนับสนุนให้เด็กนักเรียนกินไข่ โรงเรียนจัดกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและโภชนาการ กิจกรรมทูตไอโอดีนน้อย จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และโฟลิกแก่หญิงหลังคลอดทุกคน และสนับสนุนให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ และมีการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง และ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า ส่วนใหญ่ผ่านตัวชี้วัดที่กำหนด

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า Intervention ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้; ขาดสารไอโอดีน; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

## Abstract

**Purposes :** To study situation of literacy, developing process, and evaluation process of Iodine deficiency prevention to literacy on develop intelligent children by district quality of life committee Wapi Pathum District, Maha Sarakham province.

**Study design :** Mutual collaborative action research.

**Materials and Methods :** 21 of Key informants were women of reproductive age in situation study phase, 21 of services system development phase, 3 of service providers and 26 of main responsible participants. The research was conducted from October 2021 to September 2022 Data were collected using knowledge tests, questionnaires, and performance evaluation forms, and analyzed data using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

**Main findings :** 1) An important problem found were the lack of a surveillance system, supervision and monitoring, using data to driven decision making, public relations campaigns and promoting literacy about prevention of iodine deficiency disorders; IDD. 2) The process of literacy model were consisted of creating a trend, providing quality prenatal care services, prepare a lunch menu, encourage students to eat egg. the school organizes learning activities on iodine deficiency and nutrition, little Iodine ambassador activity prescribe iodine, iron, and folic acid, tablets to all postpartum women, encourage consumption of quality iodized salt, and there were continuous surveillance and monitoring, and 3) operational results found that most passed the specified indicators.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research show that the developed intervention resulted in increased knowledge about preventing iodine deficiency.

**Keywords :** Literacy; Iodine deficiency Prevention; District quality of life committee

*Public Health Technical Officer, Wapi Pathum District Public Health Office, Maha Sarakham Province

## บทนำ

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เหตุการณ์นี้ไม่เพียงในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังคงเป็นปัญหาในระดับโลก ดังข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่า มากกว่า 100 ประเทศทั่วโลกที่ได้รับผลกระทบจากการขาดสารไอโอดีน โดยการขาดสารไอโอดีนจัดเป็นกลุ่ม Micronutrient Deficiency ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGS) ในประเด็นที่ 2 เกี่ยวกับการยุติความหิวโหยและบรรลุความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งการขาดสารไอโอดีนจัดเป็นภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) อย่างหนึ่งที่เป็นเป้าหมายของ SDGs นั่นคือเพื่อให้แน่ใจว่าทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและผู้ด้อยโอกาสจำนวนมากได้รับการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอและมีคุณค่าทางโภชนาการตลอดทั้งปี ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรนั้นเป็นอีกกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีความสำคัญและได้รับการกำหนดเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายในการวัดภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะการขาดธาตุเหล็กและไอโอดีนที่จะส่งผลต่อระบบฮอร์โมน ระบบเลือด และเมตาบอลิซึมของร่างกาย นอกจากนั้นไอโอดีนยังมีความสัมพันธ์กับสติปัญญาของมนุษย์และมีผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงเด็กเล็กอายุ 3 ปี หากขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ลดความเฉลียวฉลาดหรือระดับสติปัญญาของเด็ก รวมถึงลดความสามารถในการเรียนรู้และคุณภาพชีวิตของประชากรไทยที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ อันเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและการชะลอตัวในการพัฒนาสังคมของประเทศชาติต่อไป[1]

การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนเป็นเรื่องที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จากรายงานของ Iodine Global Network (IGN) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 พบว่ามากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก พบการขาดสารไอโอดีน และจากความมุ่งมั่นในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้สถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของประชากรทั่วโลกลดลงมาอย่างเห็นได้ชัดเจน เหลือเพียง 54 ประเทศทั่วโลก ในปี พ.ศ.2546 และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน[2] และจากรายงานล่าสุด พบว่า จากประเทศสมาชิก WHO จำนวนทั้งหมด 194 ประเทศ มีข้อมูลรายงานสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนครอบคลุมร้อยละ 89 ของประเทศสมาชิก และจากสถานการณ์ในปี พ.ศ.2563 แสดงให้เห็นว่าประชากรโลกจาก 28 ประเทศสมาชิก ยังคงได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ ในขณะที่ประชากร 131 ประเทศได้รับการประเมินว่าได้รับสารไอโอดีนเพียงพอ สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการดำเนินงานในหลายๆ ประเทศ ผ่านมาตรการหลัก คือ เกลือเสริมไอดีนถ้วนหน้า (Universal Salt iodization)[2]

ในทำนองเดียวกับสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยนั้น นับว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่สำคัญ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นภัยต่อสุขภาพของคนในปัจจุบัน ยังส่งผลต่อลูกหลานในอนาคตด้วย และเป็นระยะเวลาที่นานกว่า 50 ปี ประเทศไทยดำเนินการในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนนับตั้งแต่ พ.ศ.2496 ในระยะแรกเป็นปัญหาโรคคอพอก และจากรายงานของศาสตราจารย์ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว เรื่อง “เส้นทางคอพอก” ทางภาคเหนือเมื่อ พ.ศ. 2498 กระทั่ง ใน พ.ศ.2508 ได้จัดตั้งโรงงานผลิตเกลือเสริมไอโอดีนขึ้นที่จังหวัดแพร่ ทำการผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนสู่ภาคเหนือ ซึ่งทำให้อัตราคอพอกในในเด็กนักเรียนลดลง ต่อมาโรงงานได้ย้ายมาอยู่ที่ช่องนนทรี กรุงเทพฯ นี่เป็นสิ่งยืนยันได้ว่าคนไทยรู้จักโรคขาดสารไอโอดีนมาเป็นเวลายาวนาน ต่อมากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินงานโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติเมื่อ พ.ศ.2532 และใน พ.ศ.2534 ได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติโดยมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเป็นองค์ประธาน ดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราคอพอกในเด็กนักเรียนลดลงอย่างมากจากร้อยละ 19.3 เมื่อ พ.ศ.2532 และเป็นร้อยละ

1.3 ใน พ.ศ.2546

แต่ปัจจุบันก็ยังคงต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์คอพอก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีโอกาสในการเข้าถึงเกลือเสริมไอโอดีนได้น้อย โดยฝ้าระวังและติดตามโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนด้วยการตรวจคอพอก ปีละ 2 ครั้ง จากข้อมูลล่าสุด ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า ปีการศึกษา พ.ศ.2562 อัตราความชุกของนักเรียนประถมศึกษาที่เป็นโรคคอพอก ในการตรวจครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 0.07 และ 0.02 ตามลำดับ[3] ซึ่งอัตราคอพอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษาเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 5 สรุปได้ว่าการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนไม่เป็นปัญหาเชิงสาธารณสุขตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก แต่ยังคงต้องดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการส่งเสริมการบริโภคเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน และดื่มน้ำเสริมไอโอดีน ดังรายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ พบว่าข้อมูลใน พ.ศ.2563 หญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยได้รับไอโอดีนเพียงพอโดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร คือ 159.3 ไมโครกรัมต่อลิตร อย่างไรก็ตามสถานการณ์ในรายพื้นที่เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2559 พบว่าเหลืออีกจังหวัด 25 จังหวัดที่สถานการณ์ยังไม่ดีขึ้น ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนยังต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่ายังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนให้ได้คุณภาพ พร้อมไปกับการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน

สอดคล้องกับผลการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือจากระบบฝ้าระวังคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในครัวเรือน โดยใช้ชุดทดสอบ I-Kit จากรายงานของกรมอนามัย พบว่าปี พ.ศ. 2563 มีเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน (20-40 ppm) ร้อยละ 81.3 โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 และหากพิจารณาผลการสำรวจคุณภาพเกลือบริโภคตามระบบฝ้าระวังคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีเกลือบริโภคที่ผ่านมาตรฐาน (20-40 ppm) เมื่อเปรียบเทียบจากสถานที่ผลิต (Titration) สถานที่จำหน่าย (I-reader) และในครัวเรือน (I-Kit) คือ ร้อยละ 87.65, 71.66, 80.20 และ 81.30 ตามลำดับ สถานการณ์ความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย (ร้อยละ 90)[3] หากเปรียบเทียบผลการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือบริโภคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2562 1) พบว่า เกลือบริโภคทั่วประเทศผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมและควบคุมการผลิตเกลือบริโภคได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังคงต้องมีการกำกับดูแลเฝ้าระวังคุณภาพเกลือบริโภคต่อไป เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถผลิตเกลือบริโภคที่มีคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง

เช่นเดียวกับสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคาม และอำเภอวาปีปทุม ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2564 จากข้อมูลระบบรายงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม พบว่า ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับไอโอดีนมีผลงานดังนี้ (1) ครัวเรือนมีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน คิดเป็นร้อยละ 82.24, 90.20, 92.89, 88.45 และ 95.51 (2) อปท. ที่มีโครงการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน คิดเป็นร้อยละ 100, 100, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ (3) สถานศึกษาที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลา และซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวัน คิดเป็นร้อยละ 100, 100, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ (4) การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.22, 80.54, 90.78, 93.54 และ 88.75 ตามลำดับ (5) โรงเรียน มีการจัดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ(จัดกิจกรรม เรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียนเพิ่มเวลาเรียนรู้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.22, 83.33, 100, 93.05 และ 98.61 ตามลำดับ (6) โรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน เฉพาะโรงเรียนประถม (และขยายโอกาส) คิดเป็นร้อยละ

51.38, 93.05, 100, 88.88 และ 64.23 ตามลำดับ (7) หญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 30-34 ปีแต่งงาน และพร้อมจะมีบุตรที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกทุกวันๆ ละ 1 เม็ดก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 77.24,100,95.41,92.24 และ 88.47 ตามลำดับ (8) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 65.44, 81.22, 82.45 และ 77.40 ตามลำดับ และ (9) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิกทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.45, 97.50, 100, 95.44 และ 92.22 ตามลำดับ[4]

อย่างไรก็ตามโรคขาดสารไอโอดีนอาจเคยรู้จักกันเมื่อ 40 - 50 ปี ก่อน ในชื่อว่า โรคคอพอกประจำถิ่น (Endemic Goiter) นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมาเป็นระยะเวลานาน แม้ว่าขณะนี้อุบัติการณ์ของคอพอกที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีน แทบจะไม่มีปรากฏให้เห็นมากเช่นในอดีตแล้ว แต่ความเสี่ยงที่จะทำให้ระดับสติปัญญาด้อยจากการขาดสารไอโอดีนยังคงมีอยู่ การสำรวจสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญา (ไอคิว : IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (อีคิว : EQ) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศโดยสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 พบว่า เด็กไทยยังคงมีคะแนนไอคิวเฉลี่ยต่ำกว่าค่ามาตรฐานสากล (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2559)[5] ถึงแม้การขาดสารไอโอดีนจะไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่มีผลต่อระดับสติปัญญา แต่ก็คงปฏิเสธไม่ได้ว่าหลายปีที่ผ่านมา สถานการณ์ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงมีครรภ์ ก็บ่งชี้ว่าได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งแน่นอนว่าจะต้องส่งผลต่อการพัฒนาเซลล์สมองของทารกในครรภ์ ดังนั้นการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถขจัดโรคนี้ได้อย่างยั่งยืน และเพื่อสร้างเสริมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทยให้มีความสามารถทัดเทียมนานาชาติและประชาคมโลกได้อย่างเต็มศักยภาพ[6]

กลยุทธ์หลักในการควบคุมป้องกันโรค คือ การเสริมไอโอดีนลงในเกลือทุกประเภทหรือเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า (Universal Salt Iodization) หมายรวมถึงการเสริมไอโอดีนลงในเกลือที่ใช้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือน และเกลือที่ใช้ในอุตสาหกรรมอาหารต่างๆ โดยผลจากการทบทวนนโยบายโภชนาการในระดับโลกพบว่า ประมาณ 80 ประเทศทั่วโลกมีนโยบายในการเสริมไอโอดีนลงในเกลือ และยังพบว่ามีการใช้มาตรการการเติมไอโอดีนในเกลือเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศจากร้อยละ 71 ในพ.ศ. 2552- 2553 เป็นร้อยละ 81 (ใน 118 ประเทศทั่วโลก) และความครอบคลุมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75 ในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 86 ในปีพ.ศ.2559 แต่ในปัจจุบันมีความกังวลในเรื่องการได้รับโซเดียมที่มากเกินไปของประชากรทั่วโลก จึงมีนโยบายลดการบริโภคเกลือ อย่างไรก็ตามนโยบายลดการบริโภคเกลือและนโยบายเกลือเสริมไอโอดีนก็สามารถดำเนินการควบคู่ไปด้วยกันได้ โดยต้องประเมินและเฝ้าระวังปริมาณการบริโภคเกลือและปริมาณการได้รับสารไอโอดีน เพื่อให้มั่นใจว่าประชากรจะได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอแม้ว่าจะลดการบริโภคเกลือลงตามคำแนะนำ[7]

ทั้งนี้ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 จนถึงปัจจุบัน ที่ผ่านมาประเทศไทยมีคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ โดยมีสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้ากรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธานพระองค์ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณในการวินิจฉัยปัญหา และพระราชทานแนวทางการป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน มาดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง อันเป็นหลักให้พสกนิกรไทยร่วมใจขจัดภัยจากโรคขาดสารไอโอดีนให้ลดน้อยลง[7] อีกทั้งยังได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทำให้สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในภาพรวมระดับประเทศดีขึ้นเป็นลำดับ แต่ยังพบปัญหาและช่องว่างในการประสานงาน ความชัดเจนในการบูรณาการแผนงานร่วมกันและเป้าหมายของการดำเนินงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงขาดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงานและข้อจำกัดของบริบทที่แตกต่างกัน

ในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์การดำเนินงานในบางประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหา และลดช่องว่างในการดำเนินงานดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีนโยบาย มาตรการและแนวทางที่ชัดเจนในการบูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อให้มีเป้าหมายในการดำเนินงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. 2565-2570 เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งสู่การปฏิบัติตั้งแต่ในระดับส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และเตรียมความพร้อมในการรับมือจากผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกิดจากโรคขาดสารไอโอดีน และเป็นการขจัดโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทยในอนาคต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพื่อพัฒนาเด็กอัจฉริยะโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม เพื่อพัฒนาเด็กในจังหวัดมหาสารคามให้เป็นเด็กอัจฉริยะต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ กระบวนการพัฒนาและประเมินรูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพื่อพัฒนาเด็กอัจฉริยะโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงกันยายน พ.ศ.2565

**พื้นที่ศึกษา** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวาปีปทุม จำนวน 21 แห่ง

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ประกอบด้วย (1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ หญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 21 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 21 คน (2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม จำนวน 3 คน และ (3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานรูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเครือข่ายบริการ จำนวน 26 คน

**ผู้ร่วมวิจัย** เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม และเครือข่ายบริการ จำนวน 35 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม (คปสอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม

**เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีน แบบสอบถามพฤติกรรมการได้รับไอโอดีนในครัวเรือน และแบบประเมินผลการดำเนินงาน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จำนวน 5 ท่าน สำหรับรูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ($\alpha$-Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

**วิธีดำเนินการวิจัย** แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย

1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงวัยเจริญพันธุ์ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสตรวจพบว่าที่ขาดสารไอโอดีน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2564 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ขาดสารไอโอดีน จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม และโรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 15 คนประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน และ 4) สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานส่งเสริมเสริมสุขภาพ จำนวน 26 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 3 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม 2 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวาปีปทุม จำนวน 21 แห่งๆ ละ 1 คน

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติสังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการ และข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

**ระยะที่ 3** การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินรูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน การใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส การบริโภคอาหารทะเล ให้เลือกตอบในลักษณะความถี่ของการปฏิบัติ เป็น 5 ระดับ จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 21 คน และ 4) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการและได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

## ผลการวิจัย

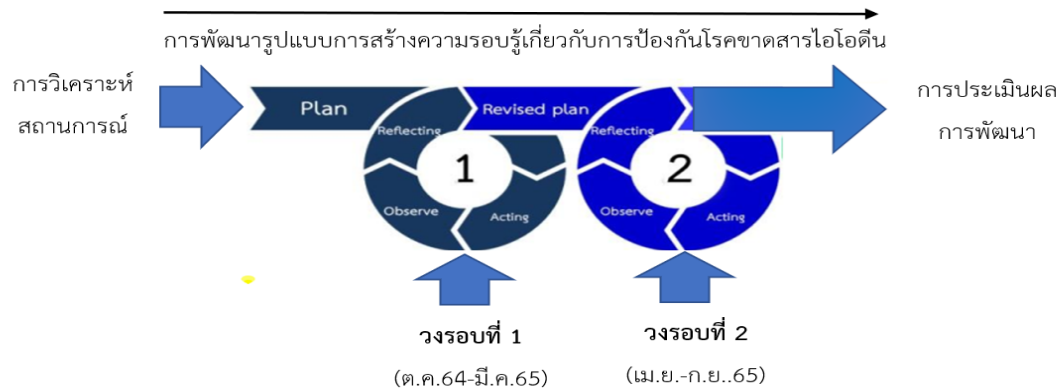
แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

**การวิเคราะห์สถานการณ์** 1) ระบบฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดระบบฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนที่สามารถประเมินและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน เพื่อค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปรับยุทธศาสตร์ให้เกิดประสิทธิภาพได้ 2) ขาดการกำกับและติดตามการให้ยาเม็ดไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย 3) ขาดการใช้ข้อมูลในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และสนับสนุนให้มีการผลิตเกลือ และผลิตภัณฑ์ปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีนให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4) ขาดการใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นปัจจัยเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 5) ขาดการใช้เป็นข้อมูลให้ชุมชน เพื่อการขับเคลื่อนชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน โดยเป็นการเพิ่มการรับรู้ข้อมูลให้กับชุมชน 6) ขาดการนำข้อมูลสถานการณ์คุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในระดับแหล่งผลิต ร้านค้า และครัวเรือน รวมทั้งอัตราความครอบคลุมเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนระดับครัวเรือน มาเชื่อมโยงกับข้อมูลระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์เด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุ ไปใช้ในการวางแผนดำเนินการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในแต่ละพื้นที่ได้ตรงเป้าหมาย และ 7) ขาดการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และ

ผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีน ได้แก่ 1) การเข้าถึงสารไอโอดีน 2) การกำกับและติดตามการให้ยาเม็ดไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ 3) ระบบเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนที่สามารถประเมินและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน 4) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์และสนับสนุนให้มีการผลิตเกลือ และผลิตภัณฑ์ปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีนและ 5) อัตราความครอบคลุมเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนระดับครัวเรือน มาเชื่อมโยงกับข้อมูลระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุ และ 6) การส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

**การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน** เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงจร ดังนี้




**ภาพประกอบที่ 1** กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

**วงจรที่ 1 :** การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 44 คน 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีนแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุมและเครือข่าย 3) เพิ่มสมรรถนะแพทย์ และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีนโดยการจัดประชุม/อบรมภายในและส่งประชุม/อบรมภายนอก และ 4) ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม และเครือข่ายเพื่อสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีน พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม และเครือข่ายมีความตื่นตัวและตระหนักในการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหา และอุปสรรคเกี่ยวกับความหลากหลายในวิธีการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีนทั้งกับบุคลากรและเครือข่าย

**วงจรที่ 2 :** การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในอำเภอวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ (เมษายน 2565-กันยายน 2565) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ 1) สร้างกระแสสังคมโดยรณรงค์ให้วัยรุ่นในพื้นที่ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ภายใต้ NEST สร้างความรอบรู้และจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ เช่น จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิกแก่หญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 20-34 ปี ที่แต่งงานและตั้งใจมีบุตร ก่อนการตั้งครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ทุกวันๆละ 1 เม็ด 2) จัดบริการฝากครรภ์คุณภาพตามชุดสิทธิประโยชน์- ฝากท้องก่อน 12 สัปดาห์ เพิ่มคุณภาพฝากครรภ์ 5 ครั้ง จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิกแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนตลอดการตั้งครรภ์ 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดอาหารกลางวันเป็นเมนูที่มีไข่แก่เด็ก อย่างน้อย 3 ฟอง/คน/สัปดาห์ 4) สนับสนุนให้เด็กนักเรียนได้รับไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน 5) โรงเรียนจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียนเพิ่มเวลาเรียนรู้) 6) พัฒนานักเรียนแกนนำให้เป็นทูตไอโอดีนน้อย ให้มีความรู้และทักษะเรื่องไอโอดีน และทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีน 7) จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิกแก่หญิงหลังคลอดทุกคนตลอดการให้นมลูก 6 เดือน และ 8) สนับสนุนให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ กระจายทั่วทั้งอำเภอ และมีการเฝ้าระวังและติดตามภาวะขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อันเป็นการสะท้อนผล (Reflecting) ทั้งนี้การดำเนินการร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงานตามแผนสะท้อนผลการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จด้านกระบวนการคือ การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหารผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม การสนับสนุนความรู้ ที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านการจัดอบรม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตนในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพิ่มมากขึ้น การมีส่วนร่วมของชุมชนมีการปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนด ร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้เครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น ทำให้เครือข่ายมีผลระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ 2-4 วัน ภาพรวมเปลี่ยนจากสีแดงเป็นสีเหลือง ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการมีค่า TSH ปกติทุกรายและมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิกทุกวันๆละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.69

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า การดำเนินการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้ากิจกรรมต่างๆ โดยความร่วมมือกับเครือข่ายในชมุชนองค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง มีความชัดเจนและปฏิบัติได้จริง บุคลากรผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมากขึ้น

**การประเมินผล** (ตุลาคม 2564-กันยายน 2565) จากการสนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานส่งเสริมเสริมสุขภาพ จำนวน 26 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 3 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม 2 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวาปีปทุม จำนวน 21 แห่งๆ ละ 1 คน และประเมินหลังการพัฒนา พบว่าผู้รับบริการมีความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีนระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางและสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 และระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางและสูง คิดเป็นร้อยละ 90.48 และผลการประเมินตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 9 ตัว พบว่า ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 8 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 88.89 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังแสดงในตารางที่ 1-3

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (N=21)

| ระดับความรอบรู้เกี่ยวไอโอดีน | ก่อนดำเนินการ | หลังดำเนินการ |
|---|---|---|
| | N(%) | N(%) |
| ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) | 0(0.00) | 19(90.48) |
| ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) | 16(76.19) | 2(9.52) |
| ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59) | 5(23.81) | 0(0.00) |

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (N=21)

| ระดับความรอบรู้เกี่ยวการป้องการขาดไอโอดีน | ก่อนดำเนินการ | หลังดำเนินการ |
|---|---|---|
| | N(%) | N(%) |
| ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) | 0(0.00) | 2(9.52) |
| ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) | 12(57.14) | 17(80.96) |
| ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59) | 9(42.86) | 2(9.52) |

**ตารางที่ 3** ตัวชี้วัด และการประเมินผลการดำเนินงาน

| ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง | เป้าหมาย | ผลงาน | ผลการประเมิน | |
|---|---|---|---|---|
| | | | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| 1. ร้อยละของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน | 100% | 100.00 | / | |
| 2. ร้อยละของ อปท. ที่มีโครงการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน | >80% | 100.00 | / | |
| 3. ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหาร | 100% | 100.00 | / | |
| 4. ร้อยละการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน- 5 ปี | 90% | 90.13 | | / |
| 5. จำนวนโรงเรียน มีการจัดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียนเพิ่มเวลาเรียนรู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง | 100% | 100.00 | | / |

**ตารางที่ 3** (ต่อ)

| ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง | เป้าหมาย | ผลงาน | ผลการประเมิน | |
|---|---|---|---|---|
| | | | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| 6. จำนวน โรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วันเฉพาะโรงเรียนประถม (และขยายโอกาส) | 90% | 100.00 | | / |
| 7. จำนวนหญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 30-34 ปีแต่งงาน และพร้อมจะมีบุตรที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกทุกวันๆละ 1 เม็ดก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ | >80% | 85.10 | | / |
| 8. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น | >80% | 68.90 | | / |
| 9. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก ทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง | >90% | 98.69 | | / |

## วิจารณ์

ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. จากการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 โดยกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ.2559 พบว่า ไอคิวเด็กจังหวัดมหาสารคามมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และจัดเป็นลำดับที่ 60 ของประเทศ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุสำคัญเกิดจากภาวะขาดสารไอโอดีน และภาวะทุพโภชนาการอันส่งผลทำให้พัฒนาการเด็กไม่สมวัย และมีรูปร่างไม่สมส่วนสำหรับจังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดนำร่องที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนของประเทศ (มหาสารคาม, อุดรธานี) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ซึ่งผลการดำเนินงานมีความครอบคลุมการกระจายเกลือไอโอดีน มีกองทุนเกลือทุกหมู่บ้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันเป็นอย่างดี และในปี พ.ศ.2561 ทุกภาคส่วนได้มีการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน ต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสติปัญญาเด็กสร้างคนมหาสารคามให้เป็นคนที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้มีการยกระดับความร่วมมือด้านวิชาการของกลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ เด็กเก่ง ดี มีสุข พัฒนาสติปัญญาเด็กทั้งด้านการส่งเสริมเด็กไทยได้รับไอโอดีนที่เหมาะสม เตรียมจัดการประชุมวิชาการนานาชาติว่าด้วยเรื่อง ภาคีร่วมใจ เด็กไทยสุขภาพดี : All for Healthy & Smart Kids ซึ่งจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2561 โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพป้องกัน และควบคุมโรค แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย โดยช่วงวัยเด็กจะเป็นช่วงวัยที่ส่งผลถึงศักยภาพทุนมนุษย์ ในช่วงวัยถัดไป ซึ่งต้องเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม จึงได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในจังหวัดมหาสารคามประกาศเจตนารมณ์การขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ตั้งเป้ามุ่งให้หญิงตั้งครรภ์มหาสารคามได้รับไอโอดีนเหมาะสมเพื่อทารกมีพัฒนาการของสมองที่สมบูรณ์ และระบบประสาทที่แข็งแรง มีเชาวน์ปัญญาหรือไอคิวสูงต่อไป

2. รูปแบบการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อพัฒนาเด็กอัจฉริยะ โดยใช้กลไก

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุมครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ ภูมิภูเขียว, พูนสุข บุญมาและเจริญศรี พงษ์สิมา[8] ซึ่งพบว่ารูปแบบใหม่ในการส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ (Committee setting) 2) การกำหนดนโยบายและมาตรการ (Policy and Measure) 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ (Information and communication) 4) การสำรวจ และค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ (Observation and Survey) 5) การพัฒนากองทุนเกลือไอโอดีน (Development of Iodized salt-funding) 6) การตรวจสอบคุณภาพเกลือไอโอดีน (Inspection of Iodized salt) 7) การดำเนินงานแบบภาคีเครือข่าย (Networking) และ 8) ติดตามและประเมินผล (Evaluation and Monitor) หรือ เรียกสั้นๆว่า CP-IODINE model; กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) การวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตาม 5) สรุปผลและถอดบทเรียนเกิดรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ 8 มาตรการคือ 1) มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน 2) มีหอกระจ่ายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ 3) ส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน 4) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 5) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 6) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 7 มีคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. และ 8) สร้างสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ[9]

3. ผลลัพธ์การพัฒนาจากการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่าเมื่อพิจารณาตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานพบว่า ค่า Thyroid stimulating hormone ในทารกแรกเกิดที่มีค่ามากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร (mU/L) เท่ากับร้อยละ 8.40 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 3.00) ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ 141.80 ไมโครกรัมต่อลิตร (Ig/L) (เกณฑ์ ≥150.0 µg/L) ความครอบคลุมการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 88.80 (เกณฑ์ร้อยละ 100.00) การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60.10 (เกณฑ์ร้อยละ 60.00) ความครอบคลุมกรบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ร้อยละ 91.90 (เกณฑ์ร้อยละ 90.00) คุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ร้อยละ 71.90 (เกณฑ์ร้อยละ 90.00) คุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต ร้อยละ 100.00 (เกณฑ์ร้อยละ 100.00) อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองอำเภอไอโอดีน ร้อยละ 100.00 (เกณฑ์ร้อยละ 100.00) และ (5) ด้านผลกระทบท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการสุขภาพตนเองมากขึ้นและกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้รับการดูแล ต่อเนื่องถึงบ้านที่ครอบคลุมและเข้าถึงสารไอโอดีนอย่างมีคุณภาพ[10]; หลังดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ และกลุ่มบุคคลที่ให้ข้อมูล และผู้ร่วมวิจัย มีความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีน มากกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม[8] ; ผลการดำเนินงานทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้การปฏิบัติตน ความพึงพอใจ และการมีสวนร่วม เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา[9]

## ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามและดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบถัดไปเพื่อหาแนวทาง เทคนิค วิธีการ ดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืนและผู้บริหารทั้งในระดับกระทรวง กรมและระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข ควรส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอื่นๆเนื่องจากแต่ละชุมชนจะมีปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่แตกต่างกันไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. 2565 – 2570. กรุงเทพฯ: บริษัท คิว แอดเวอร์ไทซิ่ง จำกัด; 2565.
2. Iodine Global Network Global Scorecard: 30 years of iodine status monitoring [Internet]. 2020 [cited 2023 May 1]. Available from: https/

wwign.org/newsletter/idd_may19_ 30 years of iodine status _monitoring of

3. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (พฤษภาคม 2561 - มิถุนายน 2563). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2563.
4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
5. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2559.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 2565. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม; 2565.
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (ตุลาคม 2559-เมษายน 2561). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
8. อารีย์ ภูมิภูเขียว, พูนสุข บุญมา, เจริญศรี พงษ์สิมา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษา ชุมชนใหม่สามัคคีอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น; 2563.
9. วัทธิกร นาถประนิล, สุมัทนา กลางคาร, กษมา วงษ์ประชุม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2):177-93.
10. คงฤทธิ์ วันจรูญ, สุภัทรา สามัง, วิมลรัตน์ ภูผาสุก. การประเมินโครงการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนของจังหวัดกาฬสินธุ์ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ CIPPI Model. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(4):616-27.

# ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โรงพยาบาลเสลภูมิ

# Effects of a Self-management Program for Pulmonary Rehabilitation of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Community, Selaphum Hospital

**กรกานต์ กระเดา***

**Kronkan Kradao**

Corresponding author: E-mail: kronkan2507@gmail.com

(Received: January 17, 2024; Revised: January 24, 2024; Accepted: February 24, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research; Two group pretest posttest design)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินสมรรถภาพปอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

**ผลการวิจัย :** หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 1.84 คะแนน และหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038$) โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่า 62.72% (95%CI; 3.58, 121.86)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการตนเอง และฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

**คำสำคัญ :** การจัดการตนเอง; การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด; ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ

## Abstract

**Purposes :** To compare the differences in mean scores on self-management and lung function of patients with chronic obstructive pulmonary disease after experiment between experimental group and control group.

**Study design :** Quasi-experimental research; Two group pretest posttest design.

**Materials and Methods :** The sample group consisted of 44 patients with with chronic obstructive pulmonary disease who received services at the COPD Clinic, Selaphum Hospital, divided into a control group and an experimental group, 22 participants per group, conducted between August and November 2023. Data were collected were using a questionnaire and lung function assessment form. Data were analyzed using distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation and Independent t-test. Statistical significance was set at 95% confidence interval.

**Main findings :** After the intervetion,it was found that COPD patients in experimental group had a significantly higher mean scores of overall self-management of COPD patients than control group ($p<.001$), with mean scores self-management were more than 1.84 and after experiment, it was found that COPD patients in experimental group had a significantly higher mean lung function than control group ($p=.038$) with mean lung function, more than 62.72% (95%CI; 3.58, 121.86).

**Conclusion and recommendations :** The results from this research can be used in self-management and rehabilitate lung function in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

**Keywords :** Self-management; Pulmonary rehabilitation; Chronic obstructive pulmonary disease

*Registered Nurse, Professional Level, Selaphum Hospital.

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อยมีอัตราการป่วยและตายในระดับสูงทั่วโลก ในปัจจุบันมีรายงานว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของโลก[1] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease หรือ COPD) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยซึ่งอาการจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง หรือในกรณีที่ โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน หรืออยู่เฉยๆ เหล่านี้จะนำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย โดยความระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์ไปกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกำเริบเฉียบพลัน หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจหรือหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตในที่สุด ข้อมูลจาก GOLD (หรือ Global hitiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ประมาณว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากปัจจุบันอันดับ 6 เป็นอันดับ 3 ของโลกในปี ค.ศ. 2020[2] นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย โดยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเกิดทั้งโดยตรง (ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย และให้การรักษา) และโดยอ้อม (การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน เสียอายุก่อนวัยอันควร หรือแม้แต่ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ต้องสูญเสียรายได้ไป) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้เป็นโรคที่พบบ่อยและสามารถให้การรักษาตลอดจนป้องกันการเกิดโรคได้ ผู้ให้การรักษาควรจะมีความรู้ ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในทำนองเดียวกันกับสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ ปี พ.ศ.2563-2566 พบว่า อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป (เป้าหมาย < 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD ต่อปี) อัตรา 127.14; 108.19 และ 89.07 ตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ พ.ศ.2561-2566 จำนวน 167, 193, 223, 251, 275 และ 359 ราย อัตราการ Admit (ราย/ครั้ง%) 60/93(35.92%), 59/93(30.56%), 66/138(29.59%), 58/91 (23.10%), 94/127 (34.18%) และ 149/225 (41.50%) อัตราการ Re-admit จำนวน 7(4.1%), 9(4.6%), 9(4.03%), 4(1.59%), 5(1.81%) และ 2(0.55%) และอัตรา ER-visit พบ 82/170(49.10%), 84/122(43.52%), 87/161 (39.01%), 58/97(23.10%), 47/57(17.09%), 48/65(13.35%) ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ว่าสถิติต่างๆ มีแนวโน้มลดลงก็ตาม แต่ก็ยังเกินเป้าหมายขององค์กร[3]

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้นก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ (Not fully reversible) เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive) และส่งผลเสียไม่ใช่เฉพาะระบบหายใจเท่านั้น แต่เกิดผลกระทบต่ออวัยวะหรือระบบอื่นๆ (Extrapulmonary effiects) ด้วยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค COPD มากกว่า 90.0% มาจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน โดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจที่เพิ่มขึ้น มีการทำงานของปอดที่ผิดปกติ[4] ตรวจสมรรถภาพปอดจะพบว่ามีการลดลงของปริมาตรของลมหายใจที่วัดจากการหายใจออกเต็มที่และรวดเร็วในเวลา 1 วินาที หรือที่เรียกว่า FEV, (Force expiratory volume in one second) มีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม COPD ที่สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ปัจจัยอื่นที่มีข้อมูลสนับสนุนมากคือ เรื่อง Gene หรือสารพันธุกรรม โดยเฉพาะการขาดสาร Apha-1 antirypsin severe hereditary deticiency of alpha-I antitrypsin)[5] ซึ่งเป็น Inhibitor ของ Serine proteases ที่อยู่ในกระแสเลือด ทำให้เร่งการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองก่อนวัยอันควร ถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม โดยภาวะนี้พบได้น้อย และมักเจอในกลุ่มยุโรปตอนบน นอกจากนี้คนที่สูบบุหรี่ทุกคนไม่ได้เกิดโรค COPD จึงเป็นเหตุสนับสนุนเรื่องปัจจัยด้านพันธุกรรมในการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค ตัวอย่างความผิดปกติ เช่น Chromosome2q, Transforming growth factor beta 1 (TGF-B1), Microsomal epoxide hydrolase 1

(mEPHX1), and tumor necrosis factor alpha (TNFX) ซึ่งในปัจจุบันข้อมูลสนับสนุนยังไม่ชัดเจน จำต้องทำการศึกษาค้นคว้าต่อไป[6]

อาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation; AE) เป็นภาวะของโรคที่อยู่ในระยะโรคสงบเกิดมีอาการรุนแรงมากขึ้น เป็นอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างกะทันหัน อาการที่บ่งชี้ คือ อาการหายใจลำบากมากขึ้น ไอ มีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้น หรือมีเสมหะเปลี่ยนสี โดยต้องแยกออกจากสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการคล้ายกันออกไป อาการกำเริบเฉียบพลันเป็นอาการที่มีทั้งความถี่ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ และคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอด และคุณภาพชีวิตลดลงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เพิ่มอัตราตาย[7] ผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ขาดรายได้และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา อย่างไรก็ตามเป้าหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การลดอาการในปัจจุบันและป้องกันความเสี่ยงของโรคที่จะเกิดในอนาคตซึ่งสิ่งสำคัญคือการป้องกันการกำเริบของโรค เพื่อลดความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ป่วยดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของโรคในอนาตคและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย นอกจากการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้ว สิ่งที่สำคัญคือการลดโอกาสและความรุนแรงของการเกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของการเกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 31.0-60.6 และมีผู้ป่วยเกิดการกำเริบซ้ำร้อยละ 15-20.3[8] บางรายมีอาการรุนแรงต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้มีการศึกษาเพื่อการหาสาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกำเริบเพื่อเป็นแนวทางในวางแผนในการรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดกำเริบหรือลดความรุนแรงในการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ปัจจัยที่แท้จริงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่สามารถสรุปได้ แต่มีการศึกษาประเมินปัจจัยในหลายด้าน ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การมีโรคร่วมหรือจากสภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูง มีค่าสมรรถภาพปอดต่ำ และมีสภาวะสุขภาพไม่ดี มีโอกาสเกิดการกำเริบได้มาก[9]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย กระตุ้นการทำงานของร่างกาย เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม ป้องกันการกำเริบของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิต และกลับไปใช้ชีวิตตามปกติต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยรูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design) มี โดยมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้

**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

คุณสมบัติการคัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ (1) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ถึงระดับ 3 ตามเกณฑ์ของ GOLD (2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และต้องมีการบันทึกการติดตามตนเอง (3) ไม่มีโรคร่วมอย่างอื่นที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมหรืออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรควัณโรค โรคไตเรื้อรังโรคมะเร็งปอด ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น และ (4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด เช่น การเสียชีวิตหรือการย้ายที่อยู่ใหม่เป็นต้นในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดเสียชีวิตหรือการย้ายที่อยู่ใหม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical power table) โดยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ($\alpha$=.05) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน[10] โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (Matched pairs) ในเรื่องเพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 และชนิดของยาสูดพ่น ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง

**วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเสลภูมิ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบ 22 คน ก่อนจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับตัวแปรอายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิ์การรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ

2. เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด เป็นการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะ หายใจออกโดยใช้อุปกรณ์ที่เรียกว่า Spirometry ของบริษัท เอสพีเค เพลนตี้ สตาร์ จำกัด วัดความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก ในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างเร็วและแรงเต็มที่จากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ ค่าที่วัดได้แสดงถึง การเปลี่ยนแปลงของแรงต้านในหลอดลม ถ้าค่าที่วัดสูงแสดงว่ามีแรงต้านในหลอดลมต่ำ ถ้าค่าที่วัดได้ต่ำแสดงว่ามีแรงต้านในหลอดลมสูง ผลของการวัดรายงานเป็น ลิตรต่อนาที โดยสมรรถภาพของปอดขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ค่าสูงสุดในคน อายุ 25-40 ปี เพศหญิงมีค่าประมาณ 300-500 ลิตร/นาที เพศชายมีค่าประมาณ 400-600 ลิตร/นาที[11]

**การตรวจสอบมาตรฐานของเครื่อง** เครื่อง Spirometry ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานจากบริษัทก่อนจำหน่ายเรียบร้อยแล้ว มีขนาด 850 ลิตรต่อนาที สามารถวัดสมรรถภาพปอดออกมาเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-850 ลิตรต่อนาที มีการตรวจสอบสภาพ ความพร้อมก่อนใช้งานทุกครั้ง และมีการตรวจสอบระบบการทำงานและ Calibrate ทุก 1 ปี จากกองวิศวกรรมการแพทย์ โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% และผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยและใช้เครื่องเดียวตลอดการทำวิจัย

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรม

การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[12] และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการส่งเสริมให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง พบผู้ป่วย 1 ครั้งที่โรงพยาบาล เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และประเมินสมรรถภาพปอดเมื่อสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง โดยมีกิจกรรมดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทำการทดสอบสมรรถภาพปอดจากนั้นให้ความรู้และสอนทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันตั้งเป้าหมายเป็นเป้าหมายการจัดการตนเองเองในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ การเลิกบุหรี่ การใช้ยา การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ การจัดการด้านอาหาร การป้องกันและจัดการอาการกำเริบ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้และส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการสังเกตตนเอง และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในเรื่องการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองด้านต่างๆ อาการผิดปกติที่พบ อาการกำเริบ อาการเหนื่อยหอบ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่จะช่วยนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เมื่อผู้ป่วยได้รวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานสากลหรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความผิดปกติที่เกิดขึ้น และวิธีสังเกตตนเอง ได้แก่ การจัดการตนเองด้านต่างๆ การฝึกหายใจ การออกกำลังกาย อาการกำเริบ อาการเหนื่อยหอบการติดตามน้ำหนักว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปสู่ขั้นตอนการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการตนเองหลังจากที่ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ประมวลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองแล้ว ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการเลือกการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลเป็นหลักฐาน ได้แก่ การเลิกบุหรี่ การใช้ยา การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหารการป้องกัน และจัดการอาการกำเริบเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้ป่วยมีทักษะที่ได้รับการฝึกมาจัดการตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ การเลิกบุหรี่ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหาร การป้องกันและจัดการอาการกำเริบของโรค ตามระยะเวลาที่วางแผนไว้ เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของตนเอง โดยการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

6) การประเมินผล (Self-reaction) เป็นการประเมินความสามารถของตนเองและผลการปฏิบัติของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองในด้านต่างๆ ได้ตามแนวทางที่วางไว้หรือไม่ และเกิดผลลัทธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือฝึกทักษะเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้เกิดทักษะในการจัดการตนเองคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

**สัปดาห์ที่ 2 และ 4** ติดตาม กระตุ้นเตือนผู้ป่วย

**สัปดาห์ที่ 5-7** พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ประเมินการจัดการตนเองและนัดหมายทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 8

**สัปดาห์ที่ 8** ประเมินสมรรถภาพปอด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนการโทรศัพท์ติดตาม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คน ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3 คน ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของระยะเวลา ภาษาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

**ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง** แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[12] ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบประเมิน เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับการประเมินการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นตัวกำกับการทดลอง ประเมินในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมครบทุกกิจกรรมแล้ว โดยทุกคนต้องมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 61 คะแนนขึ้นไป ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนเนื้อหาและให้คำปรึกษาสรุปผลการกำกับการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การจัดการตนเองทุกคน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นเตรียมการทดลอง** มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ในเรื่องการดูแผู้ป่วย โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศ เกี่ยวกับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมเพื่อเป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะ การใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกายและการฝึกหายใจ

2. เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนการสอนเรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกระบวนการจัดการตนเองของ Creer[12] คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมพร้อมทั้งโครงร่างฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน

4. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความพร้อมทั้งส่งโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิและดำเนินการขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. ภายหลังอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว จึงขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ ในการดำเนินการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล วันและเวลาที่จะดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกวันพุธ ช่วงเช้า เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลในวันพุธ ช่วงบ่าย เนื่องจากโรงพยาบาลเสลภูมิ มีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 วัน ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 22 คน

หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (Matched pairs) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 ชนิดของยาสูดพ่น โดยใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 วัน ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน

7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

**ขั้นดำเนินการทดลอง** กลุ่มควบคุมเริ่มดำเนินการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสลภูมิ มีขั้นตอนดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (15 นาที) พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอดอุดกันเรื้อรัง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง และลงมือชื่อในแบบยินยอม ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด แล้วให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การได้รับการตรวจรักษาโรคจากแพทย์ประจำคลินิก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา การมาตรวจตามนัด จากพยาบาลวิชาชีพและการได้ยา และคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกรสรุปกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

**สัปดาห์ที่ 6** (30 นาที) ผู้วิจัยทำการประเมินสมรรถภาพปอด ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย พร้อมทั้งให้ความรู้ในการจัดการตนเองโดยการสอนและการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมอบคู่มือความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคบอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นคู่มือสำหรับใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

**กลุ่มทดลอง** เริ่มดำเนินการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสลภูมิ มีขั้นตอนดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (30 นาที) พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสลภูมิ (ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด)

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้และการจัดการตนเองขณะเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองด้านใดเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง

3. ให้ความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเลิกสูบบุหรี่ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การใช้ยาการจัดการด้านอาหาร การป้องกันและจัดการกับอาการกำเริบ

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการจัดการตนเอง และสอนทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกาย การฝึกการหายใจ และการใช้คู่มือบันทึกการจัดการตนเองโดยในแต่ละสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองตามกระบวนการจัดการตนเอง

5. เมื่อสิ้นสุดกระบวนการสอนเกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แล้วนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 2 และ 4** ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (10 นาที) โดยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเองรวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาในกรณีที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหา กระตุ้นเตือน

เกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเอง เสริมแรงและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างการฝึกทักษะจัดการตนเอง

**สัปดาห์ที่ 5** พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านผู้ป่วย (15 นาที) ประเมินการจัดการตนเองและนัดหมายทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 8

**สัปดาห์ที่ 6** ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน (15 นาที) ประเมินสมรรถภาพปอด และชี้แจงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือ สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สอบถามอาการ และทำการประเมินสมรรถภาพปอด พบว่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นทุกคน ผู้วิจัยแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** (1) ข้อมูลลักษระทางประชากรวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0872566 ณ วันที่ 2 สิงหาคม 2566

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.4 อายุส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 55-59 ปี (54.5%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ขึ้นไป (45.5%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (72.7%) นับถือศาสนาพุทธ (84.1%) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (68.2%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (56.8%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป (25.0%) สิทธิการรักษาเป็น บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (77.3%) ระยะเวลาที่เป็นโรค 1-5 ปี (54.5%) หนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเกิดอาการกำเริบ (54.5 %) เคยมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาล (79.5%) สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ (88.6%) จำนวนบุหรี่ที่สูบ 11-20 มวนต่อวัน (35.9%) และกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (82.5%)

2. หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 1.84 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเลิกสูบบุหรี่การจัดการด้านอาหาร การป้องกันอาการกำเริบ การออกกำลังกาย และการฝึกการหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, $<.001$, $<.001$, $<.001$ และ $<.001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 2.90, 2.75, 2.80, 2.60, 2.63 คะแนน ตามลำดับ (95%CI: 2.63, 3.19; 2.44, 3.06 ; 2.50, 3.10 ; 2.22, 2.98 ; 2.18, 3.09) และหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038$) โดยมีค่าฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่า 62.72% (95%CI; 3.58, 121.86) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=22)

| การจัดการตนเอง | n | Mean(SD.) | Mean difference(SE) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **การเลิกสูบบุหรี่** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 4.53(0.54) | 2.90(0.14) | 2.63, 3.19 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 1.62(0.37) | | | |
| **การจัดการด้านอาหาร** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 4.50(0.64) | 2.75(0.15) | 2.44, 3.06 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 1.74(0.30) | | | |
| **การป้องกันอาการกำเริบ** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 4.55(0.59) | 2.80(0.14) | 2.50, 3.10 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 1.75(0.36) | | | |
| **การออกกำลังกาย** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 4.37(0.75) | 2.60(0.18) | 2.22, 2.98 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 1.77(0.44) | | | |
| **การฝึกการหายใจ** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 4.36(0.84) | 2.63(0.22) | 2.18, 3.09 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 1.72(0.63) | | | |
| **เฉลี่ยโดยรวม** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 3.56(0.40) | 1.84(0.10) | 1.63, 2.05 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 1.72(0.27) | | | |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=22)

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean difference(SE) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **สมรรถภาพปอด** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 345.00(94.20) | 62.72(29.30) | 3.58, 121.86 | .038 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 282.27(100.09) | | | |

## วิจารณ์

การวิจัยเชิงทดลองนี้หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 1.84 คะแนน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมให้ความรู้มีการปฏิบัติซ้ำๆ อีกทั้งยังได้รับคู่มือสำหรับทบทวนความรู้ และวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านมีการทดลองปฏิบัติจริง และใช้การจัดการตนเองของ Kanfer โดยประยุกต์เข้าไปในแบบบันทึกการออกกำลังกาย พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยที่โรงพยาบาลศิริราช[13] พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และความสามารถทางกายมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p<.05) ดังเช่นการศึกษาของ Tousman & Taylor[14] โดยใช้การจัดการตนเองของ Kanfer กับผู้ป่วยโรคหืดในการจัดการปัญหาทางจิตใจ ตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความรู้หลังจากได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งยังพบว่า การจัดการตนเองของ Kanfer ส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น

ในด้านความสามารถแห่งตนในการออกกำลังกายด้วยตนเอง พบว่า ตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความสามารถแห่งตนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนด้วยการทดลองปฏิบัติจริงแอีกทั้งยังได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นในระหว่างการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน และอาศัยการจัดการตนเองของ Kanfer ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้มีการปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดความมั่นใจและมีการปฏิบัติที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้นด้วย[15]

ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนั้นหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่า 62.72% สอดคล้องกับธีระพันธ์ โต้หนองแปน[16] พบว่า หลังจากดำเนินการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับกลุ่มทดลอง จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาปกติ นำผลการศึกษาที่ได้เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary rehabilitation) ของโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา[17] ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้ มีองค์ประกอบหลายอย่าง คือ การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิคการขับเสมหะให้ถูกวิธี การใช้ยา การประเมินและฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์และจิตใจภาวะโภชนาการ และการฝึกการออกกำลังกาย อันจะนาไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสม การฝึกออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรงที่มีอาการ โดยเริ่มต้นจากการจัดกิจกรรมผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก และอาจขยายไปถึงการจัดกิจกรรมในชุมชน และครัวเรือนด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายควรทำอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไปโดยยิ่งทำต่อเนื่องนาน ยิ่งได้ประสิทธิผล และโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละรายไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยขึ้นอยู่กับสภาวะโรค ระดับการรับรู้หรือความเข้าใจ สภาพสังคม หรือเศรษฐานะของผู้ป่วยแต่ละราย และการป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการเลิกบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ฝุ่น ควัน อากาศเปลี่ยนแปลง การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดภายใน 4 สัปดาห์หลังการ

กำเริบเฉียบพลัน และการใช้ยาตามแนวทางการรักษาด้วยยา

## ข้อเสนอแนะ

**จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ** ดังนั้น (1) พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพส่วนหนึ่งยังขาดความรู้และทักษะด้านการจัดการตนเองและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพด้านการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำและเหมาะสมกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง (2) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรพิจารณานำโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปใช้ในหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเองตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (3) การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรคต่างๆในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป** (1) ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3, 6, 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดในแต่ละช่วงเวลาเนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องมีการจัดการตนเองไปตลอดชีวิต (2) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพให้ดีขึ้น เป็นต้น และ (3) ควรศึกษาตัวแปรเพิ่มเติมในการทำวิจัยครั้งต่อไป เช่น การเกิดอาการกำเริบของโรคประวัติการสูบบุหรี่ และระยะเวลาที่เป็นโรค ซึ่งอาจส่งผลต่อสมรรถภาพปอด

## 1. เอกสารอ้างอิง

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regionamortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;38(2):2095-128.

MacNee W. Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac Soc. 2005;2(1):258-66.

โรงพยาบาลเสลภูมิ. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปี พ.ศ.2556. กลุ่มการพยาบาล; 2566.

Mitzner W. Emphysema--a disease of small airways or lung parenchyma?. N Engl J Med. 2011;36(3):1637-9.

Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J. 1977; 1(2):1645-8.

Buist A S, McBurnie M A, Vollmer W M, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. Lancet. 2007;37(3):741-50.

Hickey S. Strategies for reducing exacerbations of COPD. Practice Nursing, 2010;21(2):78-83.

Mullerova H, Maselli D J, Locantore N, Vestbo J, Hurst R J, Wedzicha J A, et al. Hospitalized exacerbations of COPD: risk factors and outcomes in the ECLIPSE cohort. Chest. 2015;147:999-1007.

Garcia-Aymerich J, Farrero E, Felez M A, Izquierdo J, Marrades M R, Antóet J M. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. Thorax. 2003;58(2):100-5.

Burns N, Grove S K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6”ed.). St. Louis: Elsevier saunder; 2009.

Celli B R. Exercise in the rehabilitation of patient with respiratory disease. In J. HodgkinJ E, Celli B R, Connors G L (Eds), Pulmonary rehabilitation

guidelines to success (3th ‘ed). Philladelphia:
12. Lippincort; 2000.
Creer L T. Self-management of chronic illness: Handbook of self-regulation. California:
13. Academic; 2000.
สุทัศน์ พิภพสุทธิไพบูลย์, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, เบญจมาศ ช่วยชู. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์.
14. 2560;47(2):200-11.
Tousman S, Zeitz H, Taylor L D. A Pilot Study Assessing the Impact of a Learner- Centered Adult Asthma Self-Management Program on Psychological Outcomes. Clinical Nursing
15. Research. 2010;19(1):71-88.
O’Shea S D, Taylor N F, Paratz J D. Qualitative outcomes of progressive resistance exercise for people with COPD. Chronic Respiratory
16. Disease. 2007;4:135-42.
ธีระพันธ์ โต้หนองแปน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิชาการทางการ
17. พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):6-16.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาร่วมกับโรงพยาบาลพะเยา. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD: Chronic obstructive pulmonary disease. Service plan : COPD; 2563.

# การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี

# Development of Children with Thalassemia in Receiving a Blood Transfusion Care System On One stop service in Kumpawapi Hospital

**กันติชา ศรีมาตร***

**Kanticha Srimart**

Corresponding author: E-mail: kun_2515@outlook.com

(Received: January 23, 2024; Revised: January 30, 2024; Accepted: February 29, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน และผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย จำนวน 23 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบบสังเกต และแบบประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน % Differences และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

**ผลการวิจัย :** 1) พบสภาพปัญหาทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริการ 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียประกอบด้วยคือ (1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย (2) จัดตั้งคลินิกธาลัสซีเมียเปิดให้บริการทุกวันอังคาร และวันศุกร์ (3) พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพ (4) พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมี CPG การดูแลผู้ป่วย TDT การมี Standing order admit สามารถ Admit ไปพบกุมารแพทย์ที่ Ward (5) พัฒนาระบบ Lab สนับสนุน (6) พัฒนาระบบคัดกรองแบบ One stop service และ (7) ติดตามการรักษาต่อเนื่อง และหลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service โดยใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จ 8 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำมีค่า Hb typing (<9.0%) ผลการดำเนินงานลดลงจาก 53.44% เป็น 18.12% Percentage differences ลดลง 98.71% ; ผู้ป่วยที่ได้ตรวจ SF (100.0%) เพิ่มขึ้น 67.45% เป็น 100.0% Percentage differences เพิ่มขึ้น 38.88% ; ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำ Hct <30% ลดลงจาก 26.0% เป็น 18.0% Percentage differences ลดลง 36.63% และผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการตรวจเพิ่มขึ้นจาก 3 คน (6.18%) เป็น 14 คน (23.72%) Percentage differences เพิ่มขึ้น 117.32%

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเพิ่มขึ้น และผู้รับบริการได้รับความสะดวก และลดระยะเวลารอคอยได้

**คำสำคัญ :** ระบบการดูแลผู้ป่วย; โรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิด; การให้เลือดประจำแบบ One stop service

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี

## Abstract

**Purposes :** To study the situation, develop systems and evaluate results of children with Thalassemia in receiving a blood transfusion care system on one stop service in Kumpawapi Hospital.

**Study design :** Action Research.

**Materials and Methods :** Eight of key informants were a multidisciplinary team of and 23 of pediatric patients diagnosed by doctors as having thalassemia anemia. Data were collected using a data recording form, observation form, and results evaluation form. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, % differences, and content analysis.

**Main findings :** 1) Both of service providers, service recipients, and service systems were problems were found. 2) The children with Thalassemia in Receiving a Blood Transfusion Care System On One stop service consisted of: (1) developing the potential of personnel and networks (2) establish a thalassemia clinic open every Tuesday and Friday (3) develop a health screening system. (4) develop guidelines for patient care, including having CPG, TDT patients care, having standing order admit, being able to admit to see a pediatrician at the ward (5) Developing a support Lab system (6) Developing a one-stop screening system service and (7) follow up on continuous treatment and after development, and after the development, the researcher evaluated the results of developing a system for caring for children with thalassemia patients with regular blood transfusions, a One stop service, using 8 success indicators. It was found that patients who received blood transfusions regularly had Hb typing values (<9.0%), performance decreased from 53.44% to 18.12% percentage differences decreased 98.71%; patients who have been examined SF(100.0%) increased 67.45% to 100.0% percentage differences increased 38.88% ; patients who regularly received blood with Hct <30% decreased from 26.0% to 18.0%, percentage differences decreased by 36.63%, and new patients being tested increased from 3 people (6.18%) to 14 people ( 23.72%) percentage differences increased 117.32%.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research resulted in increased operational results, and service recipients receive convenience and can reduce the waiting time.

**Keywords :** Care System; Children with thalassemia; Receiving a blood transfusion one stop service

***** Registered Nurse, Professional Level Kumpawapi Hospital

## บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญในเม็ดเลือดแดงโดยเป็นตัวนำออกซิเจนจากปอดไปยังอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายและนำคาร์บอนไดออกไซด์มาส่งที่ปอด ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมียีนโกลบินที่ผิดปกติทำให้สร้างโปรตีนโกลบินไม่ได้หรือสร้างได้น้อยลงเม็ดเลือดแดงจึงเกิดพยาธิสภาพ ขาดความยืดหยุ่นและถูกม้ามจับทำลาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีอาการโลหิตจางมาแต่กำเนิดและตาเหลือง ถ้าเป็นมากจะเติบโตไม่ สมอายุ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคพันธุกรรมทางโลหิตวิทยา ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 20.0 - 30.0 ของประชากรมียีน Alpha (c)-thalassemia ร้อยละ 3.0-9.0 มียีน Beta (B)-thalassemia และพบยีนของฮีโมโกลบิน ผิดปกติ 2 ชนิด คือ Hemoglobin E (Hb E) โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 13.0 และพบสูงขึ้น ในคนอีสานถึงร้อยละ 30.0-40.0 ที่จังหวัดสุรินทร์พบ Hb E สูงถึงร้อยละ 52.0 ฮีโมโกลบินผิดปกติอีกชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย คือ Hb Constant Spring (Hb CS) พบประมาณร้อยละ 1.0 - 8.0 ดังอุบัติการณ์ของพาหะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในประเทศไทยชนิด $\alpha$-thalassemia ($\alpha$ –thal 1 and $\alpha$ -thal 2) พบ 20-30%; Hb Constant Spring ($\beta$ -thal 2 like effect) พบ 1-8%; $\beta$-thalassemia 3-9% และ Hemoglobin E10-53%[1]

เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็กที่มีรับบริการที่โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยธาลัสซีเมีย ในปี พ.ศ.2562-2564 จำนวนทั้งสิ้น 53,44 และ 59 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการให้เลือดอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2563 จำนวน 20 ราย ปี พ.ศ.2564 จำนวน 23 ราย และปี พ.ศ.2565 จำนวน 26 ราย ซึ่งเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลกุมภวาปี มีการจัดระบบบริการในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียโดย มีการจัดตั้งคลินิกธาลัสซีเมียที่แผนก OPD ทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ผู้ป่วยมารับบริการจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วย NTDT (Non transfusion dependent thalassemia) มาตรวจติดตามผลความเข้มข้นของเลือดและรับยา และในกลุ่มผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด TDT ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับการให้เลือดอย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีด จากการวิเคราะห์การจัดบริการที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญ คือ การเก็บรวมรวมข้อมูลของผู้ป่วยยากต่อการสืบค้นของแพทย์และพยาบาลจากระบบคอมพิวเตอร์และเวชระเบียน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานการตรวจติดตามค่า Ferritin level ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากไม่มี CPG ในการรักษาที่ชัดเจน ไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วย TDT และ Non TDT และขาดทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาเพื่อรับเลือด ต้องลงทะเบียนรับบริการตรวจเลือดและรอผลตรวจเลือดแบบผู้ป่วย OPD ก่อน ทำให้ระยะเวลารอคอยในการเข้านอนโรงพยาบาล และการรับเลือดล่าช้าขาดการประสานเตรียมเลือดไว้ล่วงหน้า ในกรณีผู้ป่วยนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อให้เลือด เมื่อเจาะเลือดไปที่แผนกชันสูตรปฏิบัติการจึงจะทราบว่าจะได้เลือดหรือไม่ กรณีไม่มีเลือดต้องได้ยกเลิกการ Admit และนัดผู้ป่วยมาใหม่อีกครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วย และญาติไม่พึงพอใจในระบบบริการ[2]

พยาธิสภาพของโรคธาลัสซีเมียมักทำให้เด็กมีร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับเด็กปกติ เด็กจะซีดมากจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการรับเลือดทุกเดือนหรือทุกสองเดือน และมักมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ในรายที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางหรือรุนแรงมาก มักจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของใบหน้าที่เรียกว่าใบหน้าธาลัสซีเมีย ผิวเหลืองซีดคล้ำ การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติท้องป่อง เนื่องจากตับและม้ามโตพัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติ[3] ในเด็กเล็กบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพ ส่วนเด็กที่โตขึ้นสามารถใช้ทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและมีความรับผิดชอบในการจัดการตนเองได้ จึงควรเริ่มต้นตั้งแต่เด็กวัยเรียนเนื่องจากมีความคิดความเข้าใจในสิ่งที่เป็นรูปธรรม สามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ[4] แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา เด็กมีปัญหาการจัดการตนเอง

ในเรื่องการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติได้ เช่น ภาวะซีดภาวะเหล็กเกิน ไม่ระมัดระวังการออกกำลังกายที่หนักหรือรุนแรง รวมทั้งมีปัญหาการขาดเรียนเพื่อไปตรวจตามแพทย์นัด การจัดการตนเองจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และควบคุมอาการของโรคได้[5] ทำให้เด็กมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ภาระโรค (Burden of disease)ประเด็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจากการศึกษาของคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[6] ที่ได้ศึกษาและรวบรวมไว้ในหนังสือธาลัสซีเมียแบบองค์รวมมีข้อมูลการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเด็กป่วยที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่มีอายุขัยเฉลี่ย 10 ปี จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงิน 1,260,000 บาทต่อคน หากมีอายุขัยเฉลี่ย 20 ปี จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน 3,980,000 บาทต่อคน และหากมีอายุขัยเฉลี่ย 30 ปี จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน 6,600,000 บาทต่อคน ดังนั้นหากผู้ป่วยโรค B-thalassemia major ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 10 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้นปีละ 207 คน จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตลอดอายุขัยเป็นเงิน 260,820,000 บาทต่อผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นใน 1 ปี อย่างไรก็ตามเป็นเพียงข้อมูลการศึกษาในปี พ.ศ.2552 เท่านั้น ในปัจจุบันคาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นสาเหตุมาจากแนวโน้มของผู้ป่วยธาลัสซีเมียรายใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นและการเข้าถึงวิธีการดูแลรักษาแบบต่างๆ ที่มีมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับรายงานการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP) ในรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2557 ได้ระบุข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ว่าโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของโรคความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสมมีปีที่สูญเสียจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lost due to Disability: YLDs) รวมเพศชาย และหญิงเท่ากับ 4,833 ปี จำแนกเป็นในเพศชายเท่ากับ 2,490 ปี และในเพศหญิงเท่ากับ 2,344 ปี (ไม่คิดอัตราลดทอน) หลังจากที่ปรับอัตราลดทอน (Discount rate) ร้อยละ 3.0 พบว่าโรคธาลัสซีเมียมี YLDs รวมเพศชายและหญิงเท่ากับ 3,181 ปี ในเพศชายเท่ากับ 1,638 ปี และในเพศหญิงเท่ากับ 1,542 ปี[7]

ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเลยที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มพยาบาลผ่านการประชุมระดมสมอง นำเสนอผลลัพธ์เป็น 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 โดยการทบทวนอุบัติการณ์ย้อนหลัง 2 ปี พบว่ามีการให้เลือดผิดหมู่และผู้รับ 2 ครั้ง การเกิดอาการข้างเคียง 6 ครั้ง สาเหตุเนื่องจากการพยาบาลมีความแตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล ขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้เลือดที่ชัดเจนนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว วงรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินการในวงรอบที่ 1 ผลลัพธ์จากการพัฒนาทั้ง 2 วงรอบ ทำให้หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดอย่างชัดเจน คะแนนพฤติกรรมการพยาบาลในการให้เลือดครอบคลุมตามมาตรฐานมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการประเมินและบันทึกอาการผิดปกติตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่หรือผิดคน จะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดช่วยเพิ่มความครอบคลุมการดูแลตามมาตรฐานและช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกับผู้ป่วย[8]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปีขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ส่งผลให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงเด็กปกติ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis& McTaggart[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกต และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ

**พื้นที่ในการวิจัย** พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้อำเภอกุมวาปี จังหวัดอุดรธานี

**ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย** คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 23 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ โภชนากร และนักวิชาการสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการหรือทีมนำทางคลินิก (Clinical lead team) จำนวน 8 คน และ 2) ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยโลหิตจางธาลัสซีเมียที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 จำนวน 23 คนโดยมีขั้นตอนดังนี้

**ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อน** การวิจัยโดยการเตรียมความพร้อมในด้านเอกสารข้อมูล สถานที่ และบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับหน่วยงาน ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่าได้รับความร่วมมือที่ดี มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำจากความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพมีการรายงานความก้าวหน้าในที่ประชุมประจำเดือน

**ระยะที่ 2** ระยะดำเนินการวิจัยการวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

**การวางแผน (Plan)** ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ทบทวนบริบทโรงพยาบาล คลินิกธาลัสซีเมียเพื่อใช้เป็นระบบสารสนเทศในการวางแผนการดำเนินงานโดยการนำแนวคิดเรื่อง Chronic care model และการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาลมาร่วมวิเคราะห์เป็นกรอบในการดำเนินงานและ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำ

**การปฏิบัติตามแผน** (Action) ดังนี้ 1) ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด 2) จัดตั้งคลินิกธาลัสซีเมียเปิดให้บริการทุกวันอังคารและวันศุกร์เวลา 07.30-12.00 น. มีระบบคัดกรองสุขภาพโดยการตรวจประเมินร่างกายตามมาตรฐาน ตรวจวินิจฉัยโดยกุมารแพทย์ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้คำปรึกษาแนะนำและจัดการรายกรณี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 3) ติดตามการรักษาต่อเนื่องโดยนัดพบกุมารแพทย์ และประสานทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อสนับสนุนให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ

**การสังเกต (Observe)** ดังนี้ 1) การออกแบบระบบการกำกับนิเทศโดยผู้บริหารในที่ประชุมประจำเดือนและ 2) ติดตามและประเมินผลจากการสังเกต และการใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหรือชนิดพึ่งพาเลือด

**การสะท้อนกลับ (Reflection)** ดังนี้ 1) การจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคลินิกบริการ มีการคืนข้อมูลให้กับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการ เพื่อสะท้อนผลของข้อมูล และ 2) การถอดบทเรียนผลของการดำเนินงานให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อหาแนวทางพัฒนาและปรับปรุงต่อไป

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

ในเด็กชนิดให้เลือดประจำโรงพยาบาลกุมภวาปี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ชุด (1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเด็กโดยอ้างอิงจาก สปสช. เขต 7 (การบริการกรณีเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย) (2) เครื่องมือเก็บรวบรวมคุณภาพโดยผู้วิจัยและทีมสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และ (3) ข้อมูลด้านผลลัพธ์การรักษา ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจ Hb typing ผล Alpha หรือ Beta thalassemia ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำ Hct<30% จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้ตรวจ SFร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาขับเหล็กในผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกิน SF>1000 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาขับเหล็ก ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับเลือดได้รับการตรวจเลือดตามมาตรฐาน ดังนี้ HIV HBSAS SGOT SGPT TB DB และร้อยละของผู้ป่วยที่มีพี่น้องมารับการตรวจธาลัสซีเมียเพิ่มเติม

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจดบันทึกวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ KPEC34/2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโดยทำเอกสารชี้แจงถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการปฏิเสธซึ่งจะไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาของแพทย์แต่อย่างใด ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยกับผู้ไม่เกี่ยวข้องและนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

## ผลการวิจัย

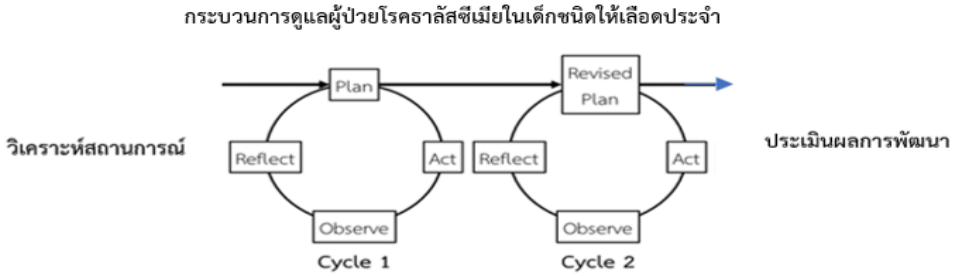
ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3 ประเด็น คือ

1. การศึกษาสถานการณ์ปัญหา จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการพบว่ามีพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกธาลัสซีเมียเพียง 1 คน ซึ่งเมื่อผู้รับบริการมีจำนวนมากขึ้นทำให้การให้การบริการไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมจำเป็นต้องใช้พยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลผู้รับบริการให้ครอบคลุม แต่หลังจากเพิ่มจำนวนพยาบาลในการดูแลกลับ พบว่าพยาบาลมีความความแตกต่างกันทั้งด้านความรู้ และประสบการณ์และขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้รับบริการ ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการรับเลือด จำนวน 6 ครั้ง และการดูแลผู้รับบริการไม่เป็นตามมาตรฐานทางการพยาบาล ด้านผู้รับบริการพบว่า ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ผู้รับบริการต้องใช้เวลาในการรอคอยเพื่อพบแพทย์และนอนโรงพยาบาลนานขึ้นบางครั้ง Admit เข้ามาตึกผู้ป่วยในแล้วไม่มีเลือดต้องยกเลิก Admit หรือต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีในรายที่มีภาวะซีดมากๆ และด้านระบบบริการพบว่า ด้านระบบการบริการช่วงแรก ๆ ที่มีคลินิกธาลัสซีเมียยังไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจน ส่งผลให้ การจัดเก็บข้อมูลต่างไม่เป็นระบบติดตามผลการตรวจเลือด Hct. Hb. typing Feritin และการตรวจ Lab ต่างประจำปี ไม่ชัดเจน, ไม่มีระบบการประสานห้องปฏิบัติการเพื่อเตรียมเลือดล่วงหน้า

จากการวิเคราะห์การจัดบริการที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญ คือ การเก็บรวมรวมข้อมูลของผู้ป่วยยากต่อการสืบค้นของแพทย์และพยาบาลจากระบบคอมพิวเตอร์ และเวชระเบียน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน การตรวจติดตามค่า Ferritin level ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากไม่มี CPG ในการรักษาที่ชัดเจน ไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วย TDT และ Non TDT และขาดทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยที่มา

รับการรักษาเพื่อรับเลือด ต้องลงทะเบียนรับบริการตรวจเลือดและรอผลตรวจเลือดแบบผู้ป่วย OPD ก่อน ทำให้ระยะเวลารอคอยในการเข้านอนโรงพยาบาล และการรับเลือดล่าช้าขาดการประสานเตรียมเลือดไว้ล่วงหน้า ในกรณีผู้ป่วยนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อให้เลือด เมื่อจองเลือดไปที่แผนกชันสูตรปฏิบัติการจึงจะทราบว่าจะได้เลือดหรือไม่ กรณีไม่มีเลือดต้องได้ยกเลิกการ Admit และนัดผู้ป่วยมาใหม่อีกครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วย และญาติไม่พึงพอใจในระบบบริการ

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปีเกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร ดังนี้




**ภาพประกอบที่ 1** วงรอบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดรวมทั้งระบบให้คำปรึกษาการประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกุมภวาปีกับโรงพยาบาลลูก และโรงพยาบาลเครือข่ายมีความชัดเจน สะดวก และรวดเร็วจนได้การดำเนินการเป็นแบบ One stop serviceที่ ประกอบด้วยขั้นตอน คือ (1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด (2) จัดตั้งคลินิกธาลัสซีเมียเปิดให้บริการทุกวันอังคารและวันศุกร์ (3) พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพโดยการตรวจประเมินร่างกายตามมาตรฐานตรวจวินิจฉัยโดยกุมารแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาแนะนำและจัดการรายกรณี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (4) พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมี CPG การดูแลผู้ป่วย TDTการมี Standing order admitสามารถ Admit ไปพบกุมารแพทย์ที่ ward (5) พัฒนาระบบ Lab สนับสนุน โดยการกำหนดมาตรฐานการเจาะ Lab ในแต่ละ Visit และประจำปีที่ชัดเจน รวมทั้งการเจาะเลือดพี่น้องของผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียการประสานงานกับห้อง Lab ในการ Xmatch รวดเร็วขึ้น (6) พัฒนาระบบคัดกรองแบบ One stop service และ (7) ติดตามการรักษาต่อเนื่องโดยนัดพบกุมารแพทย์ และประสานทีมเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุน ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ

3. หลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service โดยใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จ 8 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำมีค่า Hb typing (<9.0%) ผลการดำเนินงานลดลงจาก 53.44% เป็น 18.12% percentage differences ลดลง 98.71%; ผู้ป่วยที่ได้ตรวจ SF(100.0%) เพิ่มขึ้น 67.45% เป็น 100.0% percentage differences เพิ่มขึ้น 38.88%; ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำ Hct <30% ลดลงจาก 26.0% เป็น 18.0% percentage differences ลดลง 36.63% และผู้ป่วยรายใหม่ที่ที่ได้รับการตรวจเพิ่มขึ้นจาก 3 คน (6.18%) เป็น 14 คน (23.72%) percentage differences

เพิ่มขึ้น 117.32% ตามลำดับดังแสดงในตาราง ที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการให้บริการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี ก่อนและหลังการพัฒนา

| ตัวชี้วัดความสำเร็จ (เป้าหมาย) | การพัฒนา | | % differences |
|---|---|---|---|
| | ก่อน(%) | หลัง(%) | |
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำมีค่า Hb typing (<9.0%) | 53.44 | 18.12 | -98.71 |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้ตรวจ SF(100.0%) | 67.45 | 100.0 | +38.88 |
| 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาขับเหล็กในผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกินSF>2,500(<20.0%) | 25.34 | 12.56 | -67.44 |
| 4. จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาขับเหล็ก (0%) | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับเลือดได้รับการตรวจเลือดตามมาตรฐานดังนี้ HIV HBSAS SGOTSGPT TB DB (100.0%) | 63.89 | 100.0 | +44.07 |
| 6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพี่น้องมารับการตรวจธาลัสซีเมียเพิ่มเติม (100.0%) | 54.78 | 100.0 | +58.43 |
| 7. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำ Hct <30% | 26.0 | 18.0 | -36.63 |
| 8. ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ | 3 คน (6.18%) | 14(23.72%) | +117.32 |

## วิจารณ์

1) จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของการวิจัยครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเลย การวิเคราะห์สถานการณ์การให้เลือดเด็กพบว่า การพยาบาลไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานการให้เลือดของโรงพยาบาล การปฏิบัติที่หลากหลายตามความรู้และบริบทของหน่วยงาน ระบบการเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมทั่วไป (Admitted) มีหลายขั้นตอนรวมทั้งข้อจำกัดด้านอัตรากำลังพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดล่าช้า และได้รับการเฝ้าระวังไม่ครอบคลุมเกณฑ์ จึงร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาแนวปฏิบัติและแผนลดระยะเวลารอคอย[8] และสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามลำดับทุกๆปี นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลวาปีปทุมมีการจัดระบบบริการให้แก่ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย โดยนัดผู้ป่วยรับบริการต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ในขณะที่มีขั้นตอนมากในการให้บริการ รวมทั้งยังขาดการประสานงาน และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และไม่มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรงในแต่ละฝ่าย ใช้การแก้ปัญหาโดยการประสานเป็นรายบุคคล[10]

2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปีเกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนันท์ ไพไทย,

พิชัย บุญมาศรี และระพีพรรณ นันทะนา[8] ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด โดยการดำเนินการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มพยาบาลผ่านการประชุมระดมสมอง นำเสนอผลลัพธ์เป็น 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 โดยการทบทวนอุบัติการณ์ย้อนหลัง 2 ปี พบว่า มีการให้เลือดผิดหมู่และผู้รับ 2 ครั้ง การเกิดอาการข้างเคียง 6 ครั้ง สาเหตุเนื่องจากการพยาบาลมีความแตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล ขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้เลือดที่ชัดเจนนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว วงรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินการในวงรอบที่ 1 ผลลัพธ์จากการพัฒนาทั้ง 2 วงรอบ ทำให้หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดอย่างชัดเจน คะแนนพฤติกรรมการพยาบาลในการให้เลือดครอบคลุมตามมาตรฐานมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการประเมินและบันทึกอาการผิดปกติตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่หรือผิดคนจะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดช่วยเพิ่มความครอบคลุมการดูแลตามมาตรฐาน และช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกับผู้ป่วย และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคามประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีคลินิกธาลัสซีเมียเฉพาะ 2) มีระบบคัดกรอง 3) มีแนวทางปฏิบัติ 4) ระบบประสานงาน 5) มีระบบ consult แม่ข่าย ลูกข่าย และ 6) มีการติดตามประเมินผล[10]

3) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี หลังการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำมีค่า Hb typing (<9.0%) ผลการดำเนินงานลดลงจาก 53.44% เป็น 18.12% Percentage differences ลดลง 98.71% ; ผู้ป่วยที่ได้ตรวจ SF (100.0%) เพิ่มขึ้น 67.45% เป็น 100.0% Percentage differences เพิ่มขึ้น 38.88% อธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพของงานและหน่วยงานเป็นหลักยึดในการปฏิบัติและตัดสินใจของพยาบาล ซึ่งกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นการช่วยเสริมพลังอำนาจของพยาบาล การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นเกิดการบริหารจัดการเวลา เนื่องจากมีขั้นตอนในการปรับกระบวนการมอบหมายงานและการนัดผู้ป่วย ช่วยให้ประหยัดเวลาและมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับหน่วยงานที่มีปัญหาเรื่องภาระงานมากข้างต้น สอดคล้องกับแนวทางการจัดการผู้ป่วยธาลัสซีเมียของกองทุนธาลัสซีเมียนานาชาติและการศึกษาของ Cozzola[11] ซึ่งพบว่าการรักษาระดับของ Hemoglobin สูงกว่า 9 gm/dl ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตยับยั้งการทำงานผิดปกติของไขกระดูก ลดการสะสมของธาตุเหล็ก; แนะนำว่าการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติให้สามารถประเมินอาการผิดปกติจากให้เลือดด้วยตนเอง การสังเกตประเมินอาการผิดปกติ 15 นาทีแรกหลังการให้เลือด การกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และจัดทำเอกสารสำหรับบันทึกติดตามช่วยลดจำนวนอาการผิดปกติจากการให้เลือดได้[12] และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียช่วยลดขั้นตอนบริการและเวลารอคอยได้[13] และพบผลเช่นเดียวกับภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือชนิดพึ่งพาเลือด พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับกรวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้นจาก 16 คน เป็น 30 คน ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเลือดเป็นประจำ มีค่า Hct <30 % เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 81.25 เป็นร้อยละ 86.66 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหาภาวะเหล็กเกินในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 18.75 เป็นร้อยละ 77.77 ผู้ป่วยได้รับยาขับเหล็กในผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกินทุกราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาขับเหล็ก ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดตามมาตรฐานทุกราย และมีสมาชิกในครอบครัวมารับบริการตรวจธาลัสซีเมียเพิ่มเติมสูงขึ้นจากร้อยละ 10.00 เป็นร้อยละ 66.66[10]

## ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กชนิดให้เลือดประจำแบบ One stop service ในโรงพยาบาลกุมภวาปี ผู้วิจัยไข้อเสนอแนะจากการวิจัยดังนี้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียชนิดต้องให้เลือดประจำเดือนละ 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง ส่งผลให้จำนวนเลือดไม่เพียงพอดังนั้น โรงพยาบาลต้องเพิ่มจำนวนเลือดให้เพียงพอต่อต่อความต้องการ

2. จากผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลส่งผลทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้บริการ ดังนั้นหน่วยงานต้องจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกลุ่มนี้ให้มีความมั่นใจก่อนที่จะให้ปฏิบัติงานจริงในตึกกุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานใหม่อย่างอต่อเนื่อง

3. ควรมีโครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้ดูแลโรคธาสัสซีเมียในเด็กชนิดต้องให้เลือดประจำแบบ One stop service โรงพยาบาลกุมภวาปีเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการตัดสินใจและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับเลือดเป็นมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาสัมพันธ์ให้ญาติผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียชนิดต้องให้เลือดประจำเห็นความสำคัญของการรับเลือดและร่วมบริจาคโลหิตเพื่อทดแทนเลือดในคลังเลือด

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
2. โรงพยาบาลกุมภวาปี. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ.2565. อุดรธานี. กลุ่มการพยาบาล; 2565.
3. Ashwill J W, Droske S C. Nursing Care of Children: Principles and Practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997.
4. Hockenberry M J, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children (10th ed.). St.Loius: Missouri; 2015.
5. Sanee A. Self-management program in chronic diseases. Journal of The Thai Army Nurses. 2014;15(2):129-34.
6. อรุณี เจตศรีสุภาพ. ธาลัสซีเมียแบบองค์รวม. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
7. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) การบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2557.
8. ปิยนันท์ ไพไทย, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นันทะนา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเลย.ชัยภูมิเวชสาร. 2563;40(1):34-43.
9. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press; 1990.
10. พนารัตน์ มัชปะโม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรงหรือชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(8):234-43.
11. Cazzola M, Stedano P D, Ponchio L, Locatelli F, Bequin Y, Dessi C, et al. Relationbetween transfusion regimen and suppression of erythropoiesis. Br J Heamatol, 1995;89(3):473-8.
12. Sahu S, Hemlata, Verma A. Adverse events related to blood transfusion. Indian J Anaesth. 2014;58(5):543-51.
13. นริศรา ศรีกุลวงศ์. การพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลวานรนิวาส [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566].

เข้าถึงได้จาก: https://www.hos.wanom.com/wp-content/uploads/2019/06/รวมเล่ม-งาน-R2R-โรงพยาบาลวานรนิวาส-ประจำปี-2558.pdf

# ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อทักษะความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพนทอง

# Effectiveness of Development Promotion and Positive Discipline Building Program base on Family Participation on Emotional Quotient and Behaviors of Parents in Preschool-age Children Phon Thong Health Networking

**ยุพิน นุชิต***

**Yupin Nuchit**

Corresponding author: E-mail: nuchit34507@gmail.com

(Received: January 24, 2024; Revised: January 31, 2024; Accepted: March 1, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ปกครอง และเพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลโพนทอง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research ; One group Pretest-Posttest Group)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 85 คู่ ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายโดยการจัดฉลากแบบไม่คืน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ร้อยละและสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

**ผลการวิจัย :** หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมากกว่า 1.90 คะแนน (95%CI: 1.67, 2.12); กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี โดยรวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี โดยรวมมากกว่า 1.34 คะแนน (95%CI: 1.24, 1.43)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ ดังนั้นจึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาให้บิดา มารดาและผู้ดูแลเด็กมีความสามารถในการติดตามประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** สร้างวินัยเชิงบวก; การมีส่วนร่วมของครอบครัว; ความฉลาดทางอารมณ์; ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

## Abstract

**Purposes :** To compare a behavior of parents and compare early childhood development in Phon Thong Hospital**.**

**Study design :** Quasi experimental research ; one group Pretest-Posttest Group.

**Materials and Methods :** 85 of pairs of parents the sample and children aged 3-5 years who had suspected developmental delays in at least one area when evaluated using the DSPM manual, obtained by simple random sampling with nonreturn labeling. Data were collected using questionnaires and assessments. Data were analyzed using frequencies, percentages and Paired t-test statistics. Statistical significance was set at 95% confidence interval. Statistical significance was set at 95% confidence interval**.**

**Main findings :** After participating in program, it was found that sample group had a significantly higher mean emotional intelligence than before participating in program (p<.001), with an average overall emotional intelligence of more than 1.90 points. (95%CI:1.67, 2.12) ;The sample group's overall mean skills in raising early childhood children aged 3-5 years were significantly higher than before joining the program (p<.001) with a value mean overall early childhood raising skills for children aged 3-5 years was more than 1.34 points (95%CI: 1.24, 1.43).

**Conclusion and recommendations :** The results of this research show that developed program can promote early childhood development. Therefore, it can be used as a guideline for the development of fathers. Mothers and caregivers are better able to monitor, evaluate and promote child development.

**Keywords :** Positive Discipline Building; Family Participation; Motional Quotient; Behaviors of Parents.

*Registered Nurse, Professional Level Phon thong Hospital

## บทนำ

ปฐมวัยถือเป็นช่วงเวลาที่เป็นรากฐานของการพัฒนาและเติบโตที่สำคัญที่สุดในชีวิตในช่วงเวลาแรกเกิด 5 ปี เด็กจะมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งทางสมองทักษะทางสังคม อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ดังนั้น การพัฒนา และการลงทุนในเด็กปฐมวัย จึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ ของครอบครัวและประเทศชาติที่จะมีผลครอบคลุมทุกมิติของชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ เพิ่มสมรรถนะในการเรียนรู้และการทำงานสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคลและสังคม เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ลดปัญหาสังคมและอาชญากรรม[1] สำหรับประเทศไทย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเด็กปฐมวัยคือ เน้นการพัฒนาให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีทักษะทางสมอง ทักษะการเรียนรู้ ทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม เพื่อเติบโตอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับนโยบายกรมสุขภาพจิตที่กำหนดวิสัยทัศน์ „คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดีและมีความสุขอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” ใน Mental Health in Thailand 4.0 โดยมีเป้าหมายหนึ่ง คือ การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยร้อยละ 85.0 หรือมากกว่าให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (EQ Normal ≥85%) ในปี พ.ศ. 2579

ช่วงปฐมวัยมีความสำคัญของชีวิตมนุษย์ เพราะการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ เป็นพื้นฐานสำคัญที่มีผลต่อการเรียนรู้พฤติกรรมและภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการเจริญเติบโต และพัฒนาของสมอง ซึ่งเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาโครงสร้างและการทำงานของสมองตลอดชีวิต พัฒนาการเด็กปฐมวัยนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีลำดับขั้นตอนต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 6 ปี โดยจะเกิดขึ้นควบคู่กันไปตามเกณฑ์อายุและวัยของเด็ก และต้องอาศัยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการ เรียนรู้การอบรมสั่งสอน การเลี้ยงดู จนส่งผลให้เด็กมีความสามารถและพฤติกรรมที่แตกต่างกันและเป็นไปตามศักยภาพของตน[2] หากการเลี้ยงดูและตอบสนองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และสติปัญญาที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ไม่สมวัย ขาดทักษะในการเรียนรู้และการปรับตัวใน สังคม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าและมั่นคง[2] เช่นเดียวกับสถานการณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 พบว่าพบว่า เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.8, 92.8 และ 93.4 ตามลำดับ เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 96.2 ,94.5 และ 94.8 ตามลำดับค้นพบเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 38.8, 38.9 และ 36.6 ตามลำดับ เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ร้อยละ 97.0, 96.2 และ 96.7 ตามลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ร้อยละ 96.16,96.90 และ 95.44% ตามลำดับ พบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 43.35, 43.70 และ 38.65 ตามลำดับ ในทำนองเดียวกับอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า จากการประเมินผลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน (0-5 ปี) เขตอำเภอโพนทอง ปี พ.ศ.2565 ด้วยคู่มือ DSPM จากเด็กทั้งหมด 3,445 คน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 3,206 คน คิดเป็น 93.06% พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 973 คน คิดเป็น 30.35% เด็กที่พบว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นติดตาม 955 คน คิดเป็น 98.25% มีพัฒนาการล่าช้า18 คนได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA 4I 17 คน คิดเป็น 94.44%[3]

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในปัจจุบันยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[4] พบว่าเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติประมาณร้อยละ 15-20 สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย และมีแนวโน้มไม่คงที่ มากถึงร้อยละ 27.70 และจากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ. 2561 พบว่า เด็กไทยที่พัฒนาการสมวัยทุกด้านมีเพียงร้อยละ 67.50 นอกจากนี้ยังพบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยของไทยเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยโดยมีแนวโน้มลดลงและมีอัตราต่ำกว่าสถิติของ WH0 ที่สำรวจเด็กปฐมวัยทั่วโลกแล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 80-85[5] การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนา

ประเทศ ด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ โดยการส่งเสริมเด็กปฐมวัยได้พัฒนาทักษะทางสมอง และสังคมอย่างเหมาะสม[6] การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงปฐมวัยจะเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับพัฒนาการในช่วงวัยเรียน และวัยรุ่นตอนต้น เพราะจะเป็นการพัฒนาความคิดวิเคราะห์ การฝึกระเบียบวินัย การควบคุมสิ่งรบกวนและการจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่เป็นสิ่งสำคัญในวัยผู้ใหญ่ ทักษะความสามารถที่พัฒนาจากสมรรถนะขั้นพื้นฐานในวัยเด็กนี้จะคงอยู่ไปตลอดช่วงชีวิต บทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์และเสนอแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบ ติดตาม และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้

ปัญหาด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในแทบทุกประเทศ แม้จะมีโครงการส่งเสริมพัฒนาการที่หลากหลายแต่ผลลัพธ์ที่ได้กลับยังไม่น่าพอใจ ปัญหาและอุปสรรคที่พบทั่วโลก คือปัญหาด้านการสื่อสารหรือขาดระบบการส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการทำงานแบบแยกส่วนทำให้โครงการและระบบต่างๆ ที่จัดให้ขังไม่มีการส่งต่อหรือแบ่งปันข้อมูลกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการไม่สามารถข้าถึงโครงสร้างพื้นฐาน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนและการบริการที่จัดให้ไม่ตรงต่อความต้องการของครอบครัว เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยพบอุปสรรค คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยพร่องความรู้ความเข้าใจ และทักษะความชำนาญในการประเมินพัฒนาการ อุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการไม่เพียงพอ การประสานความร่วมมือและการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน และกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย การกำกับ ติดตาม และการสนับสนุนระดับอำเภอและระดับจังหวัดยังไม่เป็นระบบ[7] จากสถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดังกล่าว จึงควรมีแนวทางการแก้ไข เพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3- 5 ปี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อทักษะความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพนทอง เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กให้เกิดความรอบรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามช่วงวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพัฒนาการ โภชนาการ และทันตสุขภาพ ให้สามารถเฝ้าระวัง กระตุ้น และส่งเสริมแก้ไขปัญหาต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัย และเพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลโพนทอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (One group Pretest-Posttest Group) ดำเนินการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรในการวิจัยเป็นผู้ปกครอง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-5 ปีบริบูรณ์ เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 85 คู่ ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 13 แห่ง

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-5 ปีบริบูรณ์ เพศชายหรือเพศหญิงที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 85 คู่ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายศูนย์เด็กเล็กในเขตรับผิดชอบของ

โรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 15 แห่ง หลังจากนั้นจึงสุ่มผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ 85 คู่ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืน

**คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)** ดังนี้ 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) ผู้ปกครองและเด็กสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ผู้ปกครองและเด็กยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมตลอดจนสิ้นสุดกิจกรรม 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอโพนทองต่อเนื่องตลอดระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรมกำหนดขึ้น และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**คุณสมบัติของการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้** 1) เด็กไม่มีปัญหาพัฒนาการอันเนื่องมาจากปัจจัยที่ตัวเด็กเอง เช่น เด็กกลุ่มอาการออทิซึม เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการได้ยินผิดปกติ และ 2) เด็กที่ยังมีปัญหาพัฒนาการแม้จะได้รับการกระตุ้นด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I แล้วก็ตาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P) ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[8] โดยมีกำหนดการดำเนินกิจกรรมกลุ่มร่วมกันทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง จัด 1 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยเครื่องมือย่อย ได้แก่ แผนการสอน สื่อการสอน และชุดอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม

**2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศของเด็ก อายุเด็ก อายุผู้ปกครอง ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และผู้ดูแลหลักของเด็ก มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด

2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี เป็นแบบสอบถามของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง และเป็นประจำ แบ่งเกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ปกติ และสูงกว่าปกติ

| องค์ประกอบ | คะแนนเทียบกับเกณฑ์ปกติ | | |
|---|---|---|---|
| | ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ | ปกติ | สูงกว่าปกติ |
| ด้านดี (เต็ม 20 คะแนน) | 1-10 | 11-17 | 18-20 |
| ด้านเก่ง (เต็ม 20 คะแนน) | 1-12 | 13-18 | 19-20 |
| ด้านสุข (เต็ม 20 คะแนน) | 1-12 | 13-18 | 19-20 |
| ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) (เต็ม 60 คะแนน) | 1-37 | 38-52 | 53-60 |

3) แบบประเมินของพฤติกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติ เป็นแบบสอบถามของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น มีคำถามทั้งหมด 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน ใช้ประเมินพฤติกรรมเด็กที่รู้จักและคุ้นเคย แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ประคับประคองจิตใจ จำนวน 8 ข้อ การสร้างวินัยเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 7 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย**

1. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P) ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก 1 ท่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

2. แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple P) ตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหา จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในส่วนของของพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

**ขั้นที่ 1** การเตรียมความพร้อม จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามโปรแกรม โดยขอความร่วมมือกับภาคส่วน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คัดกรองการกระตุ้นส่งเสริมและตรวจติดตามพัฒนาการเด็ก) อสม. (กระตุ้นและสนับสนุนผู้ปกครองในการมีกิจกรรมกับเด็กในชุมชน) ครูผู้ดูแล (เตรียม สถานที่และประสานงานกับผู้ปกครองและเด็กเพื่อให้มาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือลานเล่นของชุนชมการตอบแบบสอบถามและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน) จากนั้นให้ทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลโพนทองประเมินพัฒนาการเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง โดยใช้คู่มือ DSPM โดยคัดเลือกเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตาม Inclusion Criteria กับ Exclusion Criteria

**ขั้นที่ 2** อบรมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (ครู ก) การจัดกระบวนการเรียนรู้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกในพื้นที่เป้าหมาย ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย อสม.เชี่ยวชาญ สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวม 15 ตำบลๆ ละ 2 คน รวม 30 คน

**ขั้นที่ 3** ประชาคมและจัดทำข้อตกลงในตำบล/หมู่บ้านเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และชุมชนในการการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก รวมทั้งการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ และครู ก

**ขั้นที่ 4** ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวจัดกระบวนการเรียนรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือลานเล่นในหมู่บ้านตามบริบทและความพร้อมของสถานที่ โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การสร้างสายใยรักการสร้างวินัยเชิงบวก การสร้างเด็กเก่ง 1 และการสร้างเด็กเก่ง 2 จัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสลับกับการพัฒนา EF ด้วยการเล่นเกมล้อมรักไปจนครบ 8 สัปดาห์ จัดเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการเก็บรวมรวมข้อมูลแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยและคณะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างก่อนจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือให้ข้อมูลตามความเป็นจริง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ 3-5 ปี และแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเป็นประจำห้องผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายวิธีการประเมินและแปลผลให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กก่อนดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และ หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง

ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก และพัฒนาการระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสิ้นสุดโปรแกรมด้วยสถิติที (Paired t-test)

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1172565

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.70%) อายุเด็กเฉลี่ย 3 ปี (SD.=0.88) อายุผู้ปกครองเฉลี่ย 42 ปี (SD.= 14.39) สถานภาพสมรสคู่ (75.30%) จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นมัธยมศึกษา (55.30%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (42.40%) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (52.90%) และผู้ดูแลหลักของเด็กเป็นพ่อ/แม่ (54.10%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

| ลักษณะทางประชากร | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **เพศของเด็ก** | ชาย | 55(64.70) |
| | หญิง | 30(35.30) |
| **อายุเด็ก** | Mean(SD.) | 3.36(0.88) |
| | Min(Max) | 1.00(5.00)0 |
| **อายุผู้ปกครอง** | Mean(SD.) | 41.60(14.39) |
| | Min(Max) | 20.00(67.00) |
| **สถานภาพสมรส** | คู่ | 64(75.30) |
| | หม้าย/หย่าร้าง/แยก | 21(24.70) |
| **ระดับการศึกษาสูงสุด** | ประถมศึกษา | 29(34.10) |
| | มัธยมศึกษา | 47(55.30) |
| | อนุปริญญา | 4(4.70) |
| | ปริญญาตรี | 5(5.90) |
| **อาชีพปัจจุบัน** | เกษตรกร | 36(42.40) |
| | ค้าขาย | 14(16.50) |
| | ไม่ได้ประกอบาชีพ | 5(5.90) |
| | รับจ้าง | 25(29.40) |
| | แม่บ้าน | 5(5.900) |
| **ลักษณะครอบครัว** | ครอบครัวเดี่ยว | 45(52.90) |
| | ครอบครัวขยาย | 40(47.10) |
| **ผู้ดูแลหลักของเด็ก** | พ่อ/แม่ | 46(54.10) |
| | ตา/ยาย/ปู่/ย่า | 37(43.50) |
| | ลุง/ป้า | 2(2.40) |

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

2.1 หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมากกว่า 1.90 คะแนน (95%CI: 1.67, 2.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านการสร้างเด็กดีมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านการสร้างเด็กดีมากกว่า 1.90 คะแนน (95%: 1.67, 2.12); กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านการสร้างเด็กเก่งมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านการสร้างเด็กดีมากกว่า 1.80 คะแนน (95%: 1.58, 2.02) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านการสร้างเด็กมีความสุขมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านการสร้างเด็กมีความสุขมากกว่า 1.82 คะแนน (95%: 1.59, 2.04) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=85)

| ตัวแปร | | n | Mean(SD.) | Mean diff.(SE) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **การสร้างเด็กดี** | | | | | | |
| | ก่อนทดลอง | 85 | 1.59(0.78) | 1.90(0.11) | 1.67, 2.12 | <.001 |
| | หลังทดลอง | 85 | 3.49(0.62) | | | |
| **การสร้างเด็กเก่ง** | | | | | | |
| | ก่อนทดลอง | 85 | 1.63(0.74) | 1.80(0.11) | 1.58, 2.02 | <.001 |
| | หลังทดลอง | 85 | 3.44(0.61) | | | |
| **การสร้างเด็กมีความสุข** | | | | | | |
| | ก่อนทดลอง | 85 | 1.62(0.74) | 1.82(0.11) | 1.59, 2.04 | <.001 |
| | หลังทดลอง | 85 | 3.45(0.74) | | | |
| **เฉลี่ยโดยรวม** | | | | | | |
| | ก่อนทดลอง | 85 | 1.62(0.62) | 1.84(0.09) | 1.65, 2.04 | <.001 |
| | หลังทดลอง | 85 | 3.46(0.59) | | | |

2.2 หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี โดยรวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปีโดยรวมมากกว่า 1.34 คะแนน (95%CI: 1.24, 1.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี ด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และประคับประคองจิตใจมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี ด้านการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และประคับประคองจิตใจมากกว่า 1.88 คะแนน (95%:1.69, 2.07); กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี ด้านการสร้างวินัยเชิงบวกมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี ด้านการสร้างวินัยเชิงบวกมากกว่า 2.12 คะแนน (95%:1.94, 2.30) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากกว่า 2.13 คะแนน (95%:1.94, 2.30) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=85)

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean diff.(SE) | 95%CI | P |
|---|---|---|---|---|---|
| **การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และประคับประคองจิตใจ** | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 85 | 1.61(0.62) | 1.88(0.01) | 1.69, 2.07 | <.001 |
| หลังทดลอง | 85 | 3.50(0.67) | | | |
| **การสร้างวินัยเชิงบวก** | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 85 | 1.43(0.53) | 2.12(0.09) | 1.94, 2.30 | <.001 |
| หลังทดลอง | 85 | 3.56(0.56) | | | |
| **การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก** | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 85 | 1.48(0.53) | 2.13(0.09) | 1.94, 2.30 | <.001 |
| หลังทดลอง | 85 | 3.61(0.61) | | | |
| **เฉลี่ยโดยรวม** | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 85 | 1.51(0.43) | 1.34(0.05) | 1.24, 1.43 | <.001 |
| หลังทดลอง | 85 | 2.84(0.38) | | | |

## วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ โดยรวมมากกว่า 1.90 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลอง ระยะติดตามผลเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองแตกต่างกัน แต่ในระยะติดตามผลพบว่า ไม่แตกต่างกัน กิจกรรมในโปรแกรมเป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างและพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10 ไม่พบความแตกต่างในระยะติดตามผล เนื่องจากโปรแกรมดำเนินการระยะเวลาสั้น ๆ เพียง 6 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอที่ทำให้คะแนนความฉลาดทางอารมณ์คงอยู่ จึงควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ความฉลาดทางอารมณ์ถูกกระตุ้นและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เป็นการเฝ้าระวัง การมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำในเด็กอย่างต่อเนื่อง[9]; เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางด้านอารมณ์สูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม[10]; หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการทำงานของสมองด้านการจัดการสูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการทำงานของสมองด้านการจัดการแตกต่าง และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการทำงานของสมองด้านการ จัดการสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับระยะติดตามผลการทดลอง[11]

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี โดยรวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเด็กอายุ 3-5 ปี โดยรวมมากกว่า 1.34 คะแนน สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้บิดามารดาและผู้ดูแลเด็กมีความสามารถในการติดตามประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ดีขึ้น[12]; ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม เด็กมีพัฒนาการโดยรวมพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้านพบว่าส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหวซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม และเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม (สราญ)[10]; ผู้ปกครองมีความรู้ และทักษะสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเพิ่มขึ้น เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการใช้กิจกรรม[13]

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้** (1) การดำเนินตามโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อทักษะความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพนทองการปฏิบัติตามกิจกรรมไม่ครบตามข้อกำหนดของโปรแกรมเนื่องจากเด็กบางคนการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) อันเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นนาน หายช้า หายยาก ไม่หาย และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนง่าย ประมาณ 1 ใน 4 ถึง 2 ใน 3 ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาการเรียนร่วมด้วย จากหลาย ๆ ปัจจัย บางโรคมีผลกระทบต่อสมองโดยตรง เช่น โรคลมชัก หรือมีความพิการของสมอง เป็นต้นทำให้มีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ หรือความเจ็บปวดที่ได้รับจากโรคอาจรบกวนสมาธิในการเรียน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคฮีโมฟีเลีย มีเลือดออกในข้อบ่อย ๆ จะจำกัดการเคลื่อนไหวและมีความเจ็บปวดทรมานขณะเคลื่อนไหว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้

ไม่สนใจเรียนรู้ ส่งผลให้ความคาดหวังของครูและผู้ปกครองลดลง ยาบางชนิดที่ใช้ เช่นยากันชัก ยาลดน้ำมูก อาจทำให้เซื่องซึมหรือง่วงนอน ยากันชักบางตัว (เช่น ฟิโนบาร์บิทาล) อาจทำให้สมาธิสั้น จนอยู่ไม่นิ่ง หรือยาบางตัวอาจทำให้อ่อนเพลีย (เช่น ยาเคมีบำบัดรักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น) และ (2) เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวกเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแต่อย่างไรก็ตามเด็กยังคงมีความแตกต่างระหว่างบุคคล การเลือกใช้เทคนิคกับเด็กเป็นสิ่งที่ผู้ปกครองต้องประเมินให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจะนำผลการวิจัยไปอ้างอิงหรือนำไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงถึงพัฒนาการรวมไปถึงบุคลิกลักษณะนิสัย หรือข้อจำกัดอื่นๆ ของเด็กเพื่อให้การเรียนการสอนเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวเด็กเอง การใช้เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวกนั้นเป็นเทคนิคที่ค่อนข้างยืดหยุ่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของครอบครัว สังคมการทำงาน หรือในบริบทอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการทำงานของสมองด้านการจัดการด้านทักษะระบบการยับยั้ง

**ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป** (1) ควรพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านออนไลน์ (Home-based online program) ด้วยการมีระบบให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลหลัก และติดตามความสม่ำเสมอของการกระตุ้นพัฒนาการ และ (2) ควรจัดฝึกอบรมเพื่อทบทวนและฝึกทักษะแก่พยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะทักษะที่ไม่มั่นใจและมีการสอบทบทวนพยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นระยะอีกทั้งการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดความตระหนักและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กให้สามารถทำ Home program แก่เด็กได้อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ

## เอกสารอ้างอิง

1. Heckman J, Pinto R, Savelyev P. Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. American Economic Review; 2013;103(6):2052-86.
2. ฐิติมา ชูใหม่. การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2559;1(2):18-33.
3. โรงพยาบาลโพนทอง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. กลุ่มงานยุทธศาสตร์; 2565.
4. World Health Organization. Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early identification, Assessment and Intervention in Low- and Middle Income Countries: a Review. Child and Adolescent Health and Development. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
5. กรมอนามัย. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
6. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับย่อ). กรุงเทพฯ; 2560.
7. วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข, วิโรจน์ เชมรัมย์. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561;13(1);208-19.
8. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม. เชียงใหม่: บริษัท สยามพิมพ์นานา จำกัด; 2563.
9. ชนาธิป กุลจิรากูล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
10. สราญจิต อินศร์, ยศสยา อ่อนคำ, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 5 ปี จังหวัดมหาสารคาม.

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):143-60.

11. ชุมศิริ ตันติธารา. ผลการใช้โปรแกรมการสร้างวินัยเชิงบวกที่มีต่อการทำงานของสมองด้านการจัดการของเด็กปฐมวัย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
12. มาลี เอื้ออำนวย, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาล, พรรณนิภา บุญกล้า, ศศิธร คำมี, กรชนก หน้าขาว. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาย และสุขภาพ สสอท. 2564;3(1):48-63.
13. จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ, วิชาภรณ์ คันทะมูล, ระบอบ เนตรทิพย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2562;6(1):70-85.

# ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลโพนทอง

# Effects of Diabetes Mellitus Patients with Hyperglycemia Care Program by Home Ward, Phon thong Hospital

**อัญชลี ชีวะประเสริฐ* จุฑารัตน์ เข็มจริยา****
**Anchalee Cheewaprasert, Jutharat Khemjariya**
Corresponding author: E-mail: anchalee1971@hotmail.com
(Received: January 25, 2024; Revised: February 1, 2024; Accepted: March 2, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood sugar; FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามแนวทางการดูแลในที่บ้านโรงพยาบาลโพนทอง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research; pretest-posttest two groups design)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มๆ ละ 35 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบประเมิน และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

**ผลการวิจัย :** หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.71 คะแนน (95%CI; 1.85, 3.57); คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากว่า 2.69 คะแนน (95%CI: 2.43, 2.94) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 85.88% (95%CI; 49.20, 122.56)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีความรู้ พฤติกรรมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

**คำสำคัญ :** การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน; ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง; การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

## Abstract

**Purposes :** To compare knowledge, self-care behavior, and blood sugar (Fasting Blood sugar; FBS) on diabetes mellitus patients with Hyperglycemia Care Program by Home Ward, Phon thong Hospital.

**Study design :** Quasi-experimental research; pretest-posttest two groups design.

**Materials and Methods :** Total of 70 samples were consisted of diabetic mellitus patients with hyperglycemia who met the inclusion and exclusion criteria, divided into an experimental group and a control group, 35 of participants in each group. We were conducted from August to December 2023. Data were collected using tests, assessments, and recordings. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-test, statistical significance was set at 95% confidence interval.

**Main findings :** After intervention, it was found that diabetic mellitus patients with hyperglycemia in experimental group had a higher average score of knowledge about self-care than before the experiment ($p<.001$), with an mean score of 2.71 higher (95%CI; 1.85,3.57); self-care behavior score were higher than before the experiment ($p<.001$), with an mean scores of more than 2.69 (95%CI;2.43,2.94), and the mean fasting blood sugar level was lower than the control group ($p<.001$), with the mean being less than 85.88mg% (95%CI; 49.20, 122.56).

**Conclusion and recommendations :** The results of this research show guidelines for caring for inpatients at home to provide knowledge to patients with hyperglycemia, behavior and being able to control blood sugar levels.

**Keywords :** Diabetes Mellitus Patients Care; Hyperglycemia; Home Ward.

*,** Registered Nurse, Professional Level Phon thong Hospital

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation) พบว่า ในปี พ.ศ.2550 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 246 ล้านคน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงถึง 380 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเบาหวานมีค่าสูงโดยคิดเป็น 10% ของค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพทั่วโลกโดยค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็นค่าใช้จ่ายสำคัญที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับในประเทศไทยจากโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2552[1] พบว่าความชุกของโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 6.9 โดยประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปจำนวนประมาณ 3.46 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน ทั้งนี้ในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และชนิดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 95.0 และร้อยละ 5.0 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ตามลำดับ เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุกๆ 5 วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง[2] ฯลฯ

ในทำนองเดียวกันสถานการณ์โรคเบาหวานอำเภอโพนทองจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 จำแนกเป็นรายปีพบว่า มีจำนวน 5,878 5,557 5,631 6,693 และ 7,340 ตามลำดับ จำแนกเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำแนกเป็นรายปี จำนวน 2,997 2,770 2,068 2,631 และ 4,829 ตามลำดับมีภาวะแทรกซ้อน จำแนกเป็นรายปี จำนวน 131, 122, 120, 104, 164 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ส่งผลให้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562-2565 จำแนกเป็นรายปี จำนวน 17, 15, 35 และ 56 รายตามลำดับ[3]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2[4] โดยพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด (Intensive glucose monitoring จะช่วยชะลอและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่หลอดเลือดขนาดเล็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) พบว่า การลดลงของระดับ HbA1c 1.0% สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็กได้ร้อยละ 37.0 ลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดได้ร้อยละ 14.0 และลดอัตราการตายที่เกิดจากเบาหวานได้ร้อยละ 21.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกทั้งผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ของ The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT)[5] พบว่าการควบคุมน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดชะลอการเกิดและความก้าวหน้าของ Retinopathy, Nephropathy และ Neuropathy ได้ประมาณ 35.0% ถึงมากกว่า 70.0%

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และการเฝ้าติดตามดูตนเอง ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งสิ้น ปัจจุบันมีเครื่องมือช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตัวเอง ได้แก่เครื่องมือตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring blood glucose; SMBG) และ

เครื่องมือตรวจสอบระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง (Continuous glucose monitoring system; CGMS) ทั้งนี้การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถทราบปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลและการดูแลตัวเองทั้งในเรื่องของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายรวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนขนาดยาได้อย่างเหมาะสมและยังพบว่าทั้ง SMBG และ CGMS นั้นสามารถช่วยในการลดภาวการณ์มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้อีกด้วย[6]

การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(Patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (Care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษาให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และลดอัตราการครองเตียง ลดความความแออัด ทั้งนี้มีรูปแบบการให้บริการเป็นแบบ Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital care in hospital) ก่อน แล้วแพทย์ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (Hospital care at home) โดยโรงพยาบาลเดิมดูแล แบบ Refer Back เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ 1 ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่ 2 ดูแลแล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ และแบบ Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน หลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ หรือแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิไปตรวจผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง[7]

การดูแลแบบ Home ward care เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจาก Disease focus เป็น Holistic patient and family focus ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงในแง่มุมด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัวและโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้โอกาสการเข้าถึงครอบครัวผู้ป่วยในการเน้นย้ำให้เกิดทักษะความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว การเสริมพลังให้เกิดการพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพได้ในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้การพิจารณาเลือกให้ดูแลแบบ Home ward ดังกล่าว ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้การดูแลต่อเนื่อง โดยต้องได้รับการสนับสนุน จัดหาวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอและเหมาะสม มีความพร้อมในการประสานงาน การติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่สำคัญควรมีการประสานงานเพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน ประเมินความสามารถและความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัวด้วยเสมอ ก่อนดำเนินการไปสู่กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย[8]

ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward care) ของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดจัดได้ว่าเป็นนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลัก ซึ่งหมายถึงระบบบริการแบบใหม่ซึ่งไม่ปรากฏว่ามีอยู่เดิม ในการบริการสุขภาพที่ดำเนินการของโรงพยาบาล หรือได้พัฒนาให้สิ่งที่มีอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างชัดเจน และมีการนำมาใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง กว้างขวางและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลโพนทอง เป็นการพัฒนาเพื่อปรับระบบบริการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นระบบที่ถูกพัฒนาขึ้นจากกระบวนการทำงานของโรงพยาบาล ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพนทองเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สร้างเสริมศักยภาพของบุคคลครอบครัว และชุมชน ให้สามารถมีทักษะในดูแลตนเองได้อย่างมีศักยภาพ ด้วยการทำงาน

แบบมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลหอผู้ป่วยในพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ดำเนินการหลัก รับผิดชอบดำเนินการกำกับติดตามประเมินผลและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชน เป็นการบริหารจัดการที่สอดคล้องต่อนโยบายของหน่วยงานและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน[3]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ในโรงพยาบาลโพนทอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะ หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นการเสริมพลังให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood sugar; FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามแนวทางการดูแลในที่บ้านในโรงพยาบาลโพนทอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัด 2 ครั้งทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (Pretest-posttest two groups design) ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้าเพื่อรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่ผู้วิจัยกำหนด

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้าเพื่อรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร >300 มก/ดล. หรือ HbA1C> 11% (2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ DKA และ HHS หรือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ DKA และ HHS ได้รับการจัดการเรียบร้อยแล้วใช้ (3) ยาฉีด Insulin (4) มีอุปกรณ์ตรวจน้ำตาล (Glucometer) แถบตรวจน้ำตาลในการติดตามที่บ้าน (5) มีช่องทางสื่อสารในการรายงานค่าระดับน้ำตาลในเลือดและการแก้ไขปัญหาตลอด 24 ชั่วโมง (6) ผู้ป่วยและญาติได้รับการสอนการเจาะเลือดตรวจน้ำตาลและวิธีการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง (7) มีการติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 2-4 ครั้งต่อวัน (8) ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน และการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายที่เหมาะสม และคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)คือ (1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้ง (2) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานขณะเข้าร่วมวิจัย เช่น ไตวาย (CKD ระยะที่ 4-5) โรคหัวใจล้มเหลว (ระดับที่ 3-4) ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ BP > 180/1 10 mmHg (Severe hypertension)

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)** การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ อำนาจการทดสอบสำหรับสถิติทดสอบที่ของโพลิทและฮังเลอร์[9] โดยกำหนดความมีนัยสำคัญ (Alpha) ที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.8 และขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง(Effect size) เท่ากับ 0.70 โดยการกำหนดตามงานวิจัยในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษานี้ คือ การศึกษาของรสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล[10] เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ที่มี

รูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองเหมือนกันได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 32 คน แต่ผู้วิจัยได้มีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยขณะดำเนินการวิจัย โดยเพิ่มร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างเดิม ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 35 ราย

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน (Homogenous senecios) ในด้านอายุที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 ราย เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลในการทดลอง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์ดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward Center) โรงพยาบาลโพนทอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมโรคเบาหวานและโรคร่วมที่คล้ายคลึงกัน มีการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ 1) เลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward Center) จำนวน 15 ราย 2) เลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 3) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และ 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าแต่ละกลุ่มโดยการจับคู่ให้มีความใกล้เคียงกันจนครบกลุ่มละ 35 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของไฟเฟอร์แปลเป็นภาษาไทยโดย ประคอง อินทรสมบัติเพื่อใช้ประเมินการรู้คิด ทดสอบความจำในระยะยาว ความสนใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน ความสามารถด้านคำนวณประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ทดสอบในเรื่องการคำนวณความจำระยะสั้นความจำในอดีต การรับรู้สิ่งแวดล้อม การรับรู้ต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน และการระลึกได้คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 10 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนน 8-10 คะแนนหมายถึงมีการรู้คิดปกติและเป็นผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน ที่ได้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและคณะประกอบด้วยการสอนรายบุคคลร่วมกับการฝึกทักษะและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยเป็นผู้เลือกลำดับการเรียนรู้ตามปัญหาที่ตนเองตระหนัก และความสนใจจนครบทุกหัวข้อ โปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 ส่งเสริมการรู้จักตนเองและสร้างแรงจูงใจระยะที่ 2 พัฒนาทักษะการดูแลและระยะที่ 3 สนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

**ระยะที่ 1** ส่งเสริมการรู้จักตนเองและสร้างแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพประเมินการการรับรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักถึงปัญหาและภาวะสุขภาพในปัจจุบันรวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการตัดสินใจเพื่อดูแลตนเองประเมินความพร้อมความต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะเวลา 30 นาที

**ระยะที่ 2** พัฒนาทักษะการดูแล (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเองการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนการรักษาและฝึกทักษะการดูแลตนเองตามหัวข้อที่ผู้ป่วยสนใจเลือกเรียนจนครบทั้ง 7 หัวข้อ ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การเพิ่มการเคลื่อนไหว และออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การวัด และแปลผลระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อน การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การจัดการด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม การลดปัจจัยเสี่ยงของเบาหวาน รวมระยะเวลา 3 ชั่วโมง 45 นาที

**ระยะที่ 3** สนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 3-12) กิจกรรมประกอบด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 15 นาที จำนวน 5 ครั้ง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ ประเมินผลเป้าหมาย และระหว่างโปรแกรมผู้ป่วยสามารถใช้ช่องทางการติดต่อ Line group ด้วยการโทรศัพท์ การใช้แอพลิเคชั่นไลน์ นอกจากนี้กรณีฉุกเฉินผู้ป่วยสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือทางช่องทางด่วน โดยติดต่อ Line group ตลอดเวลาในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรม โปรแกรมได้รับการพิจารณาเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากสหสาขาวิชาชีพ 3 ท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแพทย์เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลระบบ เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมโดยมีคุณสมบัติดังนี้คือ มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผ่านการอบรมเข้าใจและสามารถปฏิบัติโดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจได้เป็นอย่างดี มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสามารถด้านการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี

2.3 สื่อภาพพลิกประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวานและการดูแลตนเอง จากสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย 2566 ลักษณะสื่อเป็นภาพการ์ตูน เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การออกฤทธิ์ของอินซูลินชนิดของเบาหวาน การรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเป้าหมายของการรักษาเบาหวาน

2.4 คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้โรคเบาหวานหลักการและเป้าหมายการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคเบาหวาน การตรวจน้ำตาลในเลือด หลักการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเบาหวานกับการไปงานเลี้ยงและการเดินทาง ภาวะไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูงในผู้เป็นเบาหวาน แจกให้ผู้ป่วยไว้สำหรับศึกษาด้วยตนเอง

2.5 สมุดบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยจัดทำเป็นรูปเล่มขนาดพกพาประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วย ชื่อแพทย์และพยาบาลที่ดูแล เป้าหมายของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ตารางบันทึกชนิดและขนาดของยาเบาหวานที่ใช้ ช่วงเวลาและค่าน้ำตาลปลายนิ้วที่เจาะได้วิธีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.6 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจเลือดรุ่น Accu-Check Performa ซึ่งตรวจโดยใช้ระบบ Electrochemical technology และใช้เอนไซม์ Glucose oxidase โดยตรวจจากเส้นเลือดฝอยค่าน้ำตาลอ่านผลจากพลาสมา ช่วงระดับน้ำตาลที่สามารถอ่านค่าได้ 10-600 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผลการตรวจตามมาตรฐาน ENISO15197 และได้รับการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากบริษัทผู้ผลิต โดยมีความแม่นยำในการประเมินระดับน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 95 ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน ความถี่ของการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วขึ้นกับแผนการรักษา การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ของค่าระดับน้ำตาลกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านต่างๆ รวมทั้งใช้เป็นตัวบ่งชี้ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

**ส่วนที่ 3** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลประวัติการรักษา และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและขออนุญาตผู้ป่วยจดบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนของผู้ป่วย

3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการประเมินป้องกันและความสามารถในการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง 5 ข้อ การปฏิบัติตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2 ข้อ

และเป้าหมายในการรักษา 1 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ค่าคะแนนที่มากแสดงถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาประกอบด้วยแพทย์ หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index (CVI) เท่ากับ .87 หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Kuder- Richardson (KR-20) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

3.3 แบบประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง สร้างโดยทูเบิร์ทและกลาสโกว์ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของภาวนา กีรติยุตวงศ์[12] แปลเป็นภาษาไทยและปรับแก้สาระสำคัญให้สอดคล้องกับบริบทของคนไทย มีข้อคำถามรวม 19 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การประเมินตนเอง 3 ข้อ การดูแลเท้า5 ข้อ และการรับประทานยา 2 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 7 ตามจำนวนวันที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นในหนึ่งสัปดาห์ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-133 คะแนน ค่าคะแนนมากหมายถึง มีการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวานมาก เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งภาวนา กีรติยุตวงศ์[12] ได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 30 ราย โดย Inter-item correlation With in component มีค่าเท่ากับ .43 ตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดแบบวัดซ้ำได้ค่าเท่ากับ .89 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือตรวจสอบกับผู้ป่วยเบาหวานที่นอนในโรงพยาบาลและมีปัญหาซับซ้อนคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายพบว่ามีค่า Inter-item correlation with in component เท่ากับ .40 ตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำได้ค่าเท่ากับ .82

3.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระดับน้ำตาล Fasting Blood Sugar (FBS) วิธีการตรวจที่ต้องงดอาหารก่อนการเจาะเลือดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ผลการตรวจก็คือค่าความเข้มข้นน้ำตาลในเลือด ณ เวลาที่เจาะเลือดภายใต้ระยะเวลาการอดอาหารตามที่กำหนด เป็นวิธีมาตรฐานที่สามารถเปรียบเทียบค่าระหว่างบุคคลได้ว่าร่างกายของใครควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากัน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood sugar (FBS) โดยมีเกณฑ์คือหากผลตรวจมีค่าน้ำตาลกลูโคสต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าน้ำตาลน้ำตาลกลูโคส 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร - 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ควรปรับพฤติกรรมในการบริโภคน้ำตาล และหากผลตรวจมีค่าน้ำตาลกลูโคสสูงกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่าเป็นโรคเบาหวาน ควรเข้ารับการรักษาจากแพทย์

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แก่แพทย์ประจำคลินิกเบาหวานเพื่อขอความร่วมมือให้การแนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยโดยอธิบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยในเลือด ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและพฤติกรรมในการดูแลเบาหวาน โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามของแบบสอบถามแต่ละข้อให้ผู้ป่วยฟังแล้วให้ผู้ป่วยตอบในแต่ละข้อจากนั้นเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเบาหวานครั้งที่ 2 หลังผู้ป่วยได้ความรู้ครบตามโปรแกรมและเก็บข้อมูลความรู้ครั้งที่ 3 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 12) เก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 2

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** ภายหลังการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับ

นัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สวัสดิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ค่าความดันซิสโตลิก ค่าความดันไดแอสโตลิก ดัชนีมวลกาย และรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Independent -test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดตามเอกสารรับรองที่ หมายเลข COE 0942566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และอธิบายประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดกับผู้เข้าร่วมวิจัยเนื่องจากการตอบแบบสอบถาม การเข้าร่วมกิจกรรมอาจทำให้เสียเวลาในการพักผ่อน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิออกจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57.1%) อายุเฉลี่ย 60 ปี (SD.=13.09) สถานภาพสมรสคู่ (97.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (97.1%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (57.1%) รายได้เฉลี่ย 5,374.28 บาท/เดือน (SD.=693.39) สวัสดิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง (100.0%) ผู้ดูแลหลักเป็นสามี (57.1%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 14 ปี (SD.=6.93) โรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง (17.1%) ค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 127.71 mmHg (SD.=17.96) ค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 75.14 mmHg (SD.= 9.00) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.84 $kg/m^2$ (SD.= 2.85) เส้นรอบเอวเฉลี่ย 76.42 เซนติเมตร (SD.=5.62) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่หญิง (62.9%) อายุเฉลี่ย 59 ปี (SD.=12.04) สถานภาพสมรสคู่ (77.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (74.3%) อาชีพเกษตรกร (62.9%) รายได้ 5,342.85 บาท/เดือน (SD.=1,241.27) สวัสดิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง (100.0%) ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร (54.3%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.60 ปี (SD.= 6.27) ไม่มีโรคร่วม (48%) ค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 123.42 mmHg (SD.=12.16) ค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 71.71 mmHg (SD.=9.22) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.95 $kg/m^2$ (SD.=3.97) และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 75.97 (SD.=1.97) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=70)

| ลักษณะทางประชากร | | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|---|---|---|---|
| | | จำนวน(%) | จำนวน(%) |
| **เพศ** | ชาย | 15(42.9) | 13(37.1) |
| | หญิง | 20(57.1) | 22(62.9) |
| **อายุ(ปี)** | Mean(SD.) | 60.08(13.09) | 59.17(12.04) |
| | Min(Max) | 25(82) | 25(80) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ลักษณะทางประชากร | | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|---|---|---|---|
| | | จำนวน(%) | จำนวน(%) |
| **สถานภาพสมรส** | โสด | 0(0.0) | 3(8.6) |
| | คู่ | 34(97.1) | 27(77.1) |
| | หม้าย/หย่า/ร้าง | 1(2.9) | 5(14.3) |
| **ระดับการศึกษา** | ประถมศึกษา | 34(97.1) | 26(74.3) |
| | มัธยมศึกษา | 1(2.9) | 9(25.7) |
| **อาชีพ** | เกษตรกร | 20(57.1) | 22(62.9) |
| | รับจ้าง | 8(22.9) | 8(22.9) |
| | แม่บ้าน | 7(20.0) | 4(11.4) |
| | ค้าขาย | 0(0.0) | 1(2.9) |
| **รายได้ (บาท/เดือน)** | Mean(SD.) | 5,374.28(693.39) | 5,342.85(1,241.27) |
| | Min(Max) | 4,000(6,500) | 3,000(8,000) |
| **สวัสดิการรักษาพยาบาล** | | | |
| | บัตรทอง | 35(100.0) | 35(100.0) |
| **ผู้ดูแลหลัก** | สามี | 20(57.1) | 5(22.9) |
| | ภรรยา | 13(37.1) | 8(22.9) |
| | บุตร | 2(5.7) | 19(54.3) |
| **ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็น** | | | |
| | Mean(SD.) | 13.68(6.93) | 9.60(6.27) |
| | Min(Max) | 1(36) | 1(23) |
| **โรคร่วม** | ไม่มี | 27(77.1) | 28(80.0) |
| | ความดันโลหิตสูง | 6(17.1) | 4(11.4) |
| | โรคไตวายเรื้อรัง | 1(2.9) | 1(2.9) |
| | โรคลมชัก | 1(2.9) | 2(5.7) |
| | Thyroid | 1(2.9) | 0(0.0) |
| | Heart disease | 1(2.9) | 0(0.0) |
| | COPD | 1(2.9) | 0(0.0) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ลักษณะทางประชากร | | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|---|---|---|---|
| | | จำนวน(%) | จำนวน(%) |
| **ค่าความดันซิสโตลิก** | Mean(SD.) | 127.71(17.96) | 123.42(12.16) |
| | Min(Max) | 100(188) | 102(150) |
| **ค่าความดันไดแอสโตลิก** | Mean(SD.) | 75.14(9.00) | 71.71(9.22) |
| | Min(Max) | 60(92) | 58(97) |
| **ดัชนีมวลกาย** | Mean(SD.) | 21.84(2.85) | 21.95(3.97) |
| | Min(Max) | 16.44(27.19) | 14.68(31.56) |
| **รอบเอว** | Mean(SD.) | 76.42(5.62) | 75.97(1.97) |
| | Min(Max) | 70(87) | 66(86) |

2. หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.71 คะแนน (95%CI; 1.85,3.57); คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากว่า 2.69 คะแนน (95%CI;2.43,2.94) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 85.88% (95%CI; 49.20, 122.56) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามแนวทางการดูแลในที่บ้านโรงพยาบาลโพนทองหลังกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 35 | 7.57(1.66) | 2.71(0.43) | 1.85,3.57 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 35 | 4.85(1.94) | | | |
| **พฤติกรรมการดูแลตนเอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 35 | 5.26(0.52) | 2.69(0.13) | 2.43,2.94 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 35 | 2.57(0.55) | | | |
| **ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 35 | 154.17(37.96) | 85.88(18.19) | 49.20,122.56 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 35 | 240(100.71) | | | |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลโนเลือดสูงในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และ อาการแสดงของน้ำตาลในเลือดสูง สำหรับความรู้ที่ไม่ถูกต้อง คือ หากมีอาการมึนชาที่เท้าควรใช้กระเป๋าน้ำร้อนวางที่เท้า ถ้าไม่รับประทานอาหารในมื้อนั้นๆไม่ควรรับประทานยาเบาหวาน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหาร 3 มื้อทุกวัน การออกกำลังกายตามกำลังของตน และค่อยๆ เพิ่มขึ้น[13-14]

เช่นเดียวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในโรงพยาบาลพระพุทธบาท พบ ปัญหาทางการพยาบาล คือ 1) มีไข้จากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ 2) มีน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง 4) การควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพ 5) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า 6) มีอัตราการกรองของไตลดลงเนื่องจากการควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำตามแนวคิด M-E-T-H-0-D และติดตามผู้ป่วย 1 เดือนหลังมาตรวจตามแพทย์นัด พบว่าผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาล FBS 197 mg/dl และ BP 164/92 mmHg[15] สอดคล้องกับการประเมินผลลัพธ์โดยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลพบว่า คะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ลดลงทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังจำหน่าย 3 เดือน และระดับ HbA1C กลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อัตราการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 3.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 20 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของกลุ่มทดลอง คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ธนันณัฏฐ์ มณีศิลป์ และคณะ[14] และพบผลเช่นเดียวกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤตแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะหลังวิกฤต ระยะวางแผนจำหน่ายและระยะมาตรวจตามนัดและติดตามต่อเนื่อง การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า (1) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตนลดลงจาก 28.23 ชั่วโมงเป็น 16.18 ชั่วโมง (2) ไม่พบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 35.1 และ (4) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลองภายหลังใช้แนวปฏิบัติฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ทั้งรายด้านและโดยรวม[16]

ในทำนองเดียวกับผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่า ผลลัพธ์ตามยุทธศาสตร์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ ได้แก่ ลดอัตราครองเตียงก่อนดำเนินงาน จากร้อยละ 123.0 เป็น ร้อยละ 84.0 ในปี พ.ศ. 2551 และเหลือร้อยละ 41.23 ในปี พ.ศ. 2557 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย Home ward ที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จากจำนวน 5 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เป็นจำนวน 10 รายในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็นจำนวน 36 รายในปี พ.ศ. 2557 สามารถลดอัตราการนอนซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน ได้จากร้อยละ 8.82 ในปี พ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 1.22 ในปี พ.ศ. 2551 และเป็นร้อยละ 0.50 ในปี พ.ศ. 2557 ลดจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อเดือนก่อนดำเนินงานจาก 454 คนต่อเดือน เป็นจำนวน 265 คนต่อเดือนในปี พ.ศ.2551 และเป็นจำนวน 155 คนต่อเดือนในปี พ.ศ.2557 และสามารถเพิ่มจำนวนผู้รับบริการที่ รพ.สต. ก่อนดำเนินงานมีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกที่ รพ.สต. 4 แห่ง จำนวน 1,010 ครั้งต่อเดือน เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 2,239 ครั้งต่อเดือนในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็น จำนวน 2,782 ครั้งต่อเดือนในปี พ.ศ.2557 ตามลำดับ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Home ward ได้แก่ อัตราการติดเชื้อ แผลกดทับ (Bed sore) ปอด อักเสบ (Pneumonia) ได้น้อยกว่า

ร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด มีธนาคารอุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยได้ยืมใช้ที่บ้านอย่างครบถ้วนตามความต้องการของแต่ละราย เช่น เตียง Fowler ที่นอนลมออกซิเจน เครื่อง suction เป็นต้น และ มีภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า ชุมชนมีความพึงพอใจในบริการร้อยละ 87[17]

## ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นโปรแกรมที่ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงในชุมชน ดังนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการจัดรูปแบบระบบริการให้บูรณาการ และมีความเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้านและ/หรือติดตามทางโทรศัพท์

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และในชุมชนสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีโรคร่วมทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับชุมชน โดยจะต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากหากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีโอกาสสูงที่จะปรับพฤติกรรมไม่สำเร็จและกลับไปมีพฤติกรรมเดิมดังนั้นจึงต้องมีการประเมินระยะพฤติกรรมก่อนการใช้โปรแกรมเสมอ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วย และผู้ใช้โปรแกรมต้องศึกษาแนวทางการใช้โปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน

3. เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับต่างๆ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เชื่อมต่อการบริการแก่ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่บ้านผู้ป่วยในชุมชน ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Ray G J, Hamielec C, Mastracci T. Pilot study of the accuracy of bedside glucometer in the intensive Care unit. Crit Care Med. 2001;29(11):2205-7.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://workpointtoday.com/world-diabetes-day/
3. โรงพยาบาลโพนทอง. รายงานผลการดำเนินตามยุทธ์ศาสตร์. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลโพนทอง; 2565.
4. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993;329(14):977-86.
5. DDCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development And progression of long-term complications in IDDM. The New England Journal of Medicine. 1993;329(14):977-86.
6. Towfigh A, Romanova M, Weinreb J E, Munjas B, Suttorp M J, Zhou A, et al. Self-monitoring Of blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus not taking insulin: a meta-analysis. Am JManag Care. 2008;14(7):468-75.
7. กรมการแพทย์. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
8. สุรีย์ ลี้มงคล. คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
9. Polit D F, Hungler B P. Nursing research principles and methods. Philadelphia: J.B.Lippincott; 1999.

10. รสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
11. สิริมนต์ ริ้วตระกูล, รัตนาภรณ์ จีระวัฒนะ, ประเทือง ธรรม, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย. Rama Nurs J. 2561;24(1):54-68.
12. ภาวนา กีรติยุตวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าน้ำตาลสะสม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
13. นาตยา อดกลั้น. ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2561;31(1):31-9.
14. ธนันณัฏฐ์ มณีศิลป์, พรรณงาม อินทรประสงค์, มลทิพย์ พูลทวี, จินตนันท์ สิทธิประชาราษฎร์, วิภาศิริ นราพงษ์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):335-45.
15. ดวงพร รัตนวราหะ. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง: กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2560;26(2):53-64.
16. นุชระพี สุทธิกุล, สุมาลี จารุสุขถาวร, เยาวภา พรเวียง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับสารคีโตนคั่งในระยะวิกฤต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1):14-32.
17. สมสมัย รัตนกรีทากุล, สุรีย์รัตน์ ธนากิจ, นิสากร กรุงไกรเพชร, อริสรา ฤทธิ์งาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(1):79-90.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

# Development of Nursing Practice Guideline for Pediatric Patient with Dengue Hemorrhagic Fever in Phon Thong, Roi-Et

**บุญรัตน์ เกตุวร***

**Boonyarat Katevorn**

Corresponding author: e-mail: boonya1964@gmail.com

(Received: January 26, 2024; Revised: February 2, 2024; Accepted: March 3, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น(1) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็กโรงพยาบาลโพนทอง 25 คน (2) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 11 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 6 คน ดำเนินตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก แบบประเมิน แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**ผลการวิจัย :** แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยภาวะไข้เลือดออกประกอบด้วยการวัดไข้ การทำ Touniquet test การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติ การให้การดูแลรักษาตามอาการ การให้คำแนะนำ แจกเอกสารแผ่นพับ และ 2) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาลประกอบด้วย (1) การจัดโซนรับผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดภายในหอผู้ป่วย (2) การประเมินอาการ (3) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 3 ระยะ ได้แก่ระยะไข้ ระยะวิกฤติ/ช็อก และระยะฟื้นตัว (4) การวางแผนจำหน่าย และ (5) การติดตามผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทางโดยนัดติดตามอาการทางโทรศัพท์หรือในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์จะนัดมาดูอาการ 1 สัปห์ดาหลังจำหน่าย

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์เป็นแนวทางให้พยาบาลป้องกัน เฝ้าระวัง และจัดการภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเสียชีวิตได้

**คำสำคัญ :** แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก; การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

## Abstract

**Purposes :** To development and Evaluation of a clinical nursing practice guideline for pediatric patient with dengue hemorrhagic fever in Phon Thong, Roi-Et.

**Study design :** Mutual collaborative action research.

**Materials and Methods :** 25 of key informants were included pediatric dengue fever patients at Phon Thong Hospital, 11 of related service providers and 6 of participants primarily responsible for developing clinical nursing guidelines. We were conducted from September 2023 to January 2024. Data were collected using recording forms, assessment forms, and group discussion questions, and analyzed data using frequency, percentage, mean, and standard deviation. and content analysis.

**Main findings :** Nursing clinical guidelines for pediatric patients with dengue fever consist of 2 parts: 1) Guidelines for caring for pediatric patients with suspected dengue fever include measuring temperature, doing touniquet tests, and following up with laboratory tests, providing care according to symptoms giving advice distribute pamphlets, and 2) Nursing care of children with dengue fever when they are admitted to the hospital, consisting of (1) arranging zones for accepting children with dengue fever within the ward, (2) assessing symptoms, (3) nursing care of children with dengue fever in 3 phases by Fever phase, crisis/ shock phase and recovery phase, (4) discharge planning and (5) follow-up of pediatric dengue fever patients after discharge from hospital by telephone.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research result in developed nursing guidelines for pediatric patients with dengue fever being useful as a guideline for nurses to prevent, monitor and manage severe complications. and can die.

**Keywords :** Clinical Nursing Practice Guideline; Dengue Hemorrhagic Fever

*Registered Nurse, Professional Level, Phon Thong Hospital.

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อเขตร้อนที่มียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคและเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลกรวมถึงในประเทศไทย และยังเป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญอีกด้วย พื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมืองหรือพื้นที่ชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น และโรคไข้เลือดออกได้มีการกระจายสู่พื้นที่ชนบท เป็นเพราะว่าการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็วขึ้นรวมไปถึงมีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรด้วย สำหรับประเทศไทยได้ประสบกับปัญหาโรคไข้เลือดออกมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 40 ปี ถึงแม้ว่ารัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขจะพยายามเร่งดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมาโดยตลอด ซึ่งการเกิดโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันมีรูปแบบ มีการระบาดที่ไม่แน่นอน โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีทั้งการระบาดแบบปีเว้นปี ปีเว้นสองปี หรือปีเว้นสามปี โดยในปี พ.ศ. 2563 มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลง จากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 38 รวมทั้งสัดส่วนของสายพันธุ์ไวรัสเดงกี่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดย DENV-2 ที่เป็นชนิดเด่นเริ่มลดลง ดังนั้นจึงมีโอกาสที่ DENV-3 และ DENV-4 จะเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดการระบาดได้ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่อาจไม่มีภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์ดังกล่าวในปีต่อไปจึงมีโอกาสเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นได้[1]

ในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยมีรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกสะสมภาพรวมทั้งประเทศ (ตั้งแต่วันที่ 10-16 กรกฎาคม 2565) มีรายงานผู้ป่วยสะสมจำนวน 11,027 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 16.66 ต่อประชากรแสนคน) มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 7 ราย อัตราตายเท่ากับ 0.01 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.06 ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 44.44 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือภาคกลาง (อัตราป่วยเท่ากับ 11.64 ต่อประชากรแสนคน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 10.52 ต่อประชากรแสนคน) และภาคใต้ (อัตราป่วยเท่ากับ 7.74 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 1 (อัตราป่วยเท่ากับ 66.35 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 2 (อัตราป่วยเท่ากับ 31.24 ต่อประชากรแสนคน) และเขตสุขภาพที่ 10 (อัตราป่วยเท่ากับ 19.34 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเขตสุขภาพในภาคเหนือ พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราป่วยเท่ากับ 66.35 ต่อประชากรแสนคน (เป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ เขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราป่วยเท่ากับ 31.24 ต่อประชากรแสนคน (เป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ) และเขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราป่วยเท่ากับ 13.76 ต่อประชากรแสนคน (เป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ) เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยจากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-18 พฤษภาคม 2565 พบผู้ป่วย จำนวน 1,952 ราย เสียชีวิต 2 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 5-14 ปี รองลงมา คือ 15-24 ปี และเด็กแรกเกิด - 4 ปี ตามลำดับ และคาดว่าอัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ส่วนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่ประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา วันที่ 1 มกราคม - 11 มิถุนายน 2565 พบผู้ป่วยสะสมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 151 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2.98 ต่อประชากรแสนคน และยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต[2]

ในทำนองเดียวกันสถานการ์ณโรคไข้เลือดออกของจังหวัดร้อยเอ็ดในเดือนสิงหาคม 2566 พบว่า จากการรายงานทั้ง 20 อำเภอ พบผู้ป่วยจำนวน 787 ราย เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งปัจจุบันโรคข้เลือดออกไม่ได้เกิดขึ้นในเฉพาะเด็กผู้ใหญ่ก็ติดเชื้อได้ และจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นพื้นที่มีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นตามระบาดวิทยาอัตราป่วย 60.72 ต่อหนึ่งแสนประชากร หรืออัตราป่วยตายร้อยละ 0.13 ถือว่าเป็นพื้นที่ที่เริ่มระบาดแล้วโดยเฉพาะอำเภอเมยวดีมีผู้ป่วยสูงถึง 168 ราย ซึ่งเป็นอำเภอที่จะต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้มีการเพร่เชื้อไปยังผู้อื่น ขณะเดียวกันพบผู้เสียชีวิตแล้ว 1 ราย เป็นหญิงอายุ 30 ปี ที่อำเภอจตุรพัตรพิมาน ซึ่งพื้นที่นี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้คุมเข้มในการสกัดการแพร่เชื้อ

ของยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไปสู่ผู้อื่น ดังสถานการณ์โรคในอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2565 พบว่า จำนวน 129, 60, 3 และ 98 ราย ตามลำดับ[3] ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก จำนวน 9, 4, 0 และ 4 รายตามลำดับ ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย จำนวน 15, 7, 0 และ 5 ราย ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อวิเคราะห์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า บุคลากรส่วนหนึ่งยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะช็อกตั้งแต่แรกรับ จึงทำให้การดูแลรักษาล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพยังปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ส่งผู้ป่วยมารับการดูแลรักษาล่าช้า การคำนวณปริมาณของสารน้ำที่ควรจะได้รับไม่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเกิน จึงเป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานจะต้องรีบดำเนินการแก้ไขเพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิตในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline : CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับให้พยาบาลนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมดูแลเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีมีความชัดเจนขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยทางการพยาบาล งานวิจัยอื่นๆ ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ความชำนาญในการดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน เกิดความคุ้มค่านำสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาลอีกด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยยึดแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาลมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเป็นแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมพื้นที่บริการจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ จากสถานการณ์ของโรคดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งนับเป็นอัตราป่วยและอัตราตายที่มีแนวโน้มสูง เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า เกิดจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ภาวะช็อกนาน ภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดออกมากและความผิดปกติทางสมอง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดหรือลดความรุนแรงได้ เมื่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอย่าใกล้ชิดต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการพยาบาลในระยะต่างๆ เป็นอย่างดี[3]

ทั้งนี้เนตรา แก้ววิเชียร และคณะ[4] ได้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่สำคัญจะนำไปสู่อาการที่รุนแรงของโรคได้ โดยมีสัญญาณเตือน (Waring signs) ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่จะนำไปสู่ภาวะช็อก ดังนี้ คือ ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ซึมลง อาเจียนมาก และมีเลือดออกผิดปกติไม่ปัสสาวะเป็นเวลานานบางรายมีอาการช็อก (Impending shock) คือ มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการนำของภาวะช็อก โดยความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแบ่งเป็น 4 ระดับ (Grade) คือ Grade I ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่ Positive tourniquet test, Grade II ผู้ป่วยไม่ช็อกแต่มีเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาหรืออาเจียน/ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด, Grade II ผู้ป่วยช็อก โดยมีชีพจรเบาเร็ว Pulse pressure แคบ (≤20 มม.ปรอท) หรือความดันโลหิตต่ำ มีตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย, Grade IV ผู้ป่วยที่ช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิต จับชีพจรไม่ได้ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น โดยตรวจพบความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง Pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท ชีพจรเบาเร็ว Capillary refill มากกว่า 2 วินาที ความเข้มข้นของเลือดมีค่าสูงขึ้นมากถึง 5-10%

มีปริมาณ เกล็ดเลือด≤ 100,000 เซลล์/ลบ.มม. ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง จับชีพจร และ/หรือวัดความดันไม่ได้ (Profound shock) ภาวะรู้สติเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ Profound shock ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติที่ทรุดลง อาจมีผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วยได้[5] ดังนั้นการเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย (Warning sign) จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเมื่อพบอาการผิดปกติพยาบาลสามารถรายงานทีมผู้ให้การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองการรักษาได้ทันท่วงที่ ซึ่งในการเฝ้าระวังในผู้ป่วยไข้เลือดออกมีตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ 1) อาการ และอาการแสดง 2) สัญญาณชีพ 3) ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) และ 4) จำนวนปัสสาวะที่ขับออก จากการทบทวนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมาพบว่า มีความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลบางท่านไม่สามารถประเมินอาการนำของภาวะช็อกได้ ไม่สามารถคาดการณ์ความรุนแรงของโรคได้ มีสมรรถนะประสบการณ์ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และรายงานแพทย์ไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงมีแนวคิดในการใช้แบบประเมิน PEWS เพื่อต้องการให้มีการประเมินไปในทางเดียวกัน เพื่อลดผลกระทบในการเกิดระดับความรุนแรงตาม Grade ของโรค จาก Grade 3 รุนแรงไปเป็น Grade 4 เกิดภาวะ Profound shock และภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้และเพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย[6]

อย่างไรก็ตามแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลโพนทอง ได้จัดทำแนวทางการรักษา (CPG) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกใช้ในหน่วยงานเมื่อปี พ.ศ.2554 แต่พบว่า NCPG ยังไม่ได้นำมาใช้อย่างเต็มที่เนื่องจากแผนการดูแลรักษามีรายละเอียดเป็นลักษณะเฉพาะของแพทย์ และพยาบาลให้การพยาบาลตามประสบการณ์และความรู้ความสามารถเฉพาะบุคคล ทำให้แนวทางการพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้คุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกให้มีคุณภาพและทันกับยุคสมัย เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

กล่าวได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs) เป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสม แนวปฏิบัติทางคลินิกจึงต้องมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ หลักฐานที่นำมาเป็นแนวปฏิบัติจะต้องได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบ หรือเป็นหลักฐานจากงานวิจัย หรือมาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ[7] ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติเฉพาะเรื่องนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมต่อภาวะทางคลินิกโดยดูแลผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด[8] ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพนั้นแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มีหลายแนวคิดเช่น การประเมินแนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย[9] และสมาคมพยาบาลออนตาริโอ[10]

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ออกแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน

(Mutual collaborative action research) เพื่อพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง และดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2567

**พื้นที่ศึกษา** การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหนองพอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลเมยวดี

**ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 15 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 11 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 6 คน

**ผู้ร่วมวิจัย** เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลโพนทองและเครือข่ายบริการ จำนวน 2 คน ผู้ร่วมกิจกรรมได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพโพนทอง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

**เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง ซึ่งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยตัวแปรอายุ เพศ ภูมิลำเนา การมาโรงพยาบาล เวลามาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ (1= ปฏิบัติ, 0 = ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการโรงพยาบาลโพนทองเป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

**การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

**วิธีดำเนินการวิจัย** แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็กโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 11 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 8 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน และ 4) การสนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 15 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 5 คน และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จำนวน 5 แห่งๆ ละ 2 คน

**ระยะที่ 2** การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติ

การในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและ ผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

**ระยะที่ 3** การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทอง โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 2) แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็ก 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็ก

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดโดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า สถิติผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกจำนวน 98 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโพนทองปี พ.ศ.2565 พบอุบัติการณ์เกิดภาวะช็อกจำนวน 4 รายในจำนวนนี้มีภาวะ Prolong shock จำนวน 0 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้ำเกิน 3 ราย และเสียชีวิต 0 ราย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า การปฏิบัติยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละคน

2. ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยภาวะไข้เลือดออกประกอบด้วยการวัดไข้ การทำ Touniquet test การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้การดูแลรักษาตามอาการ การให้คำแนะนำแจกเอกสารแผ่นพับ 2) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี่เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การจัดโซนรับผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดภายในหอผู้ป่วย 2) การประเมินอาการ 3) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 3 ระยะ โดยระยะไข้ ระยะวิกฤติ/ช็อกและระยะฟื้นตัว 4) การวางแผนจำหน่าย และ 5) การติดตามผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทางโทรศัพท์และในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์จะนัดติดตามดูอาการหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์

3. ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า

1) ระยะทดลองแนวปฏิบัติครั้งที่ 1 พบว่า บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้าสู่ระยะช็อก การซักประวัติยังไม่ครอบคลุม ทำให้การรักษา/ส่งต่อล่าช้า ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลความก้าวหน้าของการรักษาไม่เพียงพอ ขาดความต่อเนื่องของการให้ข้อมูลทำให้ญาติและครอบครัวบางรายเกิดความวิตกกังวลและไม่พึงพอใจ ผลการทดลองครั้งที่ 2 พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการคัดกรอง ประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะช็อก แต่ยังพบปัญหาสัญญาณชีพของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับอาการที่ปรากฏส่งผลต่อการประเมินภาวะช็อก ผลของการทบทวนพบว่าเกิดจากความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือที่นำมาใช้วัดสัญญาณชีพผู้ป่วย มีการนำ Cuff BP ที่ไม่เหมาะสมตามช่วงอายุของผู้ป่วยมาใช้วัดและติดตามสัญญาณชีพและได้นำสัญญาณเตือน (Early Warning Sign) มาใช้ในการเฝ้าระวังอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อก ส่งผลให้ผลการทดลองในครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินอาการก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ทำให้อัตราป่วยตายผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกลดลง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

จึงได้ประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

2) ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพนทองเมื่อเทียบปีที่ผ่านมาพบว่าหลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ไม่เกิดภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดออก (DIC) ไตวาย และ Encephalitis เกิด Prolong shock ลดลงจากร้อยละ 0.70 ในปี พ.ศ.2565 เป็นร้อยละ 0.23 ในปี พ.ศ.2566 จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 4 วัน เหลือ 3 วัน ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้รับการติดตามหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 100 ด้านผลลัพธ์ ด้านผู้ปฏิบัติพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 100 และมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 100

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับโรงพยาบาลกระบี่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยภาวะไข้เลือดออกที่แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ การวัดไข้ ทำการทดสอบทูนิเกต์ เจาะ CBC ให้การดูแลตามอาการให้คำแนะนำและแจกเอกสารแผ่นพับ 2) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ได้แก่ (1) การพื้นที่บริการผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกภายในหอผู้ป่วย (2) การประเมินอาการ (3) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 3 ระยะคือระยะไข้ ระยะวิกฤติ/ช็อก และระยะฟื้นตัว (4) การวางแผนจำหน่าย และ (5) การติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[11] เช่นดียวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ นำใช้ และประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต โดยประมินจากการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด (Nurses' compiance) และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย (Patients' clinical outcomes) โดยใช้กระบวนการ 7 ขั้นตอน คือ (1) จัดตั้งทีมพัฒนา (2) ระบุปัญหาทางคลินิกและผลลัพธ์โดยใช้รูปแบบ PICO (3) รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและทันสมัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ Joanna Briggs Institute (JBI) (4) กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลและแผนภูมิการตัดสินใจ (Algorithm) (5) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (6) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกเด็กห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยเด็กและแผนกผู้ป่วยหนัก (7 ประเมินผลจากแบบสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 20 คน และประเมินผลลัพธ์คลินิกจากบันทึกทางเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกจำนวน 16 คน[12] และสอดคล้องกับวนิดา แสนพุก[13] พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกประกอบด้ายเนื้อหาดังนี้ (1) การจัดโซนผู้ป่วยไข้เลือดออก (2) การคัดกรองเด็กผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก (3) การประเมินอาการผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก (4) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก (5) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

ส่วนผลลัพธ์การพัฒนาครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต พบภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดออก (DIC) ไตวาย และ Encephalitis เกิด Prolong shock ลดลงจากร้อยละ 0.70 ในปี พ.ศ.2558 เป็นร้อยละ 0.23 ในปี พ.ศ.2561 จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 4 วัน ในปี พ.ศ.2558 เหลือ 3 วันในปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้รับการติดตามหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.2558 เป็นร้อยละ 100 ในปี พ.ศ.2561 ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติร้อยละ 100[11]; ภายหลังการทดลองใช้ได้รับการปรับปรุงและวางแผนประกาศใช้ในโรงพยาบาลต่อไป ผลการวิจัยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก มี 3 องค์ประกอบ และ 60 ข้อเสนอแนะ คือ (1) การพยาบาลระยะไข้ (2) การพยาบาลระยะวิกฤต และ (3) การพยาบาลระยะพักฟื้น พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนด (ร้อยละ84.6-100)ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกอวัยวะล้มเหลวหรือเสียชีวิต จากการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็น

ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์เป็นแนวทางให้พยาบาลป้องกันเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้[12] ในทำนองเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังใช้แนวการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกมีจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงกว่าก่อนใช้แนวทางการดูแล โดยพบว่า จำนวนการเกิดภาวะน้ำเกินและปอดบวมมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแล และหลังใช้แนวการดูแล ผู้ป่วยไข้เลือดออกมีความรุนแรงของโรค ได้แก่ จำนวนการเกิดภาวะ Shock และ Severe shock ลดลงกว่าก่อนการใช้แนวทางการดูแล และพบว่ามีความแตกต่างกันของจำนวนการเกิดภาวะ Shock และ Severe shock ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแล[14] สอดคล้องกับผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ คือ พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกร้อยละ 100 จำนวน 15 ข้อส่วนอีก 5 ข้อปฏิบัติร้อยละ 95-99 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคข้เลือดออกไปใช้เห็นด้วยในระดับมากร้อยละ 93 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 98) จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ควรนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกและควรมีการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องต่อไป[13]

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้** 1) ก่อนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ควรอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติฯ ในทุกระยะของการปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) ผู้บริหารควรสนับสนุน ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยติดตามนิเทศและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติสู่การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

**ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป** 1) ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดความร่วมมือและร่วมกันดูแลผู้ ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกให้มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 2) การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแล และ 3) ระยะเวลาในการศึกษา การวิจัย และพัฒนาควรเป็นการศึกษาระยะยาวเพื่อใช้ในการปรับปรุงแก้ไขในการนำเครื่องมือไปใช้อย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อนำโดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. โรงพยาบาลโพนทอง. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 2565. ร้อยเอ็ด. โรงพยาบาลโพนทอง; 2565.
3. Bureau of Epidemiology. Dengue fever situation in Thailand [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 12]. Available from: http://www.ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/fles/Report/Annual%20Report/pdf
4. สุเนตรา แก้ววิเชียร, รศนา วลีรัตนาภา, ศิริพร สังขมาลย์, สุภาพร บัวบาน, ผาณิตา ปานเงิน. ผลของการใช้แบบประเมินการคัดกรองโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกต่อผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารกรมการแพทย์. 2565;47(2):78-85.
5. Bureau of Epidemiology. Dengue fever situation in Thailand [Internet]. 2018 [cited 2023 May 12]. Available from: http://www.ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922

f45568161a8cdf4ad2299f6d23/fles/Report/Annual%20Report/pdf

6. Kulayanaroojj S and Vangveeravong. Diagnosis and treatment of dengue hemorrhagic fever for doctor. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2018.
7. National Health and Medical Research Council. How to put the evidence into practice: implementtation and dissemination strategies [Internet]. 2000 [cited 2023 August 29]. Available from: https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/20 18-03/how-to-put-the-evidence-into-practice-implementation-and-dissemination.pdf
8. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารสภาการพยาบาล. 2551;20(2):63-76.
9. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
10. Registered Nurse Association of Ontario. Nursing best practice guideline shaping the future of nursing: Assessment & management of pain supplement [Internet]. 2002 [cited 2023 April 15]. Available from: http:// www.mao.org
11. วนิดา ตันตาปกุล, สุชาตา วิภวกานต์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลกระบี่. Krabi Medical Journal. 2561;2(1):29-40.
12. รุ่งวิภาษ์พร เอี้ยวกฤตยากร, ภาวิตา วิภวกานต์, อรกมล จิรกิจประภา, ศรีสุดา เกษศรี, รณวีร์ ยอดวารี, ผกาทิพย์ ทองพลาย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(2)1105-14.
13. วนิดา แสนพุก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2556;1(1):16-28.
14. สุวิมล บึงกาญจนา. ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อภาวะแทรกซ้อนความรุนแรงของโรค และผลการรักษาในผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(7):194-203.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม
# Nursing Care for Colorectal Cancer Patients with Colostomy

**วิสา รุ่งโรจน์***
**Wisa Roongrot**
Corresponding author: E-mail: wisaroongrot@hotmail.com
(Received: January 27, 2024; Revised: February 3, 2024; Accepted: March 3, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 1 ราย

**รูปแบบการศึกษา :** เป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษา 1 ราย ร่วมกับหลักวิชาการ และนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

**วัสดุและวิธีการศึกษา :** คัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 1 ราย โดยทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อใช้ในประเมินสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งค้นคว้าและทบทวนการพยาบาลตามทฤษฎีและพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย โดยการค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความต่างๆ นำมากำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาล วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล จนถึงการสรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ

**ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี น้ำหนัก 113 กิโลกรัม BMI 34.50 kg./m.$^2$ มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง มาด้วยอาเจียนเป็นสีดำ ปวดท้อง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัยเป็น Cancer descending sigmoid ทำการผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Hartmann's procedure with Colostomy หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ 2 วันหลังผ่าตัด และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมรักษาในโรงพยาบาล 11 วัน

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ดังนั้น ผู้ปฏิบัตจะต้องนำกระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ

**คำสำคัญ :** การพยาบาล; มะเร็งลำไส้ใหญ่; ทวารเทียม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางพลี

## Abstract

**Purposes :** To study and develop nursing guidelines for colorectal cancer patients with Colostomy : case stud

**Study design :** The one colorectal cancer patient with colostomy by analysis with academic principles and applied the result of study to care of patients.

**Materials and Methods :** Selection of colorectal cancer patient with colostomy in the male surgical ward. Data was collected from medical record, interviewing patients and families, Physical examination of the patient. The nursing diagnosis, nursing assessment were followed nursing theory, textbooks for planning of nursing implementation, conclusion, evaluation of nursing outcome by covering physical, mental, social, as well as environmental and spiritual aspects.

**Main findings :** Thai male patient, 22 years old, weight 113 kg, BMI 34.50 kg./m.$^2$, underling Hypertension, abdominal pain, coffee ground, one day before coming to the hospital. The diagnosis is cancer descending sigmoid performed Exploratory Laparotomy with Hartmann's procedure with Colostomy. After surgery founded Hypertension used drug control for stable and two days can off endotracheal tube. Then the patient was discharged from hospital later after satisfactory improvements including 11 days.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research that the importance of nursing care for colorectal cancer patients receiving treatment by surgically opening the artificial anus, therefore, the practitioner must lead nursing process from the first admission until discharge, to cover the physical, mental, social, environmental and spiritual aspects.

**Keywords :** Nursing; Colorectal Cancer; Colostomy

*Registered Nurse Professional Level, Bangplee Hospital.

## บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีสถิติเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตจากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ พบมากเป็นอันดับ 3 สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ.2563-2564 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งที่พบในเพศชายมากเป็นอันดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.7 และ 19 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ในเพศชายทั้งหมด ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับที่ 2 และ 3 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 12.2 และ 10.1 ตามลำดับของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ในเพศหญิงทั้งหมด[1] และจากสถิติโรงพยาบาลบางพลี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 53, 67 และ 79 รายตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันมีผลการรักษาที่ดีเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา ทั้งนี้ขึ้นกับระยะ และการกระจายของโรค การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก[2] ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ บางการผ่าตัดมีความจำเป็นต้องเปิดทวารเทียม เพื่อระบายทางออกของอุจจาระ การผ่าตัดเปิดทวารเทียมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม แบบฉุกเฉิน พยาบาลถือเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วย มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย พร้อมทั้งให้การดูแลซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ รวมถึงการปรับตัวและทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการมีทวารใหม่ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 1 ราย

## วิธีดำเนินการวิจัย

คัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 1 ราย โดยทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อใช้ในประเมินสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งค้นคว้าและทบทวนการพยาบาลตามทฤษฎีและพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย โดยการค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความต่างๆ นำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน การพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล จนถึงการสรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 22 ปี มาด้วยอาการอาเจียนเป็นสีดำ ปวดท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่ง CT Whole Abdomen วินิจฉัยเป็น Cancer descending sigmoid colon แพทย์พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาลบางพลี ที่ตึกศัลยกรรมชายเพื่อทำการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทันที (Exploratory Laparotomy with Hartmann's procedure with Colostomy) วันที่ 18 ธันวาคม 2566 ในระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหา วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด พบปัญหาเสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ มีภาวะความดันโลหิตสูง ปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะท้องอืด มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลท์ วิตกกังวลและซึมเศร้า เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการมีช่องเปิดทวารเทียม และผู้ป่วย

ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปเมื่อกลับไป อยู่ที่บ้าน พยาบาลได้เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ให้การพยาบาลเฝ้าระวังแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 28 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 11 วัน

## รายงานกรณีศึกษา

**ประวัติผู้ป่วยทั่วไป :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย รูปร่างอ้วน สถานภาพโสด ประกอบอาชีพ พนักงานบริษัท ภูมิลำเนาจังหวัดสมุทรปราการ

**วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล :** 18 ธันวาคม 2566

**วันที่รับไว้ในการดูแล :** 18 ธันวาคม 2566

**วันที่สิ้นสุดการดูแล :** 28 ธันวาคม 2566

**วันที่ส่งต่อ/จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล :** 28 ธันวาคม 2566

**แหล่งที่มาข้อมูล :** รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

**อาการสำคัญ :** อาเจียนเป็นสีดำ ปวดท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

**ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน :** 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องน้อย จากนั้นแน่นท้อง มีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำลายผสมน้ำย่อย รับประทานอาหารได้น้อย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี แพทย์ให้นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ขอกลับบ้าน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นสีดำ ปวดท้องมากขึ้น รับประทานอาหารไม่ได้ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี แพทย์ส่ง CT Whole Abdomen พบ Colon cancer วินิจฉัยเป็น Cancer descending sigmoid colon และทำการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทันที ในวันที่ 18 ธันวาคม 2566

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว :** มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี ยาที่รับประทานประจำ คือ Amlodipine (5) รับประทาน 1 เม็ด เช้าหลังอาหาร รับประทานยาสม่ำเสมอ

**ประวัติพฤติกรรมสุขภาพ :** ปฏิเสธการใช้สารเสพติด เหล้า และบุหรี่ และออกกำลังกายนานๆ ครั้ง

**ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี :** มีประวัติแพ้กุ้ง ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว :** บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคมะเร็ง โรคติดต่อ โรคร้ายแรง

**การวินิจฉัยโรค :** Cancer descending sigmoid colon

**การผ่าตัด :** Exploratory Laparotomy with Hartmann's procedure with Colostomy

**ผลการตรวจพิเศษ :** CT Whole Abdomen พบ Focal circumferential wall thickening at descending colon involving pericolic tissue and left lateroconal fascia, about 8.6 cm in length, resulting in colonic obstruction. Colon cancer should be considered. Multiple sub centimeter pericolic nodes along descending colon; possibly node metastasis. Minimal ascites.

**:** Film acute abdominal series พบ Small bowel dilatation, different height in the same loop, no free air

**การตรวจร่างกาย :** No jaundice

**:** Abdomens = obese abdomens + mild distension, tender at upper abdomen, marked at epigastrium, +/- rebound, no guarding

: PR-yellow feces, good sphincter tone, no mass

**สรุปอาการ อาการแสดงและแผนการรักษาของแพทย์ :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี น้ำหนัก 113 กิโลกรัม ส่วนสูง 185 เซนติเมตร BMI 34.50 kg./m.$^2$ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีอาการอาเจียนเป็นสีดำ ปวดท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 4 วันก่อน ปวดแน่นท้องน้อย มีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำลายผสมน้ำย่อย รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการถ่ายอุจจาระลำบาก ไม่มีเลือดปน แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่ง CT Whole Abdomen วินิจฉัยเป็น Cancer descending sigmoid colon แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลบางพลี ที่ตึกศัลยกรรมชาย เพื่อทำการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทันที วันที่ 18 ธันวาคม 2566

อาการแรกรับรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพได้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/88 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ทำการผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Hartmann's procedure with Colostomy ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบทั่วร่ากาย ร่วมกับใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ใช้เวลาในการผ่าตัด 7 ชั่วโมง สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ในขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดเสร็จแพทย์พิจารณาคาท่อช่วยหายใจกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายวิกฤต ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ 2 วันหลังผ่าตัด เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหลสูง 40 ลิตรต่อนาที (High Flow Nasal Cannula : HFNC) แพทย์พิจารณาย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที และลดระดับออกซิเจนลงที่ละระดับ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง สม่ำเสมอ หลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะก่อให้เกิดอันตราย แต่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการดูแลทวารเทียม กังวลเรื่องกลิ่น อุจจาระ เสียงผายลม พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ สอนสาธิต การดูแลตนเอง การดูแลทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและดูแลทวารเทียม มีความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 28 ธันวาคม 2566 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 11 วัน

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบการพยาบาลตามปัญหาสำคัญ ผู้ป่วย 1 ราย ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| **ระยะก่อนผ่าตัด** | | |
| **1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษาการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด** | 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พร้อมประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความเข้าใจ ด้านการรักษาที่ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงจากโรคที่เป็น หรือมีความจำเป็นในการผ่าตัด แผนการรักษา และทัศนคติ และความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด<br>2. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหาร การฝึกหายใจ การไออย่างถูกวิธี การเคลื่อนไหวระยะแรกภายหลังผ่าตัด การบรรเทาความเจ็บปวดจากแผล<br>3. อธิบายสภาพภายหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดเปิดทวารเทียม การใส่สายสวนปัสสาวะ อาการปวดแผล การให้สารทางหลอดเลือดดำ และการ | จากประวัติและการศึกษาเวชระเบียนของกรณีศึกษา สามารถนำมาวางแผนตามกระบวนการพยาบาล ประเมินปัญหาทางการพยาบาลและแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ช่องท้องเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้[3] |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| | ได้รับออกซิเจนหรือย้ายเข้า ICU เป็นต้น<br>4. จัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา<br>5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และระบายความรู้สึก | |
| **ระยะหลังผ่าตัด** | | |
| **1. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหลังผ่าตัด เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึก** | **การพยาบาล**<br>1. ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วย สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที และทุก 1 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติ โดยเฉพาะการหายใจรายงานแพทย์<br>2. จัดท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และระบายอากาศได้ดีขึ้น<br>3. ดูแล On ventilator ปรับ Setting ตามแผนการรักษา และประเมินการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ<br>4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตลักษณะ สี ปริมาณของเสมหะ<br>5. ฟังปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินการระบายอากาศ และตำแหน่งท่อช่วยหายใจ | ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจหลังการผ่าตัด เป็นภาวะที่สามารถพบได้ง่าย ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ และสามารถประเมินความเสี่ยง ตระหนัก และทำการวางแผนป้องกันร่วมกันในทีม ผู้ป่วยสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าวได้ ในกรณีศึกษานี้ผู้ป่วยมีโรคอ้วน และใช้เวลาผ่าตัดนานร่วมกับการผ่าตัดบริเวณท้อง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการหายใจของผู้ป่วยลดลง[4] |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| | 8. สังเกตอาการปลายมือ ปลายเท้าเขียว ตัวเย็น<br>9. ติดตามผล Chest X-ray เพื่อประเมินตำแหน่ง ท่อช่วยหายใจและติดตามความก้าวหน้าของปอด<br>10. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และปรับการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจ เพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ | |
| **2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง** | **การพยาบาล**<br>1. วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต 30 นาที หรือตามเหมาะสม<br>2. สังเกตลักษณะและอัตราของชีพจร การหายใจและพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย<br>3. สังเกตและบันทึกอาการแสดงทางระบบประสาท ทุก 1ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์<br>4. ให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา<br>5. ระวังในการให้ยาลดความดันโลหิต ถ้ามากเกินไปอาจเกิดภาวะช็อกจากความดันโลหิตต่ำมากและควรเตรียมยาเพิ่มความดันโลหิตไว้เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที | **โรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย ความวิตกกังวลและอาการเจ็บปวดจากการผ่าตัดส่งผลต่อร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งยังส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า**[5] |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| **3. ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลายจากการผ่าตัด** | **การพยาบาล**<br>1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบสาเหตุของอาการปวด<br>2. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด เพื่อนำมาพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ<br>3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา ติดตามสัญญาณชีพ เพราะยาแก้ปวดจะทำให้กดหายใจ<br>4. ดูแลจัดท่านอนของผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อลดการดึงรั้งแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง<br>5. ขจัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวด<br>6. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก และจัดให้อยู่ในท่าที่สบาย เพื่อคลายความปวด<br>7. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะแก่การพักผ่อน | การระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพควรมีการวางแผนล่วงหน้า ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด คือ มีการให้ความรู้ผู้ป่วยในการสื่อสาร เรื่องระดับความปวด เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินความปวดได้ถูกต้อง การเลือกใช้เทคนิคและยาแก้ปวดที่เหมาะสม และการประเมินผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว[6] |
| **4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด** | **การพยาบาล**<br>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญของการป้องกัน และประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด<br>2. แนะนำไม่ให้แผลเปียก ห้ามแคะแกะ เกาแผล หรือเปิดแผลเอง | สิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลบาดแผลจากการผ่าตัด คือ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลรักษาอย่างถูกวิธี เริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเช่น การเตรียมผิวหนังเพื่อทำการผ่าตัดการล้างมือ การฟอกมือ การทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การกำจัดสิ่งปนเปื้อน |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| | 3. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล<br>4. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่แผล<br>5. ดูแลทำความสะอาดแผลวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่แผลเปียกชื้นด้วยหลักสะอาดปราศจากเชื้อ<br>6. สังเกตสี และลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ซึมออกจากแผล ถ้ามีเลือดออก สิ่งคัดหลั่งซึม มีไข้ควรรายงานแพทย์รับทราบ<br>7. บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการติดเชื้อ เช่น การมีไข้ หรือชีพจรเบาเร็ว เป็นต้น<br>8. ให้ยาปฏิชีวนะเป็นเซฟไตรอะโซน 2 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ของแพทย์ พร้อมสังเกตผลข้างเคียงของยา | บนอุปกรณ์ผ่าตัด เช่น การทำให้ปราศจากเชื้อการให้ยายาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด การดูแลบาดแผลยังต้องคำนึงถึงประเภทของบาดแผลและปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วยที่มีผลต่อการติดเชื้อบริเวณบาดแผล ได้แก่ ภาวะภูมิต้านทานต่ำ โรคเบาหวานการสูบบุหรี่ โรคอ้วน โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกายและอื่นๆ[7] |
| **5. เสี่ยงต่อภาวะท้องอืด เนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลงหลังผ่าตัด** | **การพยาบาล**<br>1. ประเมินอาการท้องอืด<br>2. อธิบายสาเหตุของอาการท้องผูก<br>3. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถขณะนอนพักผ่อนอยู่บนเตียงทุก 1-2 ชั่วโมง<br>4. แนะนำให้รับประทานครั้งละน้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทีละ | ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด (Post-operative ileus) เป็นภาวะแทรกซ้อน โดยทั่วไปภายหลังผ่าตัดและพบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ต้องมีการสัมผัสหรือจับต้องลำไส้โดยตรงในระหว่างผ่าตัด ทำให้เนื้อเยื่อของลำไส้ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้ |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| | น้อยๆ แต่บ่อยๆ ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้น จนผู้ป่วยสามารถทานอาหารได้ตามปกติ<br>5. แนะนำให้งดอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น น้ำอัดลม ถั่ว นม เพื่อป้องกันการสะสมแก๊ส และท้องอืดแน่น<br>6. ให้ยาแก้ท้องอืด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ Domperidone 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า เที่ยง และเย็น<br>7. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45-60 องศา | เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบและชักนำให้มีการหลั่งสารอักเสบออกมาเพิ่มขึ้น ประกอบกับการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในระหว่างผ่าตัด ซึ่งมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำหน้าที่ของลำไส้ อีกทั้งการได้รับยาระงับปวดกลุ่ม Opioids ได้แก่ Morphine หรือ Pethidine ซึ่งมีฤทธิ์ระงับความเจ็บปวด แต่มีผลข้างเคียงในการลดการบีบรัดตัวของลำไส้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัดโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยจะมีอาการและอาการแสดง เช่น ท้องอืด ไม่ผายลม ไม่ขับถ่ายอุจจาระ ไม่มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ปวดท้อง คลื่นไส้และอาเจียนได้[8] |
| **6. มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลท์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลัง** | **การพยาบาล**<br>1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัวอ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะสีเข้ม<br>2. เฝ้าระวังอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงระดับ อิเล็กโทรไลท์ ดังนี้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ | การผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ทำให้บริเวณผิวหนังที่เคยปกติมีรูเปิดของลำไส้ส่วนที่โผล่พ้นผิวหนังออกมา (Stoma) ตามชนิดของลำไส้ที่นำมาเปิด ซึ่งทวารใหม่นี้ ไม่มีหูรูด จึงไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ อุจจาระจะออกมากทำให้มีโอกาสเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกายได้มาก[9] |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| | 3. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ<br>4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ B fluid 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา<br>5. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง keep ปริมาณปัสสาวะ 50 มิลลิลิตรต่อ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสีของปัสสาวะ<br>6. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณสารน้ำ ที่สูญเสียออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง<br>7. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลท์ | |
| **7. วิตกกังวลและซึมเศร้าเนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการมีช่องเปิดทวารเทียม** | **การพยาบาล**<br>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้ใจ และกล้าระบายความวิตกกังวล และซักถาม พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย<br>2. ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเต็มใจให้การดูแล โดยไม่มีคำพูดหรือท่าทางแสดงความรังเกียจผู้ป่วย<br>3. ให้ความรู้และอธิบายให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจโดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับ | พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษา รวมทั้งการดูแลตนเอง เมื่อภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการมีช่องเปิดทวารเทียมโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความ เครียดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| | ผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อช่วยกันให้กำลังใจและแสดงออกว่าครอบครัวไม่ได้รังเกียจผู้ป่วย เพื่อเสริมพลังให้กับผู้ป่วย<br>4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นที่มีทวารเทียม<br>5. สร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อการทำทวารเทียม<br>6. สาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแลทวารเทียม พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม<br>7. แนะนำวิธีการควบคุมการขับถ่ายและกลิ่นโดยการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น ถั่ว ผักกะหล่ำ เป็นต้น การฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดกับทวารเทียม เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข | ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[9-10] |
| **8. ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน** | **การพยาบาล**<br>1. แนะนำผู้ป่วยและญาติ เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด และทวารเทียม<br>2. ให้ความรู้ และแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยรีบมาพบ | การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ต้องมีการร่วมมือ การมีส่วนร่วมและการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | การพยาบาล | วิเคราะห์ข้อมูล |
|---|---|---|
| | แพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อ เช่น อาการอักเสบ ปวดบวมแดง และมีน้ำเหลืองไหลออกจากแผล<br>3. ให้ความรู้ และแนะนำผู้ป่วย และญาติในเรื่องแผนการรักษาต่อไป และความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด<br>4. ให้ความรู้แนะนำเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งไม่มีข้อจำกัด แต่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสามารถทำได้<br>5. แนะนำควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด<br>6. แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ หาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น<br>7. ให้ความรู้ สอน แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนในระยะแรก จนถึงอาหารปกติธรรมดา<br>8. แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด<br>9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัย<br>10. ประเมินความรู้หลังการสอน โดยสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และแผนการรักษาหลังผ่าตัด | รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ด้วย ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมนั้นต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา ความเชื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษา ภาวะสุขภาพ ระบบครอบครัว แหล่งสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกัน ระบบบริการสุขภาพ รวมถึงควรมีการติดตามเยี่ยมบ้าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอยู่ในสังคมในปัจจุบันนี้[9] |

## วิจารณ์

ผู้ป่วยได้รับทราบถึงการวางแผนการผ่าตัดลำไส้ที่อุดตันออกเท่านั้น แต่ไม่ได้รับการวางแผนเรื่องผ่าตัดเปิดทวารเทียม แพทย์ผ่าตัดมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดทวารเทียม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยและแพทย์ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยขณะผ่าตัดได้ ดังนั้นการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งในระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวล อาจส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันได้

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง เพื่อนำความรู้มาใช้ในการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล

2. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน พยาบาลควรพัฒนาความรู้ในเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการทำผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3. ควรมีการจัดการความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ มีการเตรียมความพร้อมของญาติในการร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม อาจใช้ภาพหรือการยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่น เพื่อให้เห็นภาพชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยจะเครียดและวิตกกังวลสูง มีผลต่อโรคร่วมที่เป็นอยู่ได้

4. การมีทวารเทียมทำให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์และก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการใช้ชีวิตร่วมกับสังคม จึงคิดค้นนวัตกรรมกระเป๋าอเนกประสงค์เสริมความมั่นใจสำหรับผู้ทวารเทียม

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/ download/HOSPITAL-BASED_2021.pdf
2. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. มะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/health_service/th/km/09feb2018-1836
3. บุษบา สมใจวงษ์. เอกสารประกอบการสอนวิชา 261 221 การพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ 1 เรื่องการผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด [อินเตอร์เน็ต]. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/48-2019-09-26-03-18-17?download=315:2019-09-26-03-35-01
4. พฤทธ์ ประพงศ์เสนา. ความปลอดภัยของผู้ป่วยวิสัญญี. ใน: นรุตม์ เรือนอนุกูล, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 31-8.
5. อนันตโชติ วิมุกตะนันท์. บทที่ 17 การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ใน: นรุตม์ เรือนอนุกูล, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ : พีเอลีฟวิ่ง; 2558. หน้า 129-32.
6. ธีรดา จันทร์ดี. Acute Postoperative Pain Management. ใน: นรุตม์ เรือนอนุกูล, บรรณาธิการ. วิสัญญีตามสมัย เล่ม 1. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2556. หน้า 325-42.
7. ภควดี พลังวชิรา. การดูแลบาดแผลจากการผ่าตัด. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2565;75(1):61-70.
8. ศิริพรรณ ภมรพล. บทบาทพยาบาลในการสร้างส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2556;6(1);1-7.
9. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษา [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/ nursing/sins/attachments/article/193/CAcolon.pdf
10. รุ่งพร ภู่สุวรรณ์, นฤมล จันทร์สุข. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2564;7(9):316-27.

# ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

# Effects of meditation Exercise SKT program to the blood pressure level of Uncontrolled hypertensive patients in Nonghi hospital Roi-Et province

**รัชนี ขันโมลี*, ณัฐชา รอบดูดี****
**Rachanee Khunmolee, Nattacha Robdodee**
Corresponding author: E-mail: rachanee_735@hotmail.com
(Received: January 28, 2024; Revised: February 4, 2024; Accepted: March 4, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดด้วย SKT และศึกษาความพึงพอต่อการใช้โปรแกรม

**รูปแบบการวิจัย :** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 50 คน ดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมและแบบติดตามประเมินความดันโลหิตก่อน และหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

**ผลการวิจัย :** หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยมีความดันโลหิต Systolic Blood Presser (SBP) ลดลง 32.34 mmHg (95%CI:29.5, 35.5) และDiastolic Blood Presser (DBP) ลดลง22.4 mmHg (95%CI: 20.6, 24.1) และผู้ป่วยที่เข้ารับการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดด้วย SKT มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT โดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็น 86.4%

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงควรนำแนวทางนี้ไปใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยต่อไป

**คำสำคัญ :** สมาธิบำบัด SKT; ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

## Abstract

**Purposes :** To compare the mean scores of blood pressure levels before and after receiving the SKT meditation therapy program and study satisfaction with the SKT meditation therapy program.

**Study design :** Quasi-experimental research; One group pre test posttest design.

**Materials and methods :** A total 50 of consisted hypertension patients who could uncontrol their blood pressure. They performed activities for 12 weeks. Data were collected using activity recording forms and blood pressure monitoring forms before and after experiment. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test, statistical significance was set at 95% confidence interval.

**Results :** After the experiment, it was found that hypertensive patients who could uncontrol their blood pressure had a statistically significant decrease in blood pressure ($p<.05$) with a decrease in systolic blood pressure (SBP). 32.34 mmHg (95%CI:29.5, 35.5) and diastolic blood presser (DBP) decreased by 22.4 mmHg (95%CI: 20.6, 24.1) and patients who received meditation therapy with SKT were satisfied with the program, Overall SKT meditation therapy was at a high level, accounting for 86.4%.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research indicate that program developed by researchers could helped reduce blood pressure levels to normal levels. This guideline should be used in conjunction with patient care.

**Keywords :** SKT program; Uncontrolled hypertensive patients

*,**Registered Nurse, Professional Level, Nonghi hospital, Roi-Et province

## บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่ง ในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ในประเทศไทยภาระโรค เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อหลักสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังต่างๆ ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อมีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้มาตรฐาน และรูปแบบ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ดำเนินงานอยู่ยังไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาและลดผลกระทบที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร[1] กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญให้มีการทบทวนและจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่สอดคล้องภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน รวมทั้งการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ว่าด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนในการจัดการปัญหาสุขภาพเพื่อเป็นทิศทางขับเคลื่อนสู่การลดปัญหาโรคไม่ติดต่อโดยมีวิสัยทัศน์“ประชาชนสุขภาพดีปลอดจากภาระโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้”

จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2564 จำนวน 2 แสนคน ในแต่ละปีจะเห็นว่าพบผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในส่วนของการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีผู้ได้รับการคัดกรองเพียง 14 ล้านคน ยังไม่ได้รับการคัดกรองสูงมากถึง 8 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ปี พ.ศ.2563 จำนวน 112,919 คน คุมความดันฯได้ 80,681 คน คิดเป็น 71.45% ปี พ.ศ.2564 จำนวน 122,086 คน คุมความดันฯได้ 90,196 คน คิดเป็น 73.88% ปี พ.ศ.2565 จำนวน 128,128 คน คุมความดันฯได้ 92,449 คน คิดเป็น 72.15% จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าวหากประชาชนที่ป่วยไม่รู้ตัวว่าป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพราะไม่มีอาการ และไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[2] นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยหลัก 4 อ 3ส การจัดการความเครียด การปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ที่พัฒนาเทคนิคขึ้นโดยสมพร กันทร และดุษฎี เตรียมชัยศรี[3] แนะนำการปฏิบัติและวิธีการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT จำนวน 3 เทคนิคโดย SKT 1–3 สำหรับอาการเจ็บป่วยเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันและบรรเทาอาการเจ็บป่วย ช่วยปรับ สภาพร่างกายให้กลับเป็นปกติและแรงสนับสนุนด้านอื่นๆ และช่องทางเลือกที่หลากหลาย ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอหนองฮี 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 -2565) มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 2178, 2364, 2500 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 1,565, 1,636, 1,617 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.85, 69.20 และ 58.50 ส่วนโรงพยาบาลหนองฮี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3 ปี ย้อนหลัง จำนวน 405, 420 และ 401 ราย และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 275, 264 และ 226 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.20, 62.85 และ 56.35 ซึ่งตามเกณฑ์คุณภาพตัวชี้วัด ที่ผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละ 70[4] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดด้วย SKT ต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดด้วย SKT และศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการให้โปรแกรมสมาธิบำบัดด้วย SKT เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมและแบบติดตามประเมินความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองฮี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองฮีที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 50 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองฮีที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองฮีทั้งหมด ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ **เกณฑ์ในการคัดเข้า** 1) มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 140 /90 มิลลิเมตรปรอท 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 3 เดือน และ 3) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน **เกณฑ์ในการคัดออก** 1) มีภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในระหว่างการศึกษา และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง** คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณีสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน

$$n/group = \frac{\sigma_d^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

n/group ตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z_\alpha$ = ค่าสถิติ Z ที่ระดับ $\alpha$ 0.05 หรือที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.64

$Z_\beta$ = ค่าสถิติ Z ที่ระดับ $\beta$ ที่กำหนดให้ power of test 90% เท่ากับ 1.28

$\mu_d$ = ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน 8.4

$\sigma^2$ = ค่าความแปรปรวนของผลต่างคะแนน 19.4

จากการศึกษาของพุทธลักษณ์ ดีสม[5] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัด SKT 2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 45.5 หรือ 46 คน ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายจากการศึกษาได้จำนวนตัวอย่างเป็น 50 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย** ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ 1)โปรแกรมปฏิบัติฝึกสมาธิบำบัดด้วย SKT ท่าที่ 1-3 วันละ 2 ครั้ง (เช้า, เย็น) และ 2) กระบวนการสร้างความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลัก 4อ 3ส

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล**ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติโดยเก็บข้อมูล ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง วัดรอบเอว และความดันโลหิต และ 2) แบบบันทึกการปฏิบัติฝึกสมาธิบำบัดด้วย SKT ท่าที่ 1-3

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมสมาธิบำบัด SKTและแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรม และแบบบันทึกการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบว่า ได้ความเชิงเนื้อหาตั้งแต่ 0.67ถึง 1.00

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองฮี

2. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 140 /90 มิลลิเมตรปรอท (2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 3 เดือน และ (3) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน

3. เขียนแผนงานโครงการเพื่อขออนุมัติดำเนินการและดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์

4. สัปดาห์ที่ 1 จัดประชุมเพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หลัก 4อ 3ส และวัดความดันโลหิตเมื่อเริ่มเข้าโครงการ และปฏิบัติฝึกสมาธิบำบัดด้วย SKT ท่าที่ 1-3

5. หลังอบรมให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติฝึกสมาธิบำบัดด้วย SKT ท่าที่ 1-3 วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เป็นเวลา 12 สัปดาห์

6. กลุ่มเป้าหมายบันทึกการ ปฏิบัติฝึกสมาธิบำบัดด้วย SKT ท่าที่ 1-3 เช้าเย็น ตามแบบฟอร์มที่เตรียมให้ทุกวัน

7. ติดตาม ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ทุกวันจันทร์ติดต่อกัน ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตหลังปฏิบัติตามโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT

8. จัดประชุมเพื่อวัดความก้าวหน้าการฝึกปฏิบัติโดยการ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง วัดรอบเอว และความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 12

9. จัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติ และสร้างขวัญกำลังใจ สร้างบุคคลต้นแบบ ในการดูแลตนเองได้ดีในสัปดาห์ที่ 12

10. สรุปผลการดำเนินงานและประเมินผล

**การการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการขออนุมัติการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และขอรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 0832655 โดยการส่งโครงร่างวิจัย แบบสอบถาม แบบฟอร์ม และการขออนุญาตเก็บข้อมูล

2) การชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ รวมถึงหนังสือชินขอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยแนบมาพร้อมกับชุดแบบสอบถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบันและอนาคตแต่ประการใด

3) ผู้วิจัยรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนบซองเปล่าสีน้ำตาลพร้อมเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถาม เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จนำใส่ซองสีน้ำตาลที่ผู้วิจัยจัดให้ปิดผนึก ส่งคืนฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

4) เมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และอยู่ในที่ปลอดภัย จะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

5) การป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล การรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใด หน่วยงานใดหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.0%)อายุอยู่ในช่วง 60- 69 ปี (42.0%) จบการศึกษาระดับการศึกษาประถมศึกษา (68.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร (n=50)

| ลักษณะทางประชากร | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **เพศ** | ชาย | 18(36.0) |
| | หญิง | 32(64.0) |
| **อายุ** | 50-59 ปี | 17(34.0) |
| | 60-69 ปี | 21(42.0) |
| | 70 ปีขึ้นไป | 12(24.0) |
| | อายุเฉลี่ย 63.4 ปี (SD.=8.40) | |
| **ระดับการศึกษา** | ระดับประถมศึกษา | 34(68.0) |
| | ระดับมัธยมศึกษา | 14(28.0) |
| | สูงกว่ามัธยมศึกษา | 2(4.0) |

2. หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยมีความดันโลหิต Systolic Blood Presser (SBP) ลดลง 32.34 mmHg (95%CI: 29.5, 35.5) และ Diastolic Blood Presser (DBP) ลดลง 22.4 mmHg (95%CI: 20.6, 24.1) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต Systolic blood Presser และ Diastolic blood Presser ก่อนและหลังการทดลอง

| ตัวแปร | N | Mean(SD.) | Mean differences | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Systolic blood Presser** | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 86 | 152.2(10.10) | 32.34 | (29.5, 35.5) | <.001 |
| หลังการทดลอง | 86 | 119.9(7.90) | | | |
| **Diastolic blood Presser** | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 86 | 93.2(3.90) | 22.40 | (20.6, 24.1) | <.001 |
| หลังการทดลอง | 86 | 70.8(6.10) | | | |

3. ผลการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดด้วย SKT มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT โดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็น 86.4% เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมและความสะดวกในการนำแนวทางสมาธิบำบัดไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านมากที่สุด (92.0%) รองลงมา คือ ประโยชน์ของการนำแนวทางสมาธิบำบัด ไปใช้ต่อเนื่อง (90.0%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าความง่ายและสะดวกในการนำแนวทางสมาธิบำบัดไปใช้ด้วยตนเองมีความพึงพอใจน้อยที่สุด (76.0%) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT

| ข้อคำถาม | จำนวน(%) | ระดับความพึงพอใจ |
|---|---|---|
| 1. ความง่ายและสะดวกในการนำแนวทางสมาธิบำบัดไปใช้ด้วยตนเอง | 43(76.0) | มาก |
| 2. ความเหมาะสมและความสะดวกในการนำแนวทางสมาธิบำบัดไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน | 46(92.0) | มาก |
| 3. ประโยชน์ของการนำแนวทางสมาธิบำบัด ไปใช้ต่อเนื่อง | 45(90.0) | มาก |
| 4. ความพึงพอใจต่อระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติแนวทางสมาธิบำบัด | 44(88.0) | มาก |
| 5. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการนำแนวทางสมาธิบำบัดไปใช้ | 43(86.0) | มาก |
| เฉลี่ยโดยรวม | 43(86.4) | มาก |

## วิจารณ์

1. หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีความดันโลหิตลดลง โดยมีความดันโลหิต Systolic Blood Presser (SBP) ลดลง 32.34 mmHg และ Diastolic Blood Presser (DBP) ลดลง 22.4 mmHg สอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคลดลง 14.53 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคลดลง 6.93 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยเกลือโซเดียมในอาหารลดลง 0.57 กรัม ค่าเฉลี่ยเกลือโซเดียมในปัสสาวะลดลง 2.88 ค่าเฉลี่ยความเครียดลดลง 4.86 เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม[6]ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและความดันไดแอสโตลิคของกลุ่มทดลองลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม[7] และพบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาพร แนวบุตร[8] ซึ่งพบว่า ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสมาธิบำบัด SKT มากกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไป จึงจะเห็นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคลดลง 17.48 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคลดลง 17.91 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคลดลง 2.60 มิลลิเมตรปรอทเช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคลดลง 2.00 มิลลิเมตรปรอท อาจเนื่องมาจากโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT จำนวน 8 สัปดาห์ ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูง อาทิลดการรับประทานอาหารเค็ม การจัดการความเครียด และการออกกำลังกายร่วมกับการทำสมาธิบาบัด SKT โดยมีแรงจูงใจภายนอกจากผู้วิจัย พยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้เกิดการกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ สอดคล้องกับสุภาณี โสทัน[7] และแนวคิดของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[3] ที่ชี้ให้เห็นว่าระหว่างที่การปฏิบัติสมาธิความดันโลหิตลดลงระหว่างการปฏิบัติสมาธิและมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเธติก เนื่องจากอาร์เทอรีบาโรรีเซพเตอร์ (Arterial baroreceptors) มีการผ่อนคลายและส่งผลต่อสมองบริเวณคัวดอลเวนทรอลเมดดัลลา (Caudal ventral medulla) ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทกาบาเออจิค (GABAergic) ที่บริเวณซูพราออฟติกนิวเคลียส (Supraoptic nucleus) ของไฮโปมัสธัสลดลง บริเวณซูพราออฟติกนิวเคลียส (Supraoptic Nucleus) มีหน้าที่หลั่งสารวาโซคอนสติกทอลอาร์จินีน วาโซเพรสซิน (Vasoconstrictor arginine vasopressin: AVP) ตามปกติ ถ้าปริมาณสารวาโซคอนสติกทอล อาร์จินีน วาโซเพรสซิน (Vasoconstrictor arginine vasopressin: AVP) ต่ำจะทำให้เส้นเลือดหดตัว ถ้าสารวาโซคอนสติกทอล อาร์จินีน วาโซเพรสซิน (Vasoconstrictor arginine vasopressin: AVP) ปริมาณมากจะทำให้เส้นเลือดแดงขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตกลับสู่ภาวะ

ปกติ สารวาโซเพรสซิน (Vasopressin) จะกระตุ้นบาโรรีเฟล็กส์รีเซพเตอร์ (Baroreflex receptor) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบไหลเวียนของเลือดที่ส่งผลต่อความดันโลหิตเพิ่มหรือลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT 1-7 สารสื่อประสาทในสมองจะไม่ได้รับการกระตุ้นเหมือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT1-7 ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และการศึกษาของสุภาพ แนวบุตร[9] ที่พบว่าการปฏิบัติสมาธิ SKT 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทำให้ความดันโลหิตซีสโตลิค และความดันไดแอสโตลิคต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 2 รวมทั้งผลของสมาธิบำบัด SKT2ต่อระดับความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ทางเคมีพบว่าค่าเฉลี่ยความดันซีสโตลิคและความดันไดแอสโตลิคหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ลดลง[7] เช่นเดียวกับหลังการทดลองความดันโลหิตหลังการทำสมาธิบำบัดระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทำสมาธิบำบัด[10]

2. ผลการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดด้วย SKT มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT โดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็น 86.4% พบผลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ระดับมากที่สุด กล่าวได้ว่าผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไปสามารถนำสมาธิบำบัดไปประยุกต์ใช้ที่บ้านได้[7] การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผลลัพธ์จากการปฏิบัติสมาธิ SKT ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมนและสารเคมีจากการปฏิบัติสมาธิ 40 นาที ทำให้ฮอร์โมนเครียดลดลงแกลลอลิส[11] การปฏิบัติสมาธิทำให้ระดับคอร์ติวอล ลดลง ซีรั่มโปรตีนเพิ่มขึ้นความดันโลหิตลดลงสุด เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ยกระดับจิตใจทำให้จิตใจอ่อน โยน มองโลกในแง่ดีลดความวิตกกังวล รักษาโรคซึมเศร้า รักษาผู้ที่ติดสารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเครียดผลิตมากไปมีฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโตหลั่งมากไป ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้สารเสพติด เครื่องดื่มมึนเมา คลื่นไส้อาเจียนรับประทานอาหารมากไป อ้วน พฤติกรรมเปลี่ยน โรคเรื้อรัง เนื้องอกผลิตน้อยไป โรคภูมิคุ้มกันพร่อง ภูมิแพ้ รูมาตอยค์ และมะเร็งเม็ดเลือดขาว

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ; 2558.
2. HDC: Health Data Center [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source
3. สมพร กัณฑร, ดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
4. โรงพยาบาลหนองฮี. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. ร้อยเอ็ด. งานยุทธศาสตร์; 2665.
5. พุทธลักษ์ ดีสม, สุภาพร แนวบุตร, สมศักดิ์ โทจำปา. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัด SKT 2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. วารสารการพยาบาล และสุขภาพ. 2562;13(2):66-76.
6. ธีร์พิชชา โกสุม. ผลของโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเค็มต่อระดับความดันโลหิต โซเดียม และความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2563.
7. สุภาณี โสทัน. ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):488-78.

8. สุภาพร แนวบุตร. ผลของการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้เทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT2 ในชุมชน [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2557.
9. สุภาพร แนวบุตร. ผลของโปรแกรมกรเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2558;8(4):30-40.
10. อรอุมา ปัญญโชติกุล, สุธินา เศษคง, สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ. ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(2):247-55.
11. Gallois P. Neurophysiologic and respiratory changes during practice of relaxation technics. Encephale. 1984;10(3):139-44.

# ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

# Effects of educational Health on Health Belief Model Program for Prevention of Iodine Deficient Disorders among pregnant women in antenatal clinic at Subdistrict Health Promoting Hospital In Mueang Maha Sarakham District, Maha Sarakham Province

**ปราโมทย์ หามาลา***
**Pramote Hamala**
Corresponding author: E-mail: pram8hamala@gmail.com
(Received: January 28, 2024; Revised: February 5, 2024; Accepted: March 5, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์การวิจัย** : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคาม

**รูปแบบการวิจัย :** การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองมหาสารคามและศูนย์แพทย์ชุมชน ดำเนินระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Independent t-test

**ผลการวิจัย :** กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

**คำสำคัญ :** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน; หญิงตั้งครรภ์

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม

## Abstract

**Purposes :** To compare the mean knowledge scores, health belief model and behavior to prevent iodine deficiency disease in Maha Sarakham Province.

**Study design :** Quasi experimental research ; Two group pretest-posttest group.

**Materials and Methods :** The sample group consisted of pregnant women who received services at antenatal clinic in subdistrict health promoting hospital in Mueang Maha Sarakham district and community medical center. They were conducted between April and June 2020, 60 of participants were divided into 2 groups of 30 participants each. Data were collected using tests and recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics and Independent t-test statistics.

**Main findings :** The experimental group received program had an average knowledge score. health beliefs and behavior to prevent iodine deficiency disease in pregnant women Increased significantly more than the comparison group ($p<.001$).

**Conclusion and recommendations :** The results of this research resulted in the sample having increased health belief patterns. Therefore, relevant agencies should continue to use this program in their agencies.

**Keywords :** Health Belief Model; Prevention of Iodine Deficient; Pregnant women

*****Public Health Technical Officer, Professional Level, Muang Maha Sarakham District Public Health Officer

## บทนำ

ไอโอดีน (Iodine) เป็นสารอาหารที่ร่างกายมีความจำเป็นต้องใช้เพื่อสร้างฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ ไอโอดีนจะซึมเข้าสู่กระแสเลือดและไปกระตุ้นระบบสมอง และประสาทให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญาและการเรียนรู้ ซึ่งในระยะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีการตั้งครรภ์ ระยะให้นมบุตร และระยะที่กำลังเจริญเติบโต จะมีความต้องการไอโอดีนในปริมาณที่มาก[1] ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ที่ได้รับผลกระทบจากการขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงอาจมีระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient : IQ) ต่ำกว่าชุมชนใกล้เคียงกันในพื้นที่ที่ไม่มีการขาดสารไอโอดีนถึง 13.5 คะแนน[2] ทั้งนี้ การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อาจก่อให้เกิดการแท้งบุตร หรือทารกเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือเกิดมามีความพิการแต่กำเนิด มีสติปัญญาต่ำหูหนวก เป็นใบ้ แขนขากระตุก ตาเหล่ เดินท่าทางผิดปกติ รวมไปถึงการทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายช้ากว่าปกติ[3]

นอกจากนั้นยังพบว่า โรคหรือภาวะขาดสารไอโอดีน (Iodine deficiency disorders: IDD) เป็นโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข สาเหตุเกิดจากการได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพสำคัญหลายประการ กล่าวคือ มารดาที่ขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกในครรภ์มีภาวะขาดไอโอดีนด้วย ทำให้เกิดการแท้ง ตายคลอด และเกิดความพิการแต่กำเนิดได้ ภาวะขาดไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากไอโอดีนเป็นสารอาหารที่สำคัญต่อการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ ที่จำเป็นต่อการสร้างเซลล์สมอง และการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะทารกในครรภ์จำเป็นต้องได้รับจากมารดาอย่างเพียงพอ หากมารดาขาดไอโอดีนจะส่งผลให้พัฒนาการทางสมองของทารกผิดปกติ ขาดศักยภาพในการเรียนรู้ในอนาคต มีระดับไอคิวต่ำ และที่สำคัญคือส่งผลต่อการแท้งบุตร ทารกเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือเกิดมาพิการแต่กำเนิด[4-5] ในปี พ.ศ.2559-2564 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็กและกรดโฟลิกภาพรวมระดับประเทศ พบ ร้อยละ 70.4, 77.1, 70.5, 75.9, 79.2 และ 79.7 และการศึกษาผลการใช้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ผลการศึกษา พบว่าก่อนได้รับยาค่ามัธยฐานของปัสสาวะ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 127.3 ไมโครกรัมต่อลิตร หลังได้รับยา พบว่าค่ามัธยฐานของปัสสาวะเพียงพอ 156.7 ไมโครกรัมต่อลิตร

ในทำนองเดียวกับการสำรวจความชุกอัตราความเพียงพอในการได้รับไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยจากการสำรวจของกรมอนามัยค่ามัธยฐานไอโอดีนในค่าปัสสาวะหญิงตั้งครรภในประเทศไทย (ก่อนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน) จากระบบฝ้าระวังการขาดไอโอดีนในประเทศไทย พ.ศ.2562-2564 คือ 153.4, 159.4 และ 155 ไมโครกรัมต่อลิตร เช่นเดียวกับการศึกษาภาวะไอโอดีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เขตสุขภาพที่ 7[6] ผลการศึกษาพบว่าค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ 126.80 µg/L ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์องค์การอนามัยโลกกำหนด (150-249 µg/L) ปัจจัยที่มีผลกับภาวะไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 150 µg/L ได้แก่ ครรภ์หลัง (AOR = 1.19, 95% CI: 1.03 -1.38) การไม่กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวันร่วมกับไม่กินอาหารทะเลและเกลือเสริมไอโอดีนเป็นประจำ (AOR=1.17, 95% CI: 1.01-1.35) ไม่มีการกำหนดนโยบายจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน (AOR = 1.06, 95% CI: 1.00-1.11) กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนปริมาณมากกว่า 150 µg/L /วัน ลดโอกาสเสี่ยงขาดสารไอโอดีนลงร้อยละ 21 (AOR=0.79, 95% C: 0.68- 0.91) และผลจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกรมอนามัย พบว่า อาหารที่มีไอโอดีนที่หญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยนิยมบริโภค 3 อันดับแรก คือ อาหารทะเลปลาทะเล และไข่ไก่ รวมถึงพบว่าในภาพรวมแล้วหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนในอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่ามีรายชื่ออาหารหลายชนิดที่ถูกเข้าใจผิดว่าเป็นแหล่งของไอโอดีน เช่น ผลไม้ ผัก ข้าว แป้ง มัน เผือก น้ำผลไม้ น้ำมัน และเครื่องดื่มเกลือแร่” ชี้ให้เห็นว่านอกจาก

การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนแล้ว การให้ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนในอาหารแก่หญิงตั้งครรภ์ยังคงมีความจำเป็น[4]

จังหวัดมหาสารคามกำหนดเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญประการแรก คือ ระดับสติปัญญาเด็ก (IQ) ซึ่งในปี พ.ศ.2545 เด็กอายุ 6-12 ปี ของภาคอีสานมีระดับ IQ เท่ากับ 95.79 (ต่ำกว่าทุกภาค) และจังหวัดมหาสารคาม เด็กอายุ 6-12 ปี มีระดับ IQ เท่ากับ 95.28 (อยู่ในกลุ่ม 1- จังหวัดต่ำสุด) (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 100 ในปี พ.ศ.2557 นักเรียน ป.1 ของจังหวัดมหาสารคามมีระดับ IQ เท่ากับ 89.7 และ ปี พ.ศ.2559 นักเรียน ป.1 ของจังหวัดมหาสารคามมีระดับ IQ เท่ากับ 95.09 (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 100) โดยระดับสติปัญญามีผลกระทบโดยตรงต่อระดับคุณภาพสอดคล้องกับรายงานค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ (ก่อนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ถึง 2565 พบว่า 215.50, 148.76, 200.82 และ 200.87 µg/L ตามลำดับ (น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร แสดงว่ายังมีปัญหาการขาดสารไอโอดีนในกลุ่มประชากรหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่)[7]

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ผ่านการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้ากรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธาน ร่วมกันผลักดัน และขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจ่าย “ยาเม็ดเสริมไอโอดีน” ที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกให้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดการตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรมีความต้องการไอโอดีนเพิ่มขึ้นเป็นมาตรการเสริมในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ UNICEF ได้ศึกษาการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ก่อนกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนยังมีปัญหาการขาดสารไอโอดีน หลังจากการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนแล้วมีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น แสดงได้ว่ายาเม็ดเสริมไอโอดีนสามารถแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนได้แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวันมีเพียงร้อยละ 57.8 กินสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งร้อยละ 27.8 กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 4.2 กินยาเดือนละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 0.9 และไม่กินยา ร้อยละ 9.2 ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมกินยาร้อยละ 51.0 ไม่ได้รับยาร้อยละ18.8 ยาหมดร้อยละ 15.3 และสาเหตุอื่น ๆ เช่นมีผลข้างเคียงจากการกินยา ยังไม่รู้จักสรรพคุณของยา และกินอาหารที่มีไอโอดีนอยู่แล้ว เป็นต้น[1]

จากการทบทวนเอกสารดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของเฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่ต่อเนื่อง และติดตามเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ประชาชนและองค์กรในระดับตำบลหมู่บ้าน เกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการขจัดโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทยอย่างยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีของหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ออกแบบการวิจัยเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง ทำการรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest- posttest design) โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมปกติใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังต่อนี้ไป

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากรที่ศึกษา** ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ปกติในไตรมาสที่ 1 ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์แพทย์ชุมชนในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามจำนวน 22 แห่ง และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ปฏิเสธการรับประทาน Iodized oil Capsule ตลอดการตั้งครรภ์โดยระหว่างการตั้งครรภ์นั้นเลือกรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน Triferdine แทน

**การกำหนดขนาดตัวอย่าง** การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน[8] จากสูตร

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\,(Z_\alpha + Z_\beta)^2\sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

$Z_\alpha$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น Z=-1.64

$Z_\beta$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ Power of test=0.80 ดังนั้น $Z_\beta$=1.28

$\sigma^2$= ค่าความแปรปรวนร่วมซึ่งได้จากการศึกษาของปัทมาพร ภูมิเวียงศรี[9] ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการบริโภคเกลือไอโอดีนในกลุ่มแม่บ้าน ตำบลหว้าทอง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะตัวอย่างใกล้เคียงกันคือ เป็นกลุ่มสตรีเช่นกัน มีทฤษฎีสอดคล้องกันและใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลองเหมือนกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 41 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 26.70 ส่วนเยี่ยงเบนมาตรฐาน 3.90 และมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง 24.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.89 ได้ขนาดตัวอย่าง 27.80 คนหรือประมาณ 28 คน การศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจมีเหตุความจำเป็นให้ออกจากงานวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเผื่อสูญเสีย (Drop out) ร้อยละ 3.0 จึงใช้สูตรเพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง[8] ดังนั้น ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำนวน 60 คน

**การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** การเลือกพื้นที่ทำการศึกษามีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย ใช้เกณฑ์ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอที่มีปัญหาขาดสารไอโอดีน โดยใช้เกณฑ์ของ WHO[2] คือ ระดับสารไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมลิตรเกินร้อยละ 50 ถือเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนซึ่งในพื้นที่จังหวัดมีทั้งหมด 22 แห่ง เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน 10 แห่ง

**เกณฑ์การกัดเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง** ดังนั้น (1) สภาพที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ ที่ตั้งและขนาดพื้นที่ ปัญหาทางสาธารณสุข (2) พื้นที่อำเภอของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะทางห่างกันเพื่อป้องกันการ Contaminate (3) เขตพื้นที่ที่คัดเลือกมีความยินดีให้ความร่วมมือตลอดโปรแกรมการศึกษา และ (4) หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป็นกลุ่มทดลองยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย **เกณฑ์การคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง** (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) ตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 (ระยะการตั้งครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์) (2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร (3) หญิงตั้งครรภ์มีโทรศัพท์มือถือส่วนตัว (4) หญิงตั้งครรภ์ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง

**เกณฑ์การคัดออก** (Exclusion criteria) ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าจะ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และ (2) มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และสุติกรรม ทั้งด้านมารดาและทารก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เลือดออกกะปริดกะปรอย รกเกาะต่ำตั้งครรภ์นอกมดลูก ครรภ์แฝด ตรวจพบทารกในครรภ์มีความพิการ คลื่นไส้อาเจียนผิดปกติโรคเลือดจาง โรคธาลัสซีเมีย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและโรคคอพอก **เกณฑ์การถอนตัว** (Discontinuation criteria) ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างย้ายถิ่นฐาน และ (2) หญิงตั้งครรภ์ขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

**ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามโดยทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีลักษณะทางสังคมและจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน และเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์แพทย์ชุมชนที่เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 10 แห่ง จำนวนทั้งหมด 22 แห่ง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากครั้งที่ 1 ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างามเป็นกลุ่มทดลอง และจับสลากครั้งที่ 2 ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ แล้วสุ่มอาสาสมครตามเกณฑ์จำนวน 114 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากจากทะเบียนรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มตามจำนวนกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) โปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของนาฎนภา ปัดชาสุวรรณ์[10] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ (2) คู่มือการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสารไอโอดีน โรคขาดสาร ไอโอดีน สาเหตุของการขาดสารไอโอดีนการประเมินความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และเมนูอาหารป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากคู่มืออาหารหญิงตั้งครรภ์ 4 ภาคของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (3) แผ่นพับ เรื่อง โรคขาดสารไอโอดีน สำนักโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (4) วีดีทัศน์เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน สำนักโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (5) ปฏิทินเสริมสารไอโอดีน ผู้วิจัยพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคขาดสารไอโอดีน สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสร้างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนโดยให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกประเมินการรับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีน เช่น เกลือไอโอดีน น้ำปลาซอสปรุงรส เครื่องปรุงอาหารที่มีสารไอโอดีน อาหารที่มีสารไอโอดีน เช่น กุ้งทะเล ปลาหมึกทะเลปลาทู ปลาทะเล และอาหารทะเลทุกชนิด เป็นต้น และการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนของตนทุกวัน และติดสติ๊กเกอร์สีไว้ที่ปฏิทินในแต่ละวัน โดยให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกประเมินการได้รับสารไอโอดีนของตนเองด้วยตนเองจากการรับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีน ดังนี้ สีแดง หมายถึง ขาดสารไอโอดีน สีเขียว หมายถึง ได้รับสารไอโอดีนเพียงพอ และสีฟ้า หมายถึง ได้รับสารไอโอดีนเกินพอ (6) สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และ (7) ตัวแบบมีชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายปิดประเภทให้ตอบด้วยตัวเองใช้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลองประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ลักษณะทางประชากรของหญิงตั้งครรภ์

ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ การตั้งครรภ์ และอายุครรภ์

**ส่วนที่ 2** แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เป็นคำถามปรนัย ให้เลือกตอบมี 4 ตัวเลือกและมีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว แต่ละข้อคะแนนของคำตอบจะมี 2 ค่า โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้อุปสรรคการป้องกันของโรคขาดสารไอโอดีน และการรับรู้ความสามารถของตนเองของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนโดยสร้างข้อคำถามตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert’ scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

| | ข้อความด้านบวก | ข้อความด้านลบ |
|---|---|---|
| **เห็นด้วยมากที่สุด** | ให้ 5 คะแนน | ให้ 1 คะแนน |
| **เห็นด้วยมาก** | ให้ 4 คะแนน | ให้ 2 คะแนน |
| **เห็นด้วยปานกลาง** | ให้ 3 คะแนน | ให้ 3 คะแนน |
| **ไม่เห็นด้วย** | ให้ 2 คะแนน | ให้ 4 คะแนน |
| **ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง** | ให้ 1 คะแนน | ให้ 5 คะแนน |

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยสร้างข้อคำถามตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert’ scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

| | ข้อความด้านบวก | ข้อความด้านลบ |
|---|---|---|
| **เห็นด้วยมากที่สุด** | ให้ 5 คะแนน | ให้ 1 คะแนน |
| **เห็นด้วยมาก** | ให้ 4 คะแนน | ให้ 2 คะแนน |
| **เห็นด้วยปานกลาง** | ให้ 3 คะแนน | ให้ 3 คะแนน |
| **ไม่เห็นด้วย** | ให้ 2 คะแนน | ให้ 4 คะแนน |
| **ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง** | ให้ 1 คะแนน | ให้ 5 คะแนน |

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้การจัดกิจกรรมการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ (1) ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (2) กำหนดจุดมุ่งหมาย ขอบเขตเนื้อหาที่จะศึกษากิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้ (3) กำหนดเนื้อหาเรื่อง สารไอโอดีน โรคขาดสารไอโอดีน ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (4) สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และ (5) ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบโดยศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และภาษา

2.นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหา

(Content Validity) พิจารณาตรวจสอบเพื่อให้มีความถูกต้องชัดเจนตรงตามเนื้อหาความชัดเจนของภาษา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย นำผลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือต่อไป

3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้กับหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคามจำนวน 30 คน

4. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพและนำแบบสอบถามนั้นมาประเมินความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kurder-Ricbardson 20: KR20) ได้ค่าความเที่ยง 0.82 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการหาความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.79 แล้วจึงนำครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าความเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบเสร็จสิ้นแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล** ในการศึกษาครั้งนี้หลังจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบ ปรับปรุง และแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา**

**ขั้นเตรียมการ** (1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคามถึงผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่างาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยในหญิงตั้งครรภ์ (2) ติดต่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (3) จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ สื่อ เอกสารประกอบการบรรยาย และ (4) ทดสอบความรู้โรคขาดสารไอโอดีนและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

**ขั้นดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองโดยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 เปิดโครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 ซึ่งเป็นกิจกรรมสร้างความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอคีน โดยใช้การบรรยายเนื้อหาในการบรรยายครอบคลุมในเรื่องสารไอโอคีน ความต้องการสารไอโอคีน แหล่งอาหารที่มีสารไอโอดีน สาเหตุสำคัญของการขาดสารไอ โอดีนและโรคขาดสารไอโอดีน การตรวจและประเมินความรุนแรงของโรคขาดสารไอ โอดีน การแจกคู่มือการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแผ่นพับและ"ปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีน" พร้อมทั้งอธิบายการใช้ปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีน สาธิตการใช้ปฏิทินกินเสริมไอโอดีน การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีน และสรุปการเรียนรู้

**สัปดาห์ที่ 2** หญิงตั้งครรภ์บันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน และศึกษาแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนด้วยตนเองจากคู่มือ เรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและอุปสรรค

**สัปดาห์ที่ 3** โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 ติดตามการบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอคีนของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างใน "ปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีน" กระตุ้นเตือนชมเชย ให้กำลังใจ สอบถามปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ย้ำเตือนให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่ดี ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสูงขึ้น และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 4** หญิงตั้งครรภ์บันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในปฏิทินทินกินเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน ศึกษาแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนด้วยตนเองจากคู่มือ เรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและอุปสรรค

**สัปดาห์ที่ 5** กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน และสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการบรรยาย ฝึกวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนของตนเองด้วยตนเอง จากการบันทึกการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนใน “ปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีน” และแจ้งผลการตรวจปัสสาวะก่อนการทดลองให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทราบและให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองชมวีดีทัศน์ตัวอย่างเด็กขาดสารไอโอดีน ฝึกให้หญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ความสามารถของตนเองจากการบันทึกในปฏิทิน การเสนอตัวแบบมีชีวิต และสรุปการเรียนรู้

**สัปดาห์ที่ 6** หญิงตั้งครรภ์บันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน ศึกษาแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนด้วยตนเองจากคู่มือ เรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและอุปสรรค

**สัปดาห์ที่ 7** โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ติดตามการบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างใน “ปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีน” กระตุ้นเตือนชมเชย ให้กำลังใจ สอบถามปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ย้ำเตือนให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่ดี ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอคีนสูงขึ้น และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 8** หญิงตั้งครรภ์บันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน ศึกษาแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนด้วยตนเองจากคู่มือ เรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและอุปสรรค

**สัปดาห์ที่ 9** กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 และทบทวนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความสามารถของตนเองในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 2 สร้างการรับรู้ผลดี และอุปสรรคในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการบรรยาย ประกอบสไลด์ ฝึกประเมินความเสี่ยงและวิธีการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างเหมาะสม ด้วยการจำลองสถานการณ์และใช้ตัวแบบอาหารที่มีสารไอโอดีน เช่น ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เกลือเม็ดเสริมไอโอดีน และอาหารประเภทต่างๆที่มีสารไอโอคีนและร่วมแสดงความคิดเห็นวิธีการป้องกันตนเองจากการขาดสารไอโอดีน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และสรุปการเรียนรู้

**สัปดาห์ที่ 10** หญิงตั้งครรภ์บันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอ โอดีนในปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน ศึกษาแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนด้วยตนเองจากคู่มือ เรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและอุปสรรค

**สัปดาห์ที่ 11** โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 ติดตามการบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างใน “ปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีน” กระตุ้นเตือนชมเชย ให้กำลังใจ สอบถามปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ย้ำเตือนให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่ดี ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสูงขึ้น นัดหมายการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและเก็บตัวอย่างปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์หลังการทดลองต่อไป

**สัปดาห์ที่ 12** หญิงตั้งครรภ์บันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในปฏิทินกินเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน และศึกษาแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนด้วยตนเองจากคู่มือเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและอุปสรรค

**ขั้นประเมินผล** จากการโปรแกรมสุขศึกษาและดำเนินกิจกรรมตามแผนสุขศึกษาที่กำหนดในสัปดาห์ที่ 12 หลังการทดลองมีการประเมินผลโดยการให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ (1) ผู้วิจัยชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในงานฝากครรภ์เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในการวิจัย

(2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับสุขศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น หลังจากการทดสอบครั้งแรก และ (3) นำแบบสอบถามและแบบบันทึกมาตรวจสอบ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

**สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)** ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

**สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)** วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ทดสอบการกระจายข้อมูลแล้วเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ t-test มีการแจกแจงปกติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และค่าความเชื่อมั่นที่ 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบของการศึกษาเป็นกิจกรรมการให้ข้อมูล การดำเนินการในหญิงตั้งครรภ์ที่ถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง และที่ว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีทางเลือกจำเป็นต้องได้รับบริการทางสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอไอดีนให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนและอาหารที่มีสารไอโอดีน จึงไม่มีผลกระทบที่เป็นอันตรายโดยตรงต่อสุขภาพ

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1.ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่า อายุ 25.73 ปี (SD.=6.90) สถานภาพสมรส/คู่ (93.3%) จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษา(70.0%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (23.3%) และอาชีพเกษตรกร (23.3%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,133.33 บาทต่อเดือน (SD.=2,107.94) ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ (56.7%) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ (รวมครรภ์นี้ด้วย) ครรภ์ที่ 1 (70.0%) อายุครรภ์ 2 เดือน (53.3%) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน (90.0%) แหล่งที่ได้รับข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร (40.0%) ไม่ได้การรับประทานเกลือเสริมไอโอดีน (90.0%) การรับประทานอาหารทะเลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (100.0%) และความถี่การรับประทานอาหารทะเลเดือนละ 1-3 วัน (46.7%)

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า อายุ 25.91 ปี (SD.=6.21) สถานภาพสมรส/คู่ (80.0%) จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษา (60.0%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (33.3%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,433.00 บาทต่อเดือน (SD.= 8,352.92) ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ (60.0%) จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ (รวมครรภ์นี้ด้วย) ครรภ์ที่ 1 (53.3%) อายุครรภ์ 2 เดือน (50.0%) เคยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน (80.0%) แหล่งที่ได้รับข้อมูล(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วิทยุ/โทรทัศน์ (33.3%) ไม่ได้การรับประทานเกลือเสริมไอโอดีน (90.0%) เดือนที่ผ่านมา(96.7)%) และความถี่การรับประทานอาหารทะเลเดือนละ 1-3 วัน (33.3%)

2. หลังการทดลองพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไปโอดีน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, .001, .001, .001, .001, .001 และ .001

ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.67, 1.76, 1.90, 1.78, 2.01,1.69 และ 1.76 คะแนน (95%CI; 4.99, 5.00; 1.31, 2.20; 1.52, 2.28; 1.38, 2.17;1.65, 2.37;1.19, 2.18 และ 1.29, 2.23 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean diff.(SE.) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความรู้** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 11.83(1.48) | 3.67(0.66) | 4.99, 5.00 | <.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 30 | 8.16(3.30) | | | |
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 4.30(0.70) | 1.76(0.21) | 1.31, 2.20 | <.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 30 | 2.54(0.97) | | | |
| **การรับรู้ความรุนแรง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 4.32(0.57) | 1.90(0.18) | 1.52, 2.28 | <.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 30 | 2.42(0.86) | | | |
| **การรับรู้ประโยชน์** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 4.23(0.69) | 1.78(0.19) | 1.38,2.17 | <.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 30 | 2.45(0.82) | | | |
| **การรับรู้อุปสรรค** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 4.34(0.67) | 2.01(0.18) | 1.65, 2.37 | <.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 30 | 2.32(0.73) | | | |
| **การรับรู้ความสามารถของตนเอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 4.27(0.78) | 1.69(0.24) | 1.19, 2.18 | <.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 30 | 2.57(1.09) | | | |
| **การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 4.34(0.55) | 1.76(0.23) | 1.29, 2.23 | <.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 30 | 2.57(1.14) | | | |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไปโอดีน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.67, 1.76, 1.90, 1.78, 2.01,1.69 และ 1.76 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาล ยังไม่ได้กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน และมีอายุครรภ์ไม่เกิน 16 สัปดาห์ พื้นที่ที่ศึกษามี 26 จังหวัด เป็นกลุ่มจังหวัดที่มีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ความรู้เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีนพบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 87.0 รู้ว่าเกลือเสริมไอโอดีนป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ร้อยละ 94.5 รู้ว่าอาหารทะเลเป็นแหล่งอาหารที่มีสารไอโอดีน และร้อยละ 91.9 รู้ว่าควรกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ดทุกวันเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน แต่มีหญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 68.9 ที่รู้ว่าสารไอโอดีนมีผลต่อการสริมสร้างพัฒนาการทางสติปัญญา และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 62.9 เข้าใจผิดว่าเกลือทะเลมีสารไอโอดีนเพียงพอ ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วไปใช้เกลือทะเลที่ไม่เสริมไอโอดีน เมื่อพิจารณาความรู้ในภาพรวมพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง และมี 5 จังหวัดที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้อยู่ในระดับต่ำได้แก่ กำแพงเพชร ชลบุรี ปราจีนบุรี สกลนคร นครราชสีมา แสดงว่าการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนแก่ประชาชนยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ต้องให้ความรู้เรื่องไอโอดีนที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง ร่วมกับสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์ถึงความสำคัญของสารไอโอดีนและความเสี่ยงจากการขาดสารไอโอดีน มิฉะนั้นจะมีปัญหาขาดความรู้และการปฏิบัติอย่างถูกต้อง นำไปสู่การขาดสารไอโอดีนได้[2] แสดงว่าการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสารไอโอดีนแก่ประชาชน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดไป มิฉะนั้นจะมีปัญหาขาดความรู้และนำไปสู่การขาดสารไอโอดีนขึ้นมาใหม่มีการศึกษาในประเทศนอร์เวย์[11] (อังกฤษ[12] นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย[13] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้เรื่องไอโอดีน และในช่วง ANC เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องอาหารทั่วไป (healthy diet) มากกว่าที่จะเน้นเรื่องไอโอดีนดังนั้น การให้ความรู้เรื่องไอโอดีนที่ถูกต้องและต่อเนื่องตั้งแต่วัยเรียน วัยเจริญพันธุ์ จนถึงการให้ความรู้ในช่วง ANC ควรเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์ถึงความสำคัญของสารไอโอดีนและความเสี่ยงจากการขาดสารไอโอดีนเช่นเดียวกับผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ($p<.01$)[14]

ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Naghashpour M, et al.[15] ที่พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้ในเกี่ยวกับโภชนาการตามรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ผลที่ดีในด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางด้านโภชนาการของกลุ่มทดลอง โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีแคลเซี่ยมเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่พบว่าภายหลังการทดลองในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไฮโอดีน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสูงกว่าก่อนการการทดลอง[16] และความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน กรรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 µg/L ดีกว่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 µg/L ($p < .05$)[17]

ส่วนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนที่หญิงตั้งครรภ์ระบุว่ากินบ่อยมีจำนวน 7,090 รายการเป็นอาหารปรุงสำเร็จพร้อมกิน อาหารสด และเครื่องปรุงรส เมื่อตัดรายการเครื่องปรุงรสและรายการอาหารที่ไม่มีไอโอดีนออกไป พบว่า อาหารที่มีไอโอดีนที่หญิงตั้งครรภ์ระบุว่ากินบ่อยอันดับแรกคือ กลุ่มอาหารทะเล อันดับสองคือปลาทะเล ซึ่งจังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนมากระบุว่าเป็นปลาทู อันดับสาม คือ ไข่ แม้หญิงตั้งครรภ์จะระบุว่ากินอาหารเหล่านี้ แต่ในแบบสอบถามไม่ได้ถามถึงปริมาณและความถี่ที่กิน จึงไม่รู้ว่าได้รับไอโอดีนจากอาหารมากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่ามีอาหารหลายรายการที่ไม่มีสารไอโอดีนแต่ถูกระบุว่ากินบ่อย เช่น ผลไม้ ผัก ข้าว แป้ง มัน เผือก น้ำผลไม้ น้ำมัน และเครื่องดื่มเกลือแร่ แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ยังมีความเข้าใจผิดในเรื่องแหล่งอาหารไอโอดีน เช่นเดียวกับที่ตอบว่าเกลือทะเลเป็นแหล่งไอโอดีน[2] สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนโดยการมีส่วนร่วมชุมชน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่รอบด้านความรู้ประชาชน การสุ่มตรวจ การสนับสนุนงบประมาณ การมีส่วนร่วมชุมชน 2) การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงาน (ปท,สม.ทูตไอโอดีน ผู้นำชุมชน, ผู้ประกอบการร้านค้า 3) จัดทำมาตรการชุมชนโดย MOU ร่วมกับทุกภาคส่วน 4) ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง เช่น ดีเจ อสม. สื่อออนไลน์ 5) ระบบสนับสนุนเกลือไอโอดีนคุณภาพ : กองทุน การสุ่มตรวจตรวจ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) การคืนข้อมูลสถานการณ์เพื่อจัดการปัญหาเป็นระยะ ประเมินผล พบว่า ภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกด้านอยู่ในระดับมากและในภาพรวมก็อยู่ในระดับมาก (Mean=9.44, SD.=0.54) หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) หญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 45.60,36.40 ตามลำดับ ทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ร้อยละ 6.32, และ 5.98[18]

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอที่ที่สำคัญ คือ (1) การศึกษานี้ควรมีการติดตามผลระยะยาวไปจนกระทั่งหญิงตั้งครรภ์คลอดและควรติดตามค่าไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ (2) บุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้หรือให้สุขศึกษา โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ในเรื่องอื่นๆต่อไป เพราะสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (3) ควรมีการใช้สื่อออนไลน์มาช่วยในการให้ความรู้ เช่น ทางไลน์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดการผลิตสื่อการสอนที่เป็นเอกสารประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล (4) ควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง พร้อมให้คำแนะนำการกินอาหารทะเลให้ได้อย่างน้อย 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้เกลือไอโอดีนเป็นประจำควบคู่กับการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนเป็นประจำ และ (5) กำหนดนโยบายการดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน เพื่อให้เกิดความร่วมมือของทุกองค์กรในทุกระดับ ตั้งแต่นโยบายระดับจังหวัดจนถึงระดับผู้ปฏิบัติงานในชุมชนหมู่บ้าน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอดีน

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเพทฯ: บริษัทสามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
2. World Health Organization. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination : a guide for program me

managers. Third edition. Geneva; 2007.

3. สุณีรัตน์ ยั่งยืน, สุวิมล สงกลาง, ธิดารัตน์ สมดี. การบริโภคอาหารและปริมาณอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(4):683-702.
4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมป้องกันโรคขาดสารดีน: เส้นทางสู่ความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2559.
5. สมพงษ์ ชัยโอภานนท์. สถานการณ์ของโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2554-2558. วารสารสมาคมศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;7(2):200-11.
6. จารินี ยศปัญญา, ปิยะ ปุริโส, ชัญญานุช ปานนิล, พัชราภรณ์ ผานิช. ภาวะไอโอดีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2566;15(2):64-78.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. มหาสารคาม; 2565.
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา; 2553.
9. ปัทมาพร ภูมิเวียงศรี. การส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในกลุ่มแม่บ้าน ตำบลหว้าทอง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
10. นาฎนภา ปัดชาสุวรรณ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
11. Garnweidner-Holme L, Aakre I, Lilleengen A M, Brantsaeter A L, Henjum S. Knowledge about lodine in pregnant and lactating women in the Oslo area, Norway. Nutrints. 2017;13(9):493.
12. O'Kane S M, Pourshahidi L K, Farren K M, Mulhern M S, Strain J J, Yeates A J. lodine knowledge is positively associated with dietary iodine intake among women of childbearing age in the UK and Ireland. Br J Nutr. 2016;116:1728-35.
13. MartinJ C, Savige G S, Mitchell E K. Health knowledge and iodine intake in pregnancy. Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 2014;54:312-6.
14. วัลลภา สนธิเส็ง. ผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563;2(2):171-86.
15. Naghashpour M, Shakerinejad G, Lourizadeh M R, Hajinajaf S, Jarvandi F. "Nutrition Education base on health belief model improves dietary calcium intake among female student of junior high school," Journal of health Population Nutrition. 2014;32(3):420-29.
16. นวลรัตน์ โมทะนา, ทัศพร ชูศักดิ์, เบญจวรรณ นันทชัย, สัณหวัช ไชยวงศ์. ผลการให้สุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย. วารสารนเรศวรพะเยา. 2557;7(2):178-84.
17. สุมาลี มีศิริพันธุ์. รูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(3):161-71.
18. อัญชลี แก้วไชย. รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):660-9.

# ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

# Impact of a Nursing Care Guideline of Self-care in Pregnant Women at Risk for Preterm Labor Pain on Rates of Preterm Labor and Preterm Birth in Kaset Wisai Hospital

**ธัญทิพ วงษ์จำปา***

**Thunyatip wangchampa**

Corresponding author: E-mail: hunyatip1109@gmail.com

(Received: January 29, 2024; Revised: February 5, 2024; Accepted: March 5, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลัง (Two group pre-test posttest design)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการฝากครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลเกษตรวิสัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 61 คน รวมขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 122 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ %Differences

**ผลการวิจัย :** อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนดและไม่คลอดก่อนกำหนดลดลงจากปี พ.ศ.2565 เป็น 7.6%, 29.22, 54.54 และ 25.52 ตามลำดับ

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้

**คำสำคัญ :** แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยง; ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; อัตราการคลอดก่อนกำหนด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

## Abstract

**Purposes :** To impact of a nursing care guideline of self-care in Pregnant Women at risk for preterm labor pain on rates of preterm labor and preterm birth.

**Study design :** Quasi-experimental research; group pre-test posttest design.

**Materials and Methods :** 122 of samples were consisted of pregnant women with a gestational age of 26-28 weeks who were at risk for preterm labor, who receive antenatal care services in antenatal clinic at Kaset Wisai Hospital between March and August 2022. Data were collected using a data recording form and pregnancy outcome records. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and %differences.

**Main findings :** The incidence of premature labor in experimental and control groups were significantly different ($p < .05$) and the incidence of premature labor in experimental group was significantly different ($p < .05$),and premature birth rate and did not give birth prematurely, decreasing from 2022 to 7.6%, 29.22, 54.54 and 25.52, respectively.

**Conclusion and recommendations :** The results of this study confirm that using clinical practice guidelines for the care of pregnant women with preterm labor can improve quality outcomes.

**Keywords :** Nursing care guideline; Pregnant women at risk; Preterm labor pain; Rates of preterm labor; Preterm birth.

*Registered Nurse, Professional Level, Kaset Wisai Hospital

## บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์มีการหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ และมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก เมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาที่มี ความซับซ้อนรุนแรง[1] ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถยับยั้งได้จะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนด มีอัตราการตายปริกำเนิดสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดถึง 8 เท่า[2] มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก, ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ การติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน การเจ็บป่วยในระยะยาว และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ซึ่งได้แก่ ปัญญาอ่อน สมองพิการสูญเสียการได้ยินและการมองเห็น[3] รวมถึงส่งผลต่อเนื่องยังพัฒนาการของสติปัญญาในเด็กวัยเรียน[4-5] อีกทั้งการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

เช่นเดียวกับอุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลเกษตรวิสัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2564 พบว่ามีจำนวน 39, 65, 47, 58, 55, 56, 41 และ 38 ราย ในกลุ่มนี้พบว่าคลอด จำนวน 5, 6, 10, 24, 30, 22, 13 และ 12 ราย ไม่คลอด จำนวน 31, 46, 31, 30, 16, 29, 23 และ 26 ราย ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 3,13,6,4,9,5,5 และ 1 รายตามลำดับ[6] อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth rate) ต่ออัตราการคลอดในประเทศที่พัฒนาแล้วพบได้ประมาณร้อยละ 5.0 ถึงร้อยละ 7.0 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น แอฟริกาและเอเชีย มีอุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 11.0 และ 9.1 ตามลำดับ[7] สำหรับในประเทศไทยนั้นมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 12 โดยจัดอยู่ในลำดับที่ 55 จาก 184 ประเทศทั่วโลกของสถิติปี พ.ศ.2558 -2560 โรงพยาบาลศิริราช พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดต่อจำนวนคลอดทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 12.98, 13.52 และ 13.80 ตามลำดับ[8] จะเห็นได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปของสตรีตั้งครรภ์ เช่น การทำงานนอกบ้านมากขึ้น ต้องเดินทางไกลเพื่อไปทำงานทุกวัน การสูบบุหรี่ หรือมีการใช้ชีวิตที่รีบเร่ง ทำให้เกิดภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์ยุคใหม่มีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีการนำเทคโนโลยีที่ช่วยการเจริญพันธุ์มาใช้ ทำให้เกิดภาวะครรภ์แฝดสอง หรือมากกว่านั้น มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสที่จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นในบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ในด้านการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบทบาทของพยาบาลในด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงแบบองค์รวม โดยการให้ความรู้ คำแนะนำในด้านการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อประคับประคองการตั้งครรภ์ให้มีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น หรือสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้

ผลกระทบจากปรากฏการณ์ดังกล่าวในประเทศไทย สถิติค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยในหออภิบาลทารกแรกเกิดประมาณ 170,000 บาทต่อราย คิดประมาณค่ารักษาทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นเงินมากกว่า 2,300 ล้านบาทต่อปี[9] ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีการต่างๆอย่างแพร่หลาย แต่ยังมีความไม่สอดคล้องกันในรายงานการศึกษา และยังไม่พบวิธีใดที่เห็นผลได้ชัดเจนจากการจัดกระทำเพียงวิธีเดียว ซึ่งหลักการที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ที่มีกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อ

ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์หรือช่วยยืดเวลาให้ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของปอดทารกอย่างเต็มที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ทารกในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[10] เมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของทารกและยังทำให้เพิ่มการเกิดภาวะทุพพลภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียไปเนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลนาน และเพิ่มค่าใช้จ่ายของครอบครัว ในส่วนของมารดาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการคลอด หญิงตั้งครรภ์มักเกิดภาวะเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ต้องห่างครอบครัว และเพิ่มค่าใช้จ่ายเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามแนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการรับไว้เพื่อนอนโรงพยาบาล ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอนน้ำหนัก และส่วนนำของทารก รวมทั้งประเมินสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ค้นหาภาวะเสี่ยง สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลเกษตรวิสัยก็เช่นเดียวกันบทบาทของพยาบาลห้องคลอดคือเป็นผู้ประเมินและรวบรวมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์และสภาวะทารกในครรภ์ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบและนำมาวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนั้นก่อนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ออกโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ควรทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของตนเองรวมทั้งสามารถประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเพื่อมาโรงพยาบาลตั้งแต่แรกคือ เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรซึ่งทำให้มีโอกาสยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จมากกว่ามาโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 เซนติเมตร จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง เช่นการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โปรแกรมลดความเครียดโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม[11]

ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล (The nursing partnership) เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการที่พยาบาลเข้าไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์เชิงวิชาชีพกับประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์โดยมีจุดประสงค์เพื่อการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการคลอดกำหนด การสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการที่พยาบาลติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ส่งผลให้อัตรากลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดลดลงจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จึงได้ศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบสาเหตุปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง การรักษาการพยาบาลระหว่างรักษาในโรงพยาบาลและติดตามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านโดยมีเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์รับทราบและตระหนักว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาวิธีลดความเสี่ยง สอนการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลัง (Two group pre-test posttest design)

**ประชากร** ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลเกษตรวิสัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลเกษตรวิสัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2565

**เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย** (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 ข้อ จากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสายฝน ชวาลย์ไพบูลย์[12] มีความประสงค์รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัยจนอายุครรภ์ครบกำหนด โดยสามารถมาตรวจตามนัดได้ ทุก 2 สัปดาห์สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์และมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอดการวิจัย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก** (Exclusion criteria) ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ดัชนีมวลกาย (Body mass index) มากกว่า 28 กิโลกรัม/เมตร$^2$

**เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย** (Termination criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างประสงค์จะย้ายไปฝากครรภ์ยังสถานบริการอื่นก่อนได้รับการดูแลครบตามโปรแกรมและกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power program[13] ใช้สถิติเปรียบเทียบซึ่งอ้างอิง สัดส่วนของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการศึกษาของฮิลและคณะ (Hill et al.) กำหนดระดับความเชื่อมั่น ($\alpha$) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 61 ราย รวมขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 122 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ (1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสายฝน ชวาลย์ไพบูลย์[12] โดยมีหัวข้อประเมินความเสี่ยง 19 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 5 ข้อ ปัจจัยด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 5 ข้อ ปัจจัยทางชีวภาพ 7 ข้อ และปัจจัยด้านทารก 2 ข้อ โดยผู้มีความเสี่ยงตามแบบประเมินอย่างน้อย 1 ข้อ จัดว่าเป็นผู้เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (2) โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

1) แผนการให้สุขศึกษา เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับภาระเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้โดยเร็ว การสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการประเมินการทดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) คู่มือเรื่อง “9 ข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็ว การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3) เครื่องมือติดตามการหดรัดตัวของมดลูก โดยเครื่องมือบันทึกการทดรัดตัวของมดลูกที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งมีหัวตรวจชนิดภายนอก (External tocodynamometer) ใช้ติดตามประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย**

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสูติกรรม ลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ ตัวแปรอายุ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว และน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ลักษณะทางสูติกรรมได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และน้ำหนักในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์

2.2 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจติดตามการหดรัดตัวของมดลูก แบบบันทึกผลการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) โดยนำแผนการสอน และคู่มือเรื่อง 9 ข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบบบันทึกการสังเกตอาการ และการหดรัดตัวของมดลูก แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 3 ท่านได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน เพื่อพิจารณาหาความตรงของเครื่องมือทั้งความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และภาพประกอบ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** หลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์หัวหน้าห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลทีละกลุ่มจนครบตามจำนวนมีขั้นตอนดังนี้

1. สัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากพบความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อจึงขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยโดยการสมัครใจของผู้ร่วมการวิจัยเพื่อลดความวิตกกังวล ชี้แจงวัตถุประสงค์และ วิธีดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีนัดฝากครรภ์ในวันจันทร์อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่มีนัดฝากครรภ์วันอังคารจัดอยู่ในกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยในแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือเรื่อง “9 ข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากสุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม[11] และได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งในปัจจุบันการดูแลตามปกติในคลินิกฝากครรภ์นั้น เป็นการประเมินอาการผิดปกติ โดยรวมจากการซักประวัติในการฝากครรภ์ครั้งแรก และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามความเสี่ยงที่ค้นพบ หากพบว่ามีอาการเจ็บครรภ์เกิดขึ้นขณะตรวจครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจภายในโดยสูติแพทย์ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการส่งตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูกโดยเครื่องบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกที่หน่วยตรวจพิเศษ

ของสูตินรีกรรม หรือที่ห้องสังเกตอาการในห้องคลอด

1.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลจากผู้วิจัยตามโปรแกรมการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งมีการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 9 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งแจกคู่มือเรื่อง “9 ข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” และตรวจการหดรัดตัวของมดลูกด้วยเครื่องบันทึกการหดรัดตัวของมดลูก หลังจากนั้นในครั้งที่ 2-9 ตรวจการหดรัดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์สลับกับติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

2. รวบรวมข้อมูลโดยติดตามอายุครรภ์เมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และเมื่อคลอดก่อนกำหนด โดยติดตามทางโทรศัพท์และจากบันทึกของเวชระเบียน

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบอัตราเจ็บครรภ์คลอดและอัตราคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Percentage differences

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1012565

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.5 ปี (SD.=7.9) ส่วนใหญ่มีส่วนสูงตั้งแต่ 150 เซนติเมตรขึ้นไป จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย นอกจากนี้ยังพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ และในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพนั้น สถานภาพสมรสคู่ รายได้ของครอบครัวค่าเฉลี่ย 16,629.3 บาทต่อเดือน (SD.=12,300.9) และพบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์โดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 51.9กิโลกรัม (SD.= 8.1) โดยพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน เมื่อศึกษาลักษณะทางประชากรตามตัวแปรอายุ ส่วนสูง การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ลักษณะทางสูติกรรม พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ครั้งหลัง ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ใกล้ เคียงกัน และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการตั้งครรภ์อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และเปรียบเทียบน้ำหนักช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติทดสอบที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางสูติกรรมไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดในแต่ละด้านพบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยอายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ภาวะชีดและเศรษฐานะ พบว่า กลุ่มควบคุมมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่ากลุ่มทดลองเพียงเล็กน้อย ด้านปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ และพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ติดบุหรี่และใช้สารเสพติด ขณะตั้งครรภ์ ความเครียด ทำงานหนัก พบกลุ่มตัวอย่างที่คิดบุหรี่และใช้สารเสพติด เพียงเล็กน้อยและใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม ขณะที่กลุ่มทดลองทำงานหนักเป็นประจำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้านปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ พบว่ามีกลุ่มทดลองที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมีประวัติแท้งคุกคามมากกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมหรือสูติกรรมและมีน้ำหนักขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์จำนวนใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบไคสแควร์และสถิติทดสอบ

ฟิซเชอร์ พบว่า ลักษณะปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นปัจจัยเสี่ยงของมารดาทางด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านทำงานหนักเป็นประจำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยกลุ่มควบคุมมีร้อยละของการทำงานหนักเป็นประจำมากกว่ากลุ่มทดลอง

4. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากการทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองร้อยละ 7.10 ขณะที่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 20.00

5. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด และไม่คลอดก่อนกำหนดลดลงจากปี พ.ศ.2565 เป็น 7.6%, 29.22, 54.54 และ 25.52 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบจำนวนและอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด และการไม่คลอดก่อนกำหนด ระหว่างปี พ.ศ.2565 และ 2566

| ตัวแปร | ปี พ.ศ.2565 | ปี พ.ศ.2566 | Percentage differences |
|---|---|---|---|
| | จำนวน(%) | จำนวน(%) | |
| อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 10.79 | 10.00 | -7.6 |
| อัตราการคลอดก่อนกำหนด | 3.25 | 2.42 | -29.22 |
| การคลอดก่อนกำหนด | 14 | 8 | -54.54 |
| การไม่คลอดก่อนกำหนด | 412 | 322 | -24.52 |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า แต่สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำพบว่าไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ[14] เช่นเดียวกับผลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนที่มารับบริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากันโดยทั้ง 2 กลุ่มมีอายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการเสพยาเสพติด และการรักษาที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ข้อมูลการคลอด ได้แก่ ตัวแปรเพศ วิธีการคลอด น้ำหนักทารกและการรักษาที่ได้รับไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน และสัตส่วนทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่แตกต่างกันกัน แต่สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและส่วนการคลอดก่อนกำหนด พบว่าแตกต่างกัน[15] และสอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่งพบว่าอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน[11]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดตามการหดรัดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องบันทึกการหดรัดตัวของมดลูก และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการ และ

อาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองมีประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดโดยการค้นหาผู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถให้การรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง มีการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง และเกรดของการแนะนำ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาครอบคลุมทั้งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันไม่ให้สตรีมีครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่แผนกฝากครรภ์ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมีการทดลองใช้แนวปฏิบัติก่อนนำมาใช้จริง สอดแทรกในงานประจำมีการติดตามปัญหา และอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และก้าวทันกับยุคในปัจจุบันที่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่อยู่ในยุคของการควบคุมคุณภาพการดูแลครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสความผิดพลาด[16] และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นได้เร็วภายใน 30 นาทีหลังจากแรกรับและสามารถยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกภายใน 15 นาที หลังแพทย์มีคำสั่งการรักษาและช่วยยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลสำเร็จมากกว่า 48 ชั่วโมง[17] ทำให้การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นและส่งผลให้การคลอดก่อนกำหนดลดลง[14] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15]

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะของการตั้งครรภ์นั้นเป็นเรื่องที่สำคัญมากและเป็นเรื่องที่ดูแลได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากทีมสุขภาพไม่สามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้ตลอดเวลา เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม ในแต่ละบุคคลแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพื่อสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้นำความรู้และคำแนะนำต่างๆ ไปใช้ดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจในระหว่างที่ตั้งครรภ์ สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมาโรงพยาบาลได้อย่างทันท่วงที และทุกครั้งที่สตรีตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด ทั้งนี้พยาบาลควรทบทวนพฤติกรรมการดูแลตนเองอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และเน้นย้ำถึงความสำคัญและความจำเป็นของการได้รับยาโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งการให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการช่วยกันดูแลประคับประคอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้[18]

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลคลินิกฝากครรภ์สามารถนำใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้โดยเริ่มจากการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จัดระบบการดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อค้นพบภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็วและรักษาได้อย่างทันท่วงที

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและใช้แบบวิจัยเชิงทดลองโดยสุ่มตัวอย่างเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาโดยจัดโปรแกรมการดูแลให้สามีได้รับความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากระหว่างจากการดำเนินการวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับฝากครรภ์โดยสามีเป็นผู้ดูแลและบางรายสามีเป็นผู้รับโทรศัพท์ขณะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และอาสาเป็นผู้รับข้อมูลเพื่อถ่ายทอดแก่สตรีตั้งครรภ์

4. ผลการวิจัยครั้งนี้พบจำนวนครั้งของการได้รับการติดตามการทดรัดตัวของมดลูกเฉลี่ย 4 ครั้งต่อราย ซึ่งเพียงพอต่อการลดอัตราเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด จึงควรศึกษาโดยลดจำนวนครั้งของการติดตาม

การหดรัดตัวของมดลูกเพียง 4 ครั้งต่อรายเพื่อลดค่าใช้จ่าย

5. สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ควรนำมาตรฐานคุณภาพไปอ้างอิงเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดบริการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะมาตรการอื่น ๆ ที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันหรือดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การวัดความยาวของปากมดลูกเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ยาโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการให้ยาโทโคไลติกเพื่อยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกควรได้รับการเสนอเข้ากระบวนการพิจารณาบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์และนำไปพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคตเพื่อให้สามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้นต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Damus K. Prevention of preterm birth: A renewed national priority. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2008;20(6):590-96.
2. Khashu M, Narayanan M, Bhargava S, Osiovich H. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks gestation: A population-based cohort study. Pediatrics. 2009;123(1):109-13.
3. Anderson P, Doyle L W. Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. The Journal of the American Medical Association. 2003;289(24):3264-72.
4. Andrews W W, Cliver S P, Biasini F, Peralta-Carcelen A M, Rector R, Alriksson-Schmidt A I. Early preterm birth: Association between in utero exposure to acute inflammation and severe neurodevelopmental disability at 6 years of age. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008;198(4):466.e1-466.e11.
5. Valcamonico A, Accorsi P, Sanzeni C, Martelli P, La Boria P, Cavazza A, et al. Mid and long-term outcome of extremely low birth weight (ELBW) infants: An analysis of prognostic factors. Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine, 2007;(6):465-71.
6. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. ร้อยเอ็ด: งานยุทธศาสตร์; 2565.
7. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A P, Merialdi M, Requejo J H, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ. 2010;88(1):31-8.
8. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Annual Statistical Report 2017: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology; 2018.
9. ธราธิป โคละทัต. ทารกคลอดก่อนกำหนด: สถานการณ์ปัจจุบันและผลกระทบในการบูรณาการระบบดูแลสุขภาพมารดาและทารก. กรุงเทพฯ: โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทยในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์พระวรชายาในพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร; 2551.
10. Hill W C, Fleming A D, Martin R W, Hamer C, Knuppel R A, Lake M F, et al. Home uterine activity monitoring is associated with a reduction in preterm birth. Obstetrics & Gynecology. 1990;76(1):13s-18s.
11. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.2557;22(4):58-71.
12. สายฝน ชวาลไพบูลย์. ตำราคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: หน่วยเวชศาสตร์มารดา และทารกในครรภ์

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

13. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. G power: A general power analysis program. Behavior Research Methods, Instruments & Computers. 1996;28(1):1-11.
14. ณัฏฐมณฑน์ โกศัย, ฉวี เบาทรวง, กรรณิการ์ กันธะรักษา. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย. พยาบาลสาร. 2554;38(3):30-41.
15. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์, ศศิธร อินทุดม. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. 2563;28(2):25-35.
16. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. สภาการพยาบาล. 2548;20(2):63-74.
17. วรรณทนีย์ ลีหาพงศธร, ภรณ์ทิพย์ จันทาทิพย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในห้องคลอดโรงพยาบาลนารายณ์มหาราช. วารสารกองการพยาบาล. 2559:43:46-62.
18. ฐิรวรรณ บัวแย้ม, เพียงบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสบชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2562;25(3);254-54.

# รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง โรงพยาบาลอาจสามารถ

# Model for Developing Professional Nursing Competency on Emergency Response, Advanced Life Support of Patients with Cardiac Arrest by Learning Through Simulations in At Samat Hospital

**ปาริชาติ บุษดี***

**Parichat Boodsadee**

Corresponding author: E-mail: parichatpook8312@gmail.com

(Received: January 30, 2024; Revised: February 6, 2024; Accepted: March 6, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง

**รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย** : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลส่งต่อและออกรับเหตุผู้ป่วย จำนวน 25 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ แบบประเมินทักษะและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย** : ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น โดยรวมด้านการประเมิน การบริหารทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและการตัดสินใจ และความสามารถในการจัดการผ่านเกณฑ์ 80.0% แต่ด้านการจัดการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ด้านการประเมินผู้ป่วยในเรื่องการวิเคราะห์ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติตาม Algorithm ไม่ผ่านเกณฑ์ และพบว่าความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.64, SD.= 0.44)

**สรุปและข้อเสนอแนะ** : จากผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ผลลัพธ์มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยทั้งในบุคลากรและผู้ป่วย ดังนั้น ควรนำ Intervention นี้ไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

**คำสำคัญ :** การพัฒนาสมรรถนะ; การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน; การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

## Abstract

**Purposes :** To develop the competency of professional nurses. To emergency response, advanced resuscitation, patients in cardiac arrest by learning through simulation situations.

**Study design** : Action research.

**Materials and methods** : 25 of participants were nurses who perform nursing work, transferring and responding to patient emergencies. The participants were obtained through purposive sampling. Data were collected using knowledge test, Skill assessment form, and questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

**Main findings** : After developing, it was found that participants Knowledgeable in managing advanced resuscitation in patients with cardiac arrest, overall assessment advanced resuscitation team management and decision making and the ability to manage passes the criteria was 80.0%, but emergency response management and advanced life support in terms of patient evaluation in analyzing abnormal electrocardiogram images according to the algorithm, There were not pass the criteria. Satisfaction on competency development model professional nurse In emergency response, advanced resuscitation of patients with cardiac arrest was overall at the highest level (Mean = 4.64, SD.= 0.44).

**Conclusion and recommendations** : The results of this study help strengthen the results. It creates safety for both personnel and patients. Therefore, this intervention should be used in the next unit.

**Keywords** : Competency development; Emergency response; Advanced life support

*Registered Nurse, Professional Level, At Samat Hospital

## บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) เป็นภาวะที่หัวใจของผู้ป่วยไม่มีการบีบตัวทำให้ไม่มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้อวัยวะทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะสมองที่จะเกิดอาการหมดสติ (Coma) ในช่วงเริ่มต้น ผู้ป่วยที่ประสบภาวะนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation : CPR) ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้อวัยวะสำคัญโดยเฉพาะสมองและหัวใจได้รับเลือด และออกซิเจนเพียงพอก่อนที่อวัยวะต่าง ๆจะเสื่อมสภาพ จนเสียชีวิต ความสำเร็จของการทำ CPR ถูกวัดจากการกลับมามีสัญญาณชีพ (Return of spontaneous circulation : ROSC) และอัตราการรอดชีวิต (Survival outcomes) การช่วยฟื้นคืนชีพแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support :BLS) และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced cardiac life support : ACLS) ประเภทของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงมากถึง 17.5-40.0% โดยปี พ.ศ. 2560 สามารถช่วยให้การช่วยเหลือได้ทันภายใน 3 ชั่วโมงถึง 57.14- 66.7% อัตราการตายจากโรคหลอดเลือด สมองอยู่ระหว่าง 2.90-8.56% สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันภายใน 3 ชั่วโมงคือ 35.29-45.45% ซึ่งถือว่าอยู่ใน ระดับปานกลาง[1] ภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทั้งในและนอกโรงพยาบาล เมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเกิดขึ้น การให้ความช่วยเหลือด้วยการทำ CPR ที่รวดเร็วถูกต้องและมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แต่ความสำเร็จในการทำ CPR มีไม่มากนักโดยเฉพาะผู้ที่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ จากหลายการศึกษาพบว่าการทำ CPR ส่วนมากมักไม่ประสบผลสำเร็จและยังมีความเจ็บป่วยพิการเกิดขึ้น รวมทั้งการเสียชีวิตในระยะเวลาต่อมา ปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากความสามารถในการทำ CPR ของบุคลากรทางการแพทย์และระบบการแพทย์และการเรียนการสอน CPR ที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีผลต่อความสำเร็จในการทำ CPR[2] พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตจากการช่วยฟื้นคืนชีพที่สำคัญ คือ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด Ventricular Fibrillation (VF) ที่มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า และพบว่าระยะเวลาที่ใช้ใน การช่วยชีวิตเพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 นาที จะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง 0.9 เท่า[3]

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลอาจสามารถที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 อยู่ห่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 30 กิโลเมตร อยู่ห่างจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายเสลภูมิ 28 กิโลเมตร ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีธนาคารเลือด ประชากรในเขตบริการ 73,500 คน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช สังกัดกลุ่มการพยาบาล ให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ออกรับ-ส่งต่อผู้ป่วยบาดอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้บริการในโรงพยาบาล ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามช่องทางด่วนตามข้อบ่งชี้ร่วมกับเครือข่าย ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติและต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย หากขีดความสามารถซึ่งจำแนกแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระบบและกลุ่มโรคที่สำคัญ เป็นต้น[4] อย่างไรก็ตามระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ในโรงพยาบาลอาจสามารถ มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จำนวนอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ยังไม่พอเพียงกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤติที่เพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ มี ROSC ส่งไปโรงพยาบาลแม่ข่าย เฉลี่ย 55 ราย/ปี พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2565 -2566 พบ จำนวนสูงถึง 45,55 รายตามลำดับ (เฉลี่ย 44.52 ราย/วัน) และ 18,929 ราย (เฉลี่ย 51.86 ราย/วัน)[5] จำนวนพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงาน 3-4 คนต่อเวรนอกเวลาราชการ ซึ่งยังไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแล จึงมีการบริหารอัตรากำลังโดยใช้พยาบาลวิชาชีพจากทุกหน่วยงานในสังกัดกลุ่มการพยาบาล ทำหน้าที่พยาบาลเวรส่งต่อและออกรับเหตุเป็นอัตรากำลังเสริมเมื่อมีผู้ป่วยวิกฤต หัวใจหยุดเต้นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ดังนั้นด้วยข้อจำกัดด้านภาระงานดังกล่าว ประกอบกับสมรรถนะของพยาบาลในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติของพยาบาลในแต่ละแผนกมีความเหลื่อมกัน จากอายุงาน ประสบการณ์ในการทำงาน การได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณของโรงพยาบาล ทำให้ได้ตระหนักถึงความเสี่ยง

ความปลอดภัยต่อผู้ป่วยทั้งจากปัจจัยสิ่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต รวมถึงการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง และจากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ มี ROSC ได้รับการส่ง และมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานของศูนย์ส่งต่อ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เกี่ยวกับ ความล่าช้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และการให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาลซึ่งเกิดจาการสื่อสารจากทีมผู้ให้บริการ[6]

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกแห่งปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ตอนที่ III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง โดยกำหนดให้มีการเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทันที[7] ประกอบกับมีข้อเสนอแนะจากสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลฯที่โรงพยาบาลต้องพัฒนาคือ 1) การ ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 2) การพัฒนาบุคลากรใน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และ 3) การปรับระบบ ประเมินสมรรถนะบุคลากร[8] การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ โดยดำเนินการพัฒนาใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังการปองกันและการรักษาภาวะวิกฤติ ก่อนหัวใจหยุดเต้น 2) การพัฒนาระบบการขอความช่วยเหลือจากทีมที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วภายในโรงพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดหน้าที่ในทีมที่ชัดเจน 3) การพัฒนาความรู้ และทักษะของบุคลากรเพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การพัฒนาด้านการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และ 5) ระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีม[9]

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้และความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบันการพัฒนาสมรรถนะ ของพยาบาลมีหลายวิธีเช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการการฝึกอบรม การฝึกอบรมในงาน หรือการฝึกงานในสถานการณ์จริง และใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นต้น จากสถานการณ์ที่ผ่านมา ผู้บริหารการพยาบาล ได้นำวิธีการพัฒนาดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมศักยภาพ พบว่าการฝึกงานในสถานการณ์จริงอาจก่อให้ เกิดอันตรายกับผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้ นอกจากนี้การผ่านการฝึกอบบรมแต่ยังไม่ได้นำความรู้เหล่านั้น มาปฏิบัติกับผู้ป่วยเมื่อเจอสถานการณ์จริงก็ไม่สามารถนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ได้ จากการทบทวน พบว่าการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Simulation based learning) เป็นวิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ผ่านสถาณการณ์จำลองเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง มีการสรุปผลการเรียนรู้โดยใช้การสะท้อนคิดจากประสบการณ์ผ่านสถานการณ์จำลอง มีการ เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผู้เรียนต้องทำความเข้าใจวิเคราะห์ความคิด ความรู้สึกต่อ กิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และสรุปหลักการ หรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ใช้ใน สถานการณ์ใหม่ ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การให้ เหตุผลทางการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล และทักษะที่ไม่ใช่ การปฏิบัติการพยาบาล[10] นอกจากนี้การจัดการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์จำลอง เป็นวิธีการพัฒนาที่ช่วยลดระยะเวลาสำหรับการเรียนรู้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ให้สั้นลง ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีความเหมาะสมในการส่งเสริมทักษะทางวิชาชีพ[11] และจากการทบทวน พบว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นกระบวนการศึกษา โดยใช้ระเบียบวิธีวิทยาศาสตร์เพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติ[12]

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โรงพยาบาลโรงพยาบาลอาจสามารถ โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล จึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกัน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โรงพยาบาลโรงพยาบาลอาจสามารถ โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง อันจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นหลังการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง อำเภออาจสามารถต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) ลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observe) การสะท้อนผลการปฏิบัติและการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติ (Reflecting)[13] จนกว่าจะได้รูปแบบปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในพยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติได้ในบริบทภายใต้พื้นที่โรงพยาบาลอาจสามารถ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และปฏิบัติงานพยาบาลเวรส่งต่อผู้ป่วยและออกรับเหตุฉุกเฉิน จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยวิธีการเรียนรู้ ผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation based learning) ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญตรวจสอบเนื้อหาและพิจารณาความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสมของข้อความก่อนนำไปเก็บข้อมูล ประกอบด้วย สถานการณ์จำลอง และสื่อที่ใช้ในการพัฒนาความรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินความสามารถพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีประสบการณ์ในการทำวิจัย และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น เพื่อ ตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องของสาระคำถาม ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหาความรัดกุม แบบประเมินความพึงพอใจ โดยอ้างอิงแบบประเมินความพึงพอใจในสถานการณ์จำลองของวรรัตน์ เต็มลักษณ์[14] ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานการเข้ารับการอบรม ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบเลือกตอบสำหรับให้ ผู้ตอบได้เลือกตอบตามจริง ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยใช้สถานการณ์จำลอง ในการวัดสมรรถนะ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ สมรรถนะ ด้านการประเมิน และสมรรถนะ ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สมรรถนะด้านการพยาบาล และการจัดการหลังผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นกลับมามีชีพจร (ROSC) และชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพ

ขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โรงพยาบาลอาจสามารถ ด้านรูปแบบ ด้านเนื้อหา ด้านขั้นตอนการใช้รูปแบบ โดยใช้เกณฑ์แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert Scale)

**ขั้นตอนดำเนินการศึกษา** มี 3 ระยะ ดังนี้

**1. ระยะเตรียมการ** จากการสำรวจ สังเคราะห์สภาพปัญหาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และความต้องการหลักในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยได้สัมภาษณ์หัวหน้าตึก พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และแพทย์ เพื่อค้นหาสมรรถนะที่จำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่าพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการส่วนใหญ่ในตึกผู้ป่วยและขึ้นเวรส่งต่อผู้ป่วยและออกรับเหตุส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง อายุงานเฉลี่ย 2-5 ปี และไม่มีประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น จึงทำให้ไม่มั่นใจ และวิตกกังวลในการใช้แนวทางการดูแล รวมถึงการ เฝ้าระวังความเสี่ยงต่าง ๆ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น มีความเห็นว่า พยาบาลควรมี สมรรถนะ ดังนี้ 1) การประเมินอาการผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการของหัวใจหยุดเต้นได้ การใช้ Early Warning Sing เพื่อประเมินภาวะก่อนหัวใจหยุดเต้น 2) การประเมินอาการทางระบบประสาทจากการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของ ความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma scale 3) การเตรียมทีมช่วยเหลือการช่วยฟื้นคืนชีพ 4) การรายงานแพทย์เวรด้วยหลัก SBAR และ 5) ความสามารถในการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หลังจากนั้นจึงนำประเด็นที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดเตรียมรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น

**2. ระยะปฏิบัติการจัดการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ตามสถานการณ์จำลอง** โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart[13] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นการวางแผน (Plan) การเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาสมรรถนะและ สร้างสถานการณ์จำลองการจัดการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น นำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของสถานการณ์จำลองกับพยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน พบว่าเวลาที่ใช้ในการดำเนินสถานการณ์จำลองประมาณ 45 นาที ขั้นตอนการดำเนิน สถานการณ์มีความราบรื่น ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบสถานการณ์จำลอง

2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ดำเนินโดยผู้วิจัยเข้าพบผู้มีส่วนร่วม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดโครงการ ประโยชน์จากการวิจัย การมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วม และมีสิทธิถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะเร่งด่วน โดย ให้ผู้มีส่วนร่วมเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อที่บันทึกไว้ในกลุ่มของแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อพัฒนาตนเอง เป็นเวลา 1 สัปดาห์หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พบทีมผู้ช่วยในสถานการณ์จำลอง เพื่อกำหนดบทบาท และซักซ้อมเพื่อทำความเข้าใจ หลังจากนั้นแบ่งผู้มีส่วนร่วม กลุ่มละ 4-5 คน เพื่อแสดงบทบาทสมมติตาม สถานการณ์จำลอง โดยมีบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลในเวร และผู้สังเกตการณ์เมื่อจบสถานการณ์ จำลอง ผู้วิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมได้ทบทวนเหตุการณ์ (Debriefing) ผ่านการอภิปรายถกเถียง(Discussion)เป็นการระดมความคิดแบบกลุ่ม การยอมรับฟัง และยอมรับข้อเสนอแนะของผู้อื่น เพื่อนำไปปรับปรุง ตนเองในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงต่อไป

2.3 ขั้นการสังเกตพฤติกรรมของผู้มีส่วนร่วม (Observation) จากการร่วมกัน สังเกตการแสดงบทบาทสมมติ

2.4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Refection) หลังจากผู้มีส่วนร่วมได้ทบทวนเหตุการณ์ (Debriefing) ได้สรุปผลการเรียนรู้ไว้ 4 ด้าน คือ 1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์

2) ปัจจัยที่ส่งเสริม การเรียนรู้จากการได้พบเห็นเหตุการณ์จำลอง 3) ปัญหา และอุปสรรคในการเรียนรู้ และ 4) กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้

**3. ระยะประเมินผล** เป็นการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะมี ผลสัมฤทธิ์ตามความมุ่งหมายที่วางไว้หรือไม่ หากพบปัญหาอุปสรรค หรือข้อบกพร่องต่าง ๆ จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยใช้แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติพื้นฐาน เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์จากคะแนนความรู้ในการต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นของพยาบาลวิชาชีพ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินมากกว่า (80.0%) แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น วิเคราะห์จากคะแนนการต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากโจทย์สถานการณ์โดยผ่านเกณฑ์การประเมินมากกว่า (80.0%) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจึงดำเนินการด้านจริยธรรม ดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วม โดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อ ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1312565 ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมโดยทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยเพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย การมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วม และมีสิทธิถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ แก่ผู้มีส่วนร่วม ได้รับสิทธิในการปกปิดชื่อ ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้ถูกนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้เฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-35 ปี (50.0%) อายุเฉลี่ย 29.32 ปี (SD.= 3.27) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (100.0%) ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลระหว่าง 2-5 ปี (45.0%) ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลเฉลี่ย 7.60 ปี (SD.= 2.66) ประสบการณ์การการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น 6 ปี (85.0%) ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (84.0%) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น

2. ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ด้านการประเมินผู้ป่วย ด้านการบริหารทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และด้านการตัดสินใจ ผ่านเกณฑ์ 80.0% ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ร้อยละและการประเมินตามเกณฑ์ระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับสมรรถนะ (n= 25)

| ข้อคำถาม | ตอบถูก (%) | แปลผลตามเกณฑ์ |
|---|---|---|
| **ด้านการประเมินผู้ป่วย** | | |
| 1. การประเมินอาการผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการของหัวใจหยุดเต้นได้ การใช้ Early Warning Sing เพื่อประเมินภาวะก่อนหัวใจหยุดเต้น | 80.0 | ผ่าน |
| 2. การประเมินอาการทางระบบประสาท จากการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของ ความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) | 80.0 | ผ่าน |
| 3. การวิเคราะห์ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ(EKG recognition) | 80.0 | ผ่าน |
| **ด้านการบริหารทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง** | | |
| 4. การทำ High-quality CPR (chest compression) | 80.0 | ผ่าน |
| 5.การช่วยแพทย์ทำ defibrillation/Monitor EKG | 80.0 | ผ่าน |
| 6.การให้ยาช่วยชีวิตและสารน้ำ (ACLS medications) | 80.0 | ผ่าน |
| 7. การจัดการทางเดินหายใจและการช่วยหายใจ | 80.0 | ผ่าน |
| **ด้านการตัดสินใจ** | | |
| 8. การรายงานแพทย์เวรด้วยหลัก SBAR<br>1. S - Situation สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน<br>2. B - Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์<br>3. A - Assessment การประเมิน<br>4. R - Recommendation ข้อเสนอแนะ) | 80.0 | ผ่าน |
| 9. ความสามารถ ในการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การตามทีมCPR | 80.0 | ผ่าน |
| 10. ความสามารถจัดการเมื่อกลับมามีสัญญาณชีพ (Return of Spontaneous Circulation ; ROSC) (การช่วยหายใจและปรับระดับออกซิเจนให้เหมาะสม/การค้นหาสาเหตุและแก้ไข) | 80.0 | ผ่าน |

3. ความสามารถในการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่า ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงด้านการตัดสินใจจัดการได้ (100.0%) ส่วนด้านการประเมินผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการของหัวใจหยุดเต้นได้ การใช้ Early Warning Sing เพื่อประเมินภาวะก่อนหัวใจหยุดเต้นจัดการได้ (100.0%) และการวิเคราะห์ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติตาม Algorithm ไม่ผ่านเกณฑ์ (60.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ร้อยละของความสามารถในการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (n=25)

| ข้อคำถาม | จัดการได้ (%) | แปลผลตามเกณฑ์ |
|---|---|---|
| **ด้านการประเมินผู้ป่วย** | | |
| 1. การประเมินอาการผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการของหัวใจหยุดเต้นได้ การใช้ Early Warning Sing เพื่อประเมินภาวะก่อนหัวใจหยุดเต้น | 100.0 | ผ่าน |
| 2. การวิเคราะห์ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติตาม Algorithm | | |
| -Ventricular Fibrillation หรือPulseless Ventricular Tachycardia (VF/pVT) Algorithm | 60.0 | ไม่ผ่าน |
| -Asystole หรือ Pulseless Electrical Activity ( PEA) Algorithm | 60.0 | ไม่ผ่าน |
| **ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง** | | |
| 4. การทำHigh-quality CPR (chest compression) | 100.0 | ผ่าน |
| 5. การช่วยแพทย์ทำ defibrillation/Monitor EKG | 100.0 | ผ่าน |
| 6. การให้ยาช่วยชีวิตและสารน้ำ (ACLS medications) | 100.0 | ผ่าน |
| 7. การจัดการทางเดินหายใจและการช่วยหายใจ | 100.0 | ผ่าน |
| **ด้านการตัดสินใจ** | | |
| 8. การรายงานแพทย์เวรด้วยหลัก SBAR โดย SBAR ประกอบด้วย<br>1. S - Situation. สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน<br>2. B - Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์<br>3. A - Assessment.การประเมิน<br>4. R - Recommendation.ข้อเสนอแนะ)<br>และการตัดสินใจตามทีม CPR | 100.0 | ผ่าน |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| ข้อคำถาม | จัดการได้ (%) | แปลผลตามเกณฑ์ |
|---|---|---|
| 9. ความสามารถ ในการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การตามทีมCPR | 100.0 | ผ่าน |
| 10. ความสามารถจัดการเมื่อกลับมามีสัญญาณชีพ ( Return of Spontaneous Circulation ; ROSC) (การช่วยหายใจและปรับระดับออกซิเจนให้เหมาะสม /การค้นหาสาเหตุและแก้ไข) | 80.0 | ผ่าน |

4. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.64, SD.=0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านมากที่สุดได้แก่ประเด็นด้านขั้นตอนการใช้รูปแบบ (Mean=4.76,SD.= 0.43) รองลงมาประเด็นด้านเนื้อหา (Mean=4.72, SD.=0.45) และประเด็นด้านรูปแบบ (Mean= 4.44 ,SD.=0.45) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ (N=25)

| ข้อคำถาม | Mean(SD.) | ระดับ |
|---|---|---|
| **ประเด็นด้านรูปแบบ** | | |
| 1. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ จำลองมีความเหมาะสม | 4.64(0.48) | มากที่สุด |
| 2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน | 4.28(0.46) | มาก |
| 3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะใช้ได้จริง | 4.16(0.37) | มาก |
| 4. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยลดความเครียดต่อการปฏิบัติงาน | 4.4(0.50) | มาก |
| 5. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยลดระยะเวลาในการเรียนรู้ | 4.72(0.45) | มากที่สุด |
| เฉลี่ยโดยรวม | 4.44(0.45) | มาก |
| **ด้านเนื้อหา** | | |
| 1. เนื้อหา ถูกต้องเหมาะสม | 4.72(0.45) | มากที่สุด |
| 2. ความรู้ที่ได้จากการใช้รูปแบบทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะ ของตนเองในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น | 4.68(0.47) | มากที่สุด |

**ตารางที่ 3** (ต่อ)

| ข้อคำถาม | Mean(SD.) | ระดับ |
|---|---|---|
| 3. เนื้อหาครอบคลุมทุกประเด็นทำให้ผู้ใช้รูปแบบมีความรู้ เข้าใจได้รวดเร็ว ไม่กังวลเมื่อปฏิบัติหน้าที่ | 4.72(0.45) | มากที่สุด |
| เฉลี่ยโดยรวม | 4.72(0.45) | มากที่สุด |
| **ด้านขั้นตอนการใช้รูปแบบ** | | |
| 1. มีการจัดเรียงลำดับของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล วิชาชีพในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้เหมาะสมกับการฝึกปฏิบัติ | 4.76(0.43) | มากที่สุด |
| 2. ระยะเวลาการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของรูปแบบพัฒนา สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น เหมาะสม | 4.76(0.43) | มากที่สุด |
| เฉลี่ยโดยรวม | 4.76(0.43) | มากที่สุด |
| **รวมทุกด้าน** | 4.64(0.44) | มากที่สุด |

## วิจารณ์

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โรงพยาบาลอาจสามารถ โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย การเตรียมความรู้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น การปฏิบัติการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ผ่านสถานการณ์จำลองและการประเมินผลความรู้ ความสามารถในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และประเมินความพึงพอใจ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะนี้เป็นการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ และ ความสามารถของพยาบาลในการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ผ่านสถานการณ์ จำลอง โดยใช้หุ่นและสถานการณ์จำลอง และช่วยส่งเสริมการตัดสินใจที่ถูกต้องภายใต้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสอดคล้องกับสมจิตต์ สินธุชัยและกันยารัตน์ อุบลวรรณ[15] กล่าวว่าการจัดการเรียนการสอนโดย ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยการสร้างสถานการณ์ที่เลียนแบบ สถานการณ์จริงในคลินิก ที่มีความเสมือนจริง เพื่อให้ผู้เรียนมีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลใน สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่มีอันตรายหรือความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยตรง สอดคล้องกับสุมลชาติ ดวงบุปผา และสุนทรี เจียรวิทยกิจ[16] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น นี้ประกอบด้วย สถานการณ์จำลอง การจัดการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และสื่อการเรียนรู้ที่ครอบคลุมสมรรถนะในการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นได้อย่างปลอดภัย ตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นของชมรมคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต (Thai Resuscitation Council) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์[2]

ผลลัพธ์กการดำเนินงานด้านความรู้ พบว่า ความรู้ในการจัดการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ผ่านเกณฑ์ด้านการความรู้ ด้านการประเมินผู้ป่วย ด้านการบริหารทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และการตัดสินใจ 80.0%และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่าการพัฒนาสมรรถนะผ่าน สถานการณ์จำลองโดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีการสรุปผลการเรียนรู้จากประสบการณ์ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจจดจำความรู้และ การจัดการจากสถานการณ์จำลองดังกล่าวได้ เมื่อพบสถานการณ์ครั้งใหม่จึงสามารถนำความรู้และการจัดการ ได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับสมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ[15]

สำหรับการจัดการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และการตัดสินใจ ผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตามยังมีความรู้ และความสามารถด้านการประเมินผู้ป่วย ในเรื่องการวิเคราะห์ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติตาม Algorithm ไม่ผ่านเกณฑ์ อธิบายได้ว่า ความรู้เรื่องการประเมินด้านนี้เป็นความรู้ที่ใช้ความจำเป็นหลัก ถ้าไม่ได้นำมาใช้ทุกวันอาจ ทำให้ลืมได้ เช่น ความรู้พื้นฐานด้านการประเมินผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงด้านการตัดสินใจ สอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาลของเบนเนอร์[17] ที่อธิบายว่า พยาบาลที่ได้รับการพัฒนา สมรรถนะเกิดทักษะและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้ดียิ่งขึ้น อันเป็นผลมาจากการศึกษาและการสั่งสม ประสบการณ์ที่ผ่านมาในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมยาวนานของบุคคล ดังนั้นในด้านการพยาบาล การสอนด้วยสถานการณ์จำลอง จึงเป็นการสอนที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของพยาบาล เนื่องจากผู้สอนสามารถจัดให้พยาบาลมีประสบการณ์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด และอยู่ภายในสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงสามารถควบคุมให้สถานการณ์ดำเนินไปตามแผน มีความปลอดภัยในการเรียนรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย นอกจากนี้ยัง สามารถเข้าสถานการณ์จำลองซ้ำได้เพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้จริง การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ของโคล์บ[18] กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม โดยการใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นพื้นฐานในการเรียน โดยการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้ผู้เรียนได้นำเอาความรู้และประสบการณ์เดิมมาเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความรู้ใหม่ ผ่านการคิดวิเคราะห์สะท้อนคิดและอภิปราย สามารถช่วยพัฒนาทั้งด้านความรู้ทัศนคติ และทักษะของ ผู้เรียนได้ สามารถประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยฟื้นคืนชีพ แปลผล คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า พยาบาลมีความสามารถในการช่วยแพทย์ในการเตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิต ขั้นสูง ประเมิน วางแผนทำงานร่วมกับทีม ทำงานตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย สื่อสาร ประสานความร่วมมือภายในทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ[19]

ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชและพยาบาลเวรส่งต่อผู้ป่วย ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความสามารถ ในการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการในความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการวาง แผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกับแพทย์ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่จัดขึ้นผู้เข้าร่วมโครงการ มีองค์ความรู้ ที่สามารถเติมประสบการณ์การทำงานได้เป็นอย่างดี ความพึงพอใจและระยะเวลาที่จัดเรียงลำดับกิจกรรมมีความเหมาะสมประกอบกับความสามารถของตัววิทยากรที่มีความสามารถในการบรรยาย สาธิตกิจกรรมในการเพิ่มทักษะโน้มน้าวความสนใจ กระตุ้นการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดีทำให้ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ตามลำดับ กล่าวว่า ความรู้ ความตระหนัก ความเข้าใจ และความชำนาญที่ได้รับผ่านประสบการณ์จำลองจะเป็นความรู้ที่คงทนมากกว่าความรู้ที่ได้จากการบรรยายอย่างเดียว ด้านความพึงพอใจจากพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

พยาบาลวิชาชีพในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดอธิบายได้ว่า การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการในการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในครั้งนี้เป็นการพัฒนาโดยใช้สถานการณ์จำลองที่มีรูปแบบเฉพาะเจาะจง มีขั้นตอนการพัฒนาอย่างชัดเจน เป็น รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะกับบริบท โดยการนำสถานการณ์จำลองมา พัฒนาสมรรถนะการจัดการในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทำให้พยาบาลได้รับ ความรู้ ความสามารถในการจัดการในการการตอบสนองภาวะฉุกเฉินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นที่มีประสิทธิภาพเกิดความปลอดภัยทั้งในบุคลากรและผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้** ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริม สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป** ควรทำการวิจัยและพัฒนา (Research and development) การพัฒนาสมรรถนะ ด้วยการใช้สถานการณ์จำลองสู่การปฏิบัติจริงและศึกษาผลลัพธ์ในผู้ป่วย เพื่อติดตามผลด้านความรู้และความสามารถในระยะยาว

**กิตติกรรมประกาศ** ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารที่สนับสนุนในการ พัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทุกกระบวนการ ขอบคุณบุคลากรในกลุ่มการพยาบาล ที่ร่วมมือร่วมแรงร่วมใจฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูลจนทำให้การพัฒนางานนี้สำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. หทัยชนก บัวเจริญ.นวทางการจัดการกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลันด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):211-16.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชปถัมภ์. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี:AED) สำหรับประชาชน พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สมาคม; 2561.
3. วรรน์นา พิมานแพง. อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตจากการช่วยฟื้นคืนชีพ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;38(2):369-82.
4. โรงพยาบาลอาจสามารถ. สรุปประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาจสามารถ 2562-2566. ร้อยเอ็ด; 2566.
5. โรงพยาบาลอาจสามารถ. สรุปประเมินผลการดำเนินงานประจำปีโรงพยาบาลอาจสามารถ 2562-2566. ร้อยเอ็ด; 2566.
6. ทีมนำทางคลินิกโรงพยาบาลอาจสามารถ. สรุปประเมินผลการดำเนินงานประจำปีทีมนำทางคลินิกโรงพยาบาลอาจสามารถ. ร้อยเอ็ด; 2566.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). เป้าหมายความ ปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: เฟมัส แอนด์ ซัสเซ็ค ฟูล; 2564.
8. พนิดา จันทรัตน์, เพ็ญแข รัตนพันธ์, ภคินี ขุนเศรษฐ์, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน เข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;(32(1):109-19.
9. เสาวลักษณ์ เอี่ยมลออ. การพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ประสบการณ์ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี. วารสารวิชาการ และการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2564;1(1):1-9.
10. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง:การ นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. วารสารพยาบาลทหารบก.

2560;18(1):29-38.

11. มาลี และปรียานุช ศิริไพบูลย์ทรัพย์. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองขั้นสูง. วารสาร มหาวิทยาลัยพายัพ. 2560;28(2):70-89.
12. Lewis, Strachan, Smith M M. Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development .The Open Nursing Journal. 2012;6:82-9.
13. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1990.
14. วรลักษณ์ เต็มรัตน์. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการภาวะเร่งด่วน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
15. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):29-38.
16. สุมลชาติ ดวงบุปผา, สุนทรี เจียรวิทยกิจ. การประเมินผลการใช้เทคนิคการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล.รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2562;25(2):208-26.
17. Bener P. Novice to Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo park CA. Addison-wesly. 1984;25(4):36-41.
18. Kolb D A. Experiential Learning : Experience as the source of learning and development. (2nd ed.). NJ:Person Edu; 2014.
19. สิริอร ข้อยุ่น, วัจนา สุคนธวัฒน์, เบญจวรรณ กิจควรดี, จุฑารัตน์ ลมอ่อน, ภาสินี โทอินทร์. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. เชียงรายเวชสาร. 2563;12(2):92-101.

# ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ในโรงพยาบาลเมยวดี

# Effects of a Fall Preventive Program on Perceived Self-efficacy, Outcomes Expectation in Performance and Fall Preventive Behavior the Elderly with Falls Risk in Moei Wadi Hospital

**กัลยาณี ทองรักษ์***

**Kanyanee Thongrak**

Corresponding author: E-mail: kanyamee.1965@gmail.com

(Received: January 30, 2024; Revised: February 6, 2024; Accepted: March 6, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

**รูปแบบการวิจัย :** วิจัยกึ่งทดลอง (Qua-si experimental design)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างทั้ง 64 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ดำเนินระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2565 ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

**ผลการวิจัย :** หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.50 คะแนน (95%CI: 0.38, 0.61); ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมากกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 0.91 คะแนน (95%CI: 0.70, 1.11) และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.89 คะแนน (95%CI: 0.64, 1.13)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า Intervention ช่วยให้ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้นำ Intervention นี้ไปใช้ในหน่วยงาน

**คำสำคัญ :** การป้องกันการหกล้ม; การรับรู้ความสามารถตนเอง; ความคาดหวังผลดี; พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม; ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมยวดี

## Abstract

**Purposes :** To compare fall preventive program on perceived self-efficacy, outcomes expectation in performance and fall preventive behavior.

**Study design :** Qua-si experimental design.

**Materials and Methods :** All 64 of subjects were elderly which a risk for falls and met the inclusion criteria. 32 of samples per group, and there were an experimental group and a control group. We were conducted between April and June 2022, the implementation period were 12 weeks. Data were collected using a questionnaire with content validity of 0.94. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-test and a testing for significance using 95% confidence intervals.

**Main findings :** After experiment, it was found that the elderly in experimental group had a higher mean self-efficacy score than control group ($p<.001$), with the mean score being 0.50 higher than control group (95%CI: 0.38, 0.61); Elderly in experimental group had a higher mean score of fall prevention behavior than those in control group ($p<.001$), with a mean score equal to 0.91 higher (95%CI: 0.70, 1.11). And elderly in experimental group had a mean score of outcomes expectation in than control group ($p<.001$), with an mean score 0.89 higher than control group (95%CI: 0.64, 1.13).

**Conclusion and recommendations :** The results of the study indicate that the intervention helps the elderly to have better health outcomes. Therefore, relevant parties should promote the use of this intervention in their agencies.

**Keywords :** Fall preventive; Perceived self-efficacy; Elderly; Fall Preventive Behavior; Outcomes Expectation Performance

* Registered Nurse, Professional Level, Moei Wadi Hospital

## บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะสัดส่วนของกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรแรกเกิดลดลง จากการรายงาน ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมีจำนวนประมาณ 7,340 ล้านคน ซึ่งมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน (ร้อยละ 12.00) ของประชากรทั้งหมด องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรสูงอายุทั่วโลกอาจมีมากถึง 1,000 ล้านคน[1] ซึ่งร้อยละ 19 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทยแนวโน้มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากความสำเร็จของนโยบายในการคุมกำเนิดทำให้อัตราการเกิดลดลงตั้งแต่โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 จนถึงปัจจุบันประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น จากการคาดการณ์พบว่า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.4 ล้านคนใน ปี พ.ศ. 2563 และในปี พ.ศ. 2579 ประชากรไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 17.32[2] เช่นเดียวกับรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พ.ศ.2560 -2564 ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า ผู้สูงอายุเพศชายเสียชีวิตจากการหกล้มมากกว่าเพศหญิง 3 เท่าและคาดการณ์ว่าในระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 มีผู้สูงอายุหกล้มปีละ 3,030,900 - 5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,700-10,400 คน ผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดการกลัวต่อการหกล้ม สูญเสียความมั่นใจในการทำกิจกรรม ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต้องเสียค่ารักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน และการดูแลที่ต่อเนื่อง ตลอดจนส่งผลต่อการขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องมาดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม[3]

จากสถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอก (OPD) สาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (W00-V19) ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรแสนคนในจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2564 พบว่า 2,065 (อัตรา1,089), 3,539 ราย (อัตรา1,789), 2,698 ราย (อัตรา1,310), 2,124 ราย (อัตรา 991), 2,889 ราย (อัตรา 1,295), 3,687 ราย (อัตรา 1,601), 4,479 ราย (อัตรา 1,888) ตามลำดับ[4] จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจากสถิติจำนวนที่เสี่ยงต่อหกล้มของโรงพยาบาลเมยวดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561–2564 พบว่าจำนวน 95, 108, 110, 126 ราย และอุบัติการณ์หกล้มจำนวน 47, 59, 60 และ 65 ราย ตามลำดับ[5]

จากผลการศึกษาปัญหาภาวะหกล้มพบว่า อัตราการหกล้มจะต่ำสุดในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพดีในชุมชนประมาณ 0.3-1.6 ครั้งต่อคนต่อปี อัตรานี้จะเพิ่มเป็นสองเท่าในคนที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป จำนวนครั้งของการหกล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเมื่อถามย้อนหลังไปเป็นเวลาหกเดือน พบร้อยละ 24.1 ในหญิงและร้อยละ 12.1 ในชายขณะเดียวกันอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 1 ปี พบร้อยละ 10.1 โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุไทยจะหกล้มประมาณร้อยละ 20[6] เมื่อถามย้อนหลังไปหกเดือน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราจะมีอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักมีสุขภาพโดยรวมด้อยกว่าผู้สูงอายุที่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างเป็นอิสระและยังมีลักษณะการบาดเจ็บจากภาวะหกล้มรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย ผู้ที่มีความสามารถทางสมองลดลง มักหกล้มได้บ่อยกว่าคนทั่วไป ข้อมูลอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มที่ได้จากผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ที่หกล้มจำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งจะมาพบแพทย์

จากการศึกษาของพรรณวรดา สุวัน และคณะ[6] ยังพบว่าผลกระทบจากการหกล้มก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุได้หลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ร้อยละ 74.8 เป็นการบาดเจ็บขั้นกระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพกหักพบได้ถึงร้อยละ 90 และต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่าวัยอื่น (เฉลี่ย 10.8 วัน)

ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหักจะเสียชีวิตภายในหนึ่งปี ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล กลัวการหกล้มซ้ำผู้สูงอายุร้อยละ 46 จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 29.7 รู้สึกเสียใจรู้สึกอายและซึมเศร้า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเกิดกลุ่มอาการภายหลังการหกล้ม (Post fall syndrome) คือ การเดินมีปัญหาต้องการคนช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาทั้งที่ตรวจไม่พบความผิดปกติใดๆ ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดจากภาวะกลัวการหกล้มผลกระทบด้านสังคม คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ภายหลังหกล้มผู้สูงอายุร้อยละ 60 ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการอาบน้ำ แต่งตัว และการเคลื่อนย้ายเพราะหลังการหกล้มกระดูกสะโพกหักทำให้ผู้สูงอายุเดินไม่ได้ ต้องกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผลกระทบด้านเศรษฐกิจ มีการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการหกล้ม ในเช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณ 17,483 เหรียญสหรัฐ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 24 ล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2040[7] นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น การติดตามตรวจตามนัด การฟื้นฟูสภาพ การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยรวมเฉลี่ยประมาณ 16,300 - 18,700 เหรียญสหรัฐต่อคน สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจโดยตรงซึ่งรัฐต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุที่หกล้มเฉลี่ย 19,419-25,728 บาทต่อคน และผลกระทบด้านเศรษฐกิจทางอ้อม ได้แก่ การขาดรายได้ การขาดงาน การใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องดูแลความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และยังส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลอื่นๆ และครอบครัวด้วย[6]

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเฉพาะแนวคิดความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม[8] ซึ่งมีความเชื่อเบื้องต้นว่าความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) เป็นภาวะไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแล ตนเองทั้งหมด ความพร่องในการดูแลตนเองจำแนกออกเป็นความพร่องในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ คือ ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย และความพร่องในการดูแลตนเองบางส่วนคือภาวะที่บุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองบางส่วน โดยนำมาประยุกต์ใช้ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม 2) การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการหกล้มและการป้องกัน 3) การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถรวมทั้งแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน นับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างถูกต้อง และยั่งยืน และรายงานการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาลเมยวดี เพื่อส่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Qua-si experimental design) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ในโรงพยาบาลเมยวดี ดำเนินระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2565 ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมยวดี อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด และมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 831 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมยวดี อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 150 คน และมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และมีคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ดังนี้ (1) ต้องมีภาวะการนึกคิดและการจำในระดับปกติ คือ มีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป (2) คะแนนความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม รวม 4-11 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (3) คะแนนประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานแบบง่าย (Bethel ADI) ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน ถือว่ามีภาวะพึ่งพิง (4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ (5) ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) มีอาการกำเริบของโรคอย่างฉับพลันที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรม และ (2) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

**การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 กำหนดค่าพารามิเตอร์เป็น Effect size d=0.7991, $\alpha$ err prob =0.05, Power (1-$\beta$ err prob)=0.95 ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 25 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 (Dropout rate) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน เป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ออัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์และกรรณิการ์ เทพกิจ[9]

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) ผลการประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADI) ของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (2) ความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ (3) มีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุน้อยกว่า 6 คะแนน (3) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการสื่อสารฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง และ (2) กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพ เสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้คัดกรอง**

1.1 แบบประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานแบบง่าย (Bethel ADI) ซึ่งเครื่องมือนี้พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล[10] แบ่งการประเมินออกเป็น 10 ด้าน และให้ คะแนน 0 - 3 ตามที่กำหนด เกณฑ์การประเมิน คือ ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน ถือว่ามีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลืออยู่เป็นประจำหรือตลอดเวลา จากการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความเที่ยงในการทดสอบ - ทดสอบซ้ำ พบว่า ค่าดัชนีบาร์เทลมีความเที่ยงอย่างมีนัยสำคัญ[11]

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้กัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานแบบง่าย (Barthel ADI) คือ มีคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป

1.2 แบบประเมินเกี่ยวกับการนึกคิดและการจำ (The set test) เครื่องมือนี้เป็นแบบทดสอบแบบย่อ และมีการแปลเป็นภายาไทย เพื่อใช้ในการประเมินหน้าที่ของสมอง[12-13] โดยให้ผู้ทดสอบบอกชื่อของ สี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัดที่รู้จักให้มากที่สุดเท่าที่จำได้ โดยคะแนนสูงสุดของแบบทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน (4 หมวด หมวดละ 10 ข้อ)

เกณฑ์การประเมินคือ ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม ถ้ามีคะแนนระหว่าง 15-24 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยง ถ้าคะแนน 25 -40 คะแนน ถือว่ามีภาวการณ์นึกคิดในระดับปกติ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ได้คัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยแบบประเมินเกี่ยวกับการนึกคิดและการจำ โดยผู้ข้าร่วมวิจัยต้องมีภาวะการนึกคิดและการจำในระดับปกติ คือ มีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป จาก 40 คะแนน ทั้งนี้เพราะการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างจงใจและมีเป้าหมาย โดยเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน จากการพินิจพิจารณาสถานการณ์ การหาทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและประเมินผลการกระทำ ดังนั้น ผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องมีการนึกคิดและการจำที่อยู่ในระดับปกติในการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ สำหรับใช้ในการตัดสินใจก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจดจำ และใช้ดวามรู้นั้นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Thai FRAT) รูปแบบที่ 3 ซึ่งพัฒนาโดยลัดดา เถียมวงศ์ และคณะ[14] ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 6 ปัจจัย จากข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังกล่าวนี้ ส่วนหนึ่งก็จะสามารถที่จะระบุความพร่องของปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละรายได้อีกด้วยนอกจากข้อมูลความพร่องที่ได้จากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มแล้ว

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

2.1 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร เนื้อหาวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการสร้างโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรและการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม โดยกำหนดโครงสร้าง และขอบเขตของเนื้อหาที่จะศึกษาให้ชัดเจน แล้วสร้างแบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน ขณะยืนหรือเดินท่านมีปัญหาเรื่อง เดินเซ ยืนได้ไม่นาน หรือทรงตัวไม่ดีหรือไม่ ท่านมีปัญหาเรื่องการมองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ตามัว ต้อกระจก สายตายาว หรือไม่ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยหกล้ม ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายกระแทกพื้นได้รับบาดเจ็บ หรือเคล็ด ขัดยอก หรือไม่ และท่านคิดว่าสาเหตุของการหกล้ม

**ส่วนที่ 2** การรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้านของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามด้านสาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม อันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม จำนวน 25 ข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความ โดยมีลักษณะการให้คะแนนดังนี้

| ลักษณะคำตอบ | คะแนน |
|---|---|
| เหมาะสม | 1 |
| มาหมาะสม | 0 |

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ข้อคำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก จำนวน 24 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บางครั้งและไม่ปฏิบัติ ให้คะแนนเป็น 2, 1 และ 0 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 4** ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ ได้แก่ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้คะแนนเป็น 2, 1 และ 0 ตามลำดับ

2.2 ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเอง โดยตรวจสอบความเป็นปรนัยในด้านภาษาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94

2.3 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย (Try out) โดยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ในส่วนของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้านของผู้สูงอายุได้นำมาตรวจให้คะแนนวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง Reliability เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์

2.4 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อข้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายในโดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Coefficience) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์ครอนบาธอยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเที่ยงสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อซึ่งเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ น้อยกว่า 0.5 เชื่อถือได้น้อย 0.5-0.65 เชื่อถือได้ปานกลางและตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป เชื่อถือได้สูง ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาช ควรมากกว่า 0.70 จึงจะเป็นแบบทดสอบที่มีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้โดยผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.76

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม 2) การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการหกล้มและการป้องกัน 3) การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถ โดยมีระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 สื่อสไลด์ประกอบการบรรยายเกี่ยวสถานการณ์ของการหกล้มสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้ม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มและส'ไลด์การฝึกทักษะการทรงตัว

3.2 คู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม

3.3 สื่อวีดีทัศน์ เรื่อง บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งผลิตโดยมูลนิธิหมอชาวบ้าน

**4. เครื่องมือกำกับการทดลอง** การศึกษาครั้งนี้มีแบบบันทึกกิจกรรมในการฝึกการทรงตัวเองที่บ้านเป็นเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง โดยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้มีการลงบันทึกทุกครั้งที่มีการฝึกการทรงตัว โดยการลุก-นั่งเก้าอี้ ในสัปดาห์ที่ 5-8 ซึ่งอยู่ด้านหลังคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มตามที่ผู้วิจัยแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย

**วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล**

**1.ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยติดต่อขออนุมัติคำรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด แล้วนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเมยวดีเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย เตรียมแบบฟอร์ม “เอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ” (Informed Consent Form) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อ เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัยในการช่วยทำกิจกรรมกลุ่ม การช่วยฝึกทักษะการทรงตัวแก่กลุ่มทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโปรแกรม จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการคำเนินการวิจัยให้พร้อม

**2. ระยะก่อนการทดลอง** ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยและขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเมยวดี ติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แงบทบาทและการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นผู้ช่วยวิจัยและเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยประชุมชี้แจง สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การ วิจัยกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และให้ผู้สูงอายุที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในแบบฟอร์ม “เอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ” (Informed Consent Form) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม

**3.ระยะดำเนินการทดลอง**การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน 2565 การดำเนินการวิจัยแต่ละสัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเริ่มกิจกรรมโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง โดยก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ของการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะประชากร การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ตอบใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที หลังจากนั้นกลุ่มเปรียบเทียบก็ได้รับการพยาบาลแบบปกติจากกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเมยวดี โดยได้รับการวัดความดันโลหิต และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ซึ่งในกลุ่มทดลองก็ได้รับเช่นเดียวกันหลังจากสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองอีกครั้งหลังสัปดาห์ที่ 12 เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองด้วยแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ตอบใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที นอกจากนี้เพื่อการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัยก็จะมีการสนับสนุนความรู้ โดยการรวบสรุปให้ความรู้ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ

**กลุ่มทดลอง**

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการจัดกิจกรรมและจำนวนครั้งที่สมาชิกต้องเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับคำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้านโดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ตอบ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ก่อนที่จะเข้ารับการอบรมกิจกรรมครั้งที่ 1 ตระหนัก และรู้เท่าทัน ช่วยป้องกันการหกล้ม

**กิจกรรมที่ 1** (2 ชั่วโมง 30 นาที) โดย 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของกิจกรรมที่ 1 และมีการแนะนำเพื่อนที่นั่งข้าง ๆ ให้สมาชิกในกลุ่มได้รู้จักและสร้างความคุ้นเคยก่อนเข้าสู่บทเรียน 2) ผู้วิจัยได้ใช้สไลด์ประกอบการบรรยายและชี้แนะเกี่ยวกับสถานการณ์การหกล้มที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และความหมายของการหกล้ม 3) ให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุพร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่าง 2-3 คนได้เล่าประสบการณ์ในการหกล้มและผลกระทบที่เกิดขึ้นรวมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติหรือการดูแลตนเองอย่างไรเพื่อไม่ให้หกล้ม 4) นำผลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มาเชื่อมโยงในการให้ความรู้โดยการสอนและการบรรยายประกอบสไลด์เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ พร้อมกับมีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบคำถามเป็นระยะ ๆ และแสดงความชื่นชม ให้กำลังใจในการตอบคำถามอีกด้วย 5) ชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางการประเมิน และจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และรอบ ๆ บริเวณบ้านที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบฟอร์ม Check for Safety: A Home Fall Prevention Checklist for Older Adults[15] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ พร้อมกับได้มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปประเมินต่อที่บ้านและนำผลที่ได้จากการประเมินมาพูดคุย และแลกเปลี่ยนในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป 6) สรุปการเรียนรู้ที่ได้และแจกคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งมีแนวทางการประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบๆ บริเวณบ้านอยู่คู่มือด้วย พร้อมทั้งมีการตั้งคำถาม และให้ตอบในประเด็นหัวข้อเรื่อง-ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้มที่เกิดกับตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และประเทศชาติ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดการหกล้ม และการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม

**สัปดาห์ที่ 2** กิจกรรมที่ 2 (2 ชั่วโมง) โดย 1) การทักทาย พร้อมกับมีกิจกรรมสันทนาการเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายก่อนนำเข้าสู่บทเรียน 2) ให้กลุ่มตัวอย่างได้ช่วยกันนำเสนอปัญหาของตนเองที่พบ รวมทั้งกระตุ้นให้ในกลุ่มแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบ ๆ บริเวณบ้านที่ส่งผลต่อการหกล้ม 3) ชมวีดีทัศน์ เรื่องบ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจัดทำโดยมูลนิธิหมอชาวบ้าน และ 4) ผู้วิจัยได้มีการเชื่อมโยงผลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการชมวีดีทัศน์ เพื่อสรุปให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความรู้ความเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้นอีกครั้งเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันการหกล้ม โดยการบรรยายประกอบสไลด์ 5) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัย พร้อมกับผู้วิจัยได้มีการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้ โดยการตั้งคำถามและให้ตอบในประเด็นหัวข้อเรื่อง ท่านจะมีการดูแลตนเองอย่างไรเพื่อให้ปลอดภัยการป้องกันการหกล้มในประเด็นเกี่ยวกับบริเวณพื้นบ้าน กรณีบ้านที่มีบันได ห้องครัวและบริเวณรับประทานอาหาร ห้องน้ำและห้องส้วม และห้องนอน

**สัปดาห์ที่ 3** กิจกรรมที่ 3 (2 ชั่วโมง) โดย 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 พร้อมกับมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการนับ 1, 2 และให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้อยู่กลุ่มเดียวกับผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ โดยแต่ละกลุ่มจะมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกสอน 2) บรรยายประกอบสไลด์เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้และขั้นตอนในการฝึกการทรงตัวโดยการลุก-นั่งเก้าอี้ พร้อมกับให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นตัวแบบในการสาธิตควบคู่ไปด้วย 3) ฝึกปฏิบัติการทรงตัวโดยการลุก-นั่งเก้าอี้ให้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายตามกลุ่มที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งมีการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุโดยสังเกตจากท่วงท่าและความถูกต้อง ตลอดจนความมั่นใจที่จะกลับไปทำต่อที่บ้านได้ด้วยตนเอง 4) ในขณะที่ฝึกการทรงตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอยู่ด้วยตลอด คอยช่วยระมัดระวังหรือหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า ใจสั่น ถ้ามีอาการดังกล่าวก็ให้หยุดพักการฝึกทันที 5) หลังเสร็จสิ้นการฝึกครบทุกคน ผู้วิจัยก็ให้กลุ่มตัวอย่างมีการซักถามในข้อสงสัยเกี่ยวกับประเด็นการฝึกการทรงตัวโดยการลุก-นั่งเก้าอี้ และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างได้กลับไปฝึกต่อที่บ้านอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาทีพร้อมกับลงบันทึกการฝึกในแบบบันทึกซึ่งอยู่ด้านหลังคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มที่ได้แจกให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย

**สัปดาห์ที่ 4** กิจกรรมที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้เวลารายละ 30 -45 นาที โดย 1) ผู้วิจัยทักทายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างความคุ้นเคย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนและรายละเอียดของกิจกรรมที่ผ่านมา 2) ซักถามพูดคุย เกี่ยวกับการปรับปรุงและจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และรอบ 1 บริเวณบ้าน เพื่อป้องกันการหกล้มตามแนวทางการประเมินและจัดการสิ่งแวดล้อมที่เคยแจกให้ 3) สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม พร้อมทั้งให้การสนับสนุน ชี้แนะ และให้ความรู้เกี่ยวกับความพร่องในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม และข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตามความเหมาะสมกับความพร่องของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจ

**สัปดาห์ที่ 5-12** กิจกรรมการฝึกการทรงตัวเองที่บ้านโดยการลุก - นั่งเก้าอี้โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการฝึกการทรงตัวโดยการลุก - นั่งเก้าอี้เองที่บ้าน ซึ่งฝึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที และมีแบบบันทึกการฝึกการทรงตัวเป็นเครื่องมือกำกับการฝึกการทรงตัวโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีการลงบันทึกใบแบบบันทึกทุกครั้งที่ฝึกการทรงตัวซึ่งอยู่ด้านหลังคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม พร้อมกับมีการตรวจสอบวัดสายตาด้วยตนเองและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การหกล้มตามแนวทางการประเมินสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยแจกให้

**ภายหลังสัปดาห์ที่ 12** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองอีกครั้งหลังสัปดาห์ที่ 12 ด้วยแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มบริเวณบ้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ตอบใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (1) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มเริ่มและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ (2) วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการลดความเสี่ยง ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุด และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval (CI) หลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test เมื่อ test distribution is normal พบว่า p = 0.74, 0.99 และ 0.98 จะเห็นได้ว่า p > .05 ทุกตัวแปร ดังนั้นการกระจายของข้อมูลทั้ง 3 ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) และ (3) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval (CI) โดยใช้สถิติ Independent t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการส่งโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจะขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งมด 64 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง (59.4%) อายุเฉลี่ย 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ (56.3%) จบการศึกษาระดับชั้นระดับประถมศึกษา (46.9%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (37.5%) ขณะยืนหรือเดินท่านมีปัญหาเรื่อง เดินเซ ยืนได้ไม่นานหรือทรงตัวไม่ดี (50.0%) มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ตามัว ต้อกระจก หรือสายตายาว (71.9%) ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเคยหกล้ม ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายกระแทกพื้นได้รับบาดเจ็บ หรือเคล็ดขัดยอก (56.3%) และสาเหตุของการหกล้ม คือ ลื่นพื้น (28.1%) ในทำนองเดียวกันกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75.0%) อายุเฉลี่ย 73 ปี สถานภาพสมรสคู่ (59.4%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (50.0%) ไม่ได้อาชีพ (34.4%) ขณะยืนหรือเดินท่านมีปัญหาเรื่อง เดินเซ ยืนได้ไม่นาน หรือทรงตัวไม่ดี (56.3%) มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ตามัว ต้อกระจก หรือสายตายาว (53.1%) ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเคยหกล้ม ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายกระแทกพื้นได้รับบาดเจ็บหรือเคล็ด ขัดยอก (71.9%) และสาเหตุของการหกล้ม คือ การทรงตัว (21.9%)

2. หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุม 0.50 คะแนน (95%CI: 0.38, 0.61) ; ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมากกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมากกว่าเท่ากับ 0.91 คะแนน (95%CI: 0.70, 1.11) และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.89 คะแนน (95%CI: 0.64, 1.13) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64)

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean diff.(SE.) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **การรับรู้ความสามารถตนเอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 32 | 0.89(0.13) | 0.50(0.05) | (0.38, 0.61) | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 32 | 0.38(0.29) | | | |
| **พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 32 | 2.46(0.40) | 0.91(0.10) | (0.70, 1.11) | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 32 | 1.55(0.41) | | | |
| **ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 32 | 2.44(0.55) | 0.89(0.12) | (0.64, 1.13) | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 32 | 1.54(0.42) | | | |

## วิจารณ์

**ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้**

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.50 คะแนนพบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของวิราพร สืบสุนทร, นงพิมล นิมิตอานันท์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร[16] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม (Mean= 99.90, SD.= 4.43) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean= 83.77, SD.=13.22) และมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางกายด้านการทรงตัว (Mean=10.93, SD.=1.20) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean=16.80, SD.=1.52)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมากกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 0.91 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาครผลการวิจัย พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทคลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สูงกว่าก่อนการทดลองและจำนวนครั้งของการหกล้มน้อยกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนั้นยังพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและจำนวนครั้งของการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุม[17] เช่นเดียวกับการรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายของโรงพาบาล (แพทย์ พยาบาล และกายภาพบำบัด) และเครือข่ายของท้องถิ่น (ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ที่สอดคล้องตามบทบาทหน้าที่ทั้งหมด 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน 2) ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ที่เริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์การหกล้มในชุมชน สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมวาดภาพกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการในการลดปัญหาการหกล้ม รวมทั้งตกลงบทบาทหน้าที่ร่วมรับผิดชอบดำเนินการ 3) ร่วมดำเนินงานตามแผนที่ครอบคลุมกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันการหกล้ม และการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา และวัดสายตา 4) ร่วมสังเกต ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 5) ร่วมสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับเพื่อปรับปรุงแก้ไขการทำงานร่วมกันการประเมินรูปแบบหลังการทดลองใช้ พบว่า 1) ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม และการเตรียมความพร้อมในการป้องกันการหกลัมในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง 2) ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59) 3) การหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลองลดลงจากร้อยละ 10.00 เป็นร้อยละ 0.00 4) มีการนำรูปแบบไปขยายผลการใช้ในพื้นที่ชุมชนวัดโชคเทศบาลเมืองโพธาราม จังหวัดราชบุรี ทำให้พื้นที่สามารถลดการหกล้มในผู้สูงอายุจากร้อยละ 24.37 เป็นร้อยละ 12.18 ดังนั้นควรมีกิจกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เน้นเครือข่ายร่วมดำเนินการเพื่อให้เกิดความยั่งยืน[18]

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.89 คะแนน เช่นเดียวกับผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน และหลังดำเนินกิจกรรมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[19]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญ เช่นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสำเร็จ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ และสัญลักษณ์ตัวแบบ การสร้างแรงจูงใจ และการให้กำลังใจด้วยวาจา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสะท้อนกลับด้วยผลลัพธ์ทางสรีรวิทยา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และสมรรถนะทางกายด้านการทรงตัวที่ดีการรับรู้สมรรถนะของตน ซึ่งสอดคล้องกับแบนดูร่า[20] ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะของตน เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในตนเองในการจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่ต้องการได้สำเร็จ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง มักประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย หากรับรู้สมรรถนะของตนต่ำ ประเมินพฤติกรรม/งานที่ยากลำบากว่าเป็นภาวะคุกคาม ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยง/ล้มเลิกการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหรือเมื่อเกิดความล้มเหลวจะประเมินตนเองว่าต้อยความสามารถ ดังนั้น การเสริมสร้างให้บุคคลรับรู้สมรรถะของตนให้เพิ่มขึ้นนั้น บุคคล

ต้องถูกฝึกสอนในการปฏิบัติพฤติกรรมจนเกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะจนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ด้วยตนเองจนสำเร็จ โดยการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ความคาดหวังในผลของการกระทำและผลลัพธ์ของความสำเร็จ (Expected outcomes) จนเกิดความมั่นใจว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้แนวทางการพัฒนาให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนกระทำได้ 4 วิธีการ ได้แก่ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงความสำเร็จ (Mastery experience) การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ และสัญลักษณ์ตัวแบบ (Vicarious experience) การสร้างแรงจูงใจและการให้กำลังใจด้วยวาจา (Verbal persuasion)และการสะท้อนกลับด้วยผลลัพธ์ทางสรีรวิทยา (Physiological feedback)

## ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์และทีมสุขภาพพึงตระหนักถึงการประเมินความเสี่ยงจากการหกล้ม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับยาหลายชนิด (Polypharmacy)

2. ผู้บริหารงานสาธารณสุข ควรจัดการอบรมการใช้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มแก่พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือดำเนินโครงการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเลี่ยง

3. พยาบาลเวชปฏิบัติร่วมกับผู้นำชุมชนและ อสม. ควรร่วมกันรณรงค์การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยปรับให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม การฝึกทักษะ และการมีตัวแบบที่ดีเพื่อสร้างแรงจูงใจของผู้สูงอายุ

## เอกสารอ้างอิง

1. Moradi Z, Far Ajallah Nouri M, Mohammadi M, Esfandnia F, Taovsi P, Esfandnia A. Evaluation of stress factors among the elderly in the nursing homes for the elderly (Eram and Mother) in Kermanshah, in 2015. Journal of Medicine and Life . 2015;8(3):146-50.
2. ดมิสา เพชรทอง, ดาราวดี รักวงค์, นูไรดา แสสาเหตุ, อาริสา พันธุสะ, สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(1):1-11.
3. Jitmontree N. Fall in older persons in Thongcharoen W(Ed.). Nursing Science and Arts. 2nd ed. Bangkok: NP. Place Co., Ltd; 2015.
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอก (OPD) สาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (W00 - V19) ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป .ข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. โรงพยาบาลเมยวดี. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปีงบผระมาณ พ.ศ.2564. ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานยุทธศาสตร์; 2564.
6. พรรณวรดา สุวัน, ณภัทรธร กานต์ธนาภัทร, จุฑารัตน์ เสาวพันธ์, สุปรีดา อินทรสงเคราะห์, อัญชลี อ้วนแก้ว, สุภาพักตร์ หาญกล้า. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยตามหลัก 10 ป. ของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารแพทย์นาวี. 2563;47(2):414-31.
7. World Health Organization. Violence and injury prevention: falls [Internet]. [cited 2022 October 20]. Available from: http://www.who.int/violenceinjury prevention/other injury/falls/en/.
8. Orem D E, Taylor S G, Ren penning K M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby; 2001.
9. ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์, กรรณิการ์ เทพกิจ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ออัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):186-95.
10. สุทธิชัย จิตตะพันธุ์กุล. คุณค่าและการวิเคราะห์ปัจจัยของเจริแอทริคซ์ ดีเปรสชั่นสเกลในผู้สูงอายุไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2537;38(7):383-89.

11. Gompertz P, Pound P, Ebrahim S. The reliability of stroke outcome measure. Clinical Rehabilitation. 1993;7(4):290- 96.
12. Rawiworrskul T, Sirapo – ngam Y, Davis A H I, Malathum P, Kulthanun I, Vorapongathorn T. A Community - based Exercise Program promotes Self- Efficacy for Exercise among Thai Women with Osteoarthritis of the Knee. Thai Journal Nursing Research. 2007;11(2):132-50.
13. Prasertphol P. Sleep quality of hospitalized elderly undergoing surgery. M.N.S. Thesis in Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2001.
14. ลัดดา เถียมวงศ์. แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน . วารสารพฤฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2547;5(2):42-7.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Falls : What Works. A CDC Compendium of Effective Community-based Interventions from Around the World [Internet]. 2008 [cited July 20, 2023]. Available from: http://www.cdc.gov/injury
16. วิราพร สืบสุนทร, นงพิมล นิมิตอานันท์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2562;44(2):120-28.
17. รัฏภัทร์ บุญมาทอง. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.
18. พัชรินทร์ สมบูรณ์, รัมภา เต็มนอง, ขวัญธิรา หวังจิตต์. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5; 2565.
19. สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;51(1):53-63.
20. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs NJ: Prentice - Hall; 1977.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมรัตต์
# Development of Care Model On Sepsis Patients Pathumrat Hospital

**มณีรัตน์ แข็งแรง***
**Maneerat khaengrang**
Corresponding author: E-mail: kotabaw@gmail.com
(Received: January 31, 2024; Revised: February 7, 2024; Accepted: March 6, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมรัตต์

**รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยและพัฒนา (Research and development design)

**วิธีดำเนินการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 16 คน และศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 68 ฉบับ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์โดยการทบทวนเวชระเบียนทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม Sepsis Guideline 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลนำสู่การปฏิบัติ 3) ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก แบบประเมิน และแบบทดสอบความรู้ และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Student's t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

**ผลการวิจัย** : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วยกระบวนการ (1) การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อแรกรับผู้ป่วย (2) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ (3) การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า ผลการทบทวนเวชระเบียนในปี พ.ศ.2565 จำนวน 34 ราย ปี พ.ศ.2566 จำนวน 34 ราย พบว่า มีการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอคิดเป็น ร้อยละ 91.17 และ 100 ส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะคิดเป็นร้อยละ76.47 และ 97.05 การได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยคิดเป็นร้อยละ 88.23 และ 100 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมและพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ($p < .001$)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากกระบวนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** การพัฒนาระบบ; การติดเชื้อในกระแสเลือด; การดูแลผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

**Abstract**

**Purposes :** To study situation, develop a model, and study on results of model for care model on sepsis patients, Pathumrat Hospital.

**Study design :** Research and Development design.

**Materials and Methods :** 16 of sample consisted were professional nurses who were users of guidelines and studied 68 of medical records of patients diagnosed with sepsis by doctors. The research were conducted into 3 phases: 1) analyze situation by reviewing medical records and reviewing patient care guidelines according to sepsis guideline 2) developing a patient care system by training workshops for nurses to put them into practice, and 3) evaluate results. Data were collected using recording forms, assessment forms, and knowledge tests, and data were analyzed using frequency statistics, percentages, means, standard deviations, and Student's t-tests. Statistical significance was set at 95% confidence Interval.

**Main findings :** The model for caring for patients with sepsis patients consists of the process of (1) screening patients at risk for sepsis patients upon initial admission (2) caring for patients with sepsis and (3) transferring patients with sepsis patients. And results of operations found that results of reviewing medical records in 2022, 34 cases, in 2023, 34 cases, found that adequate fluid replacement was given, accounting for 91.17%, and 100% sent for culture before administering medication. Antibiotics were 76.47% and 97.05%, respectively. Receiving antibiotics within 1 hour after diagnosis were 88.23% and 100%. The mean nursing practice scores according to nurses' guidelines increased from before and nurses' mean knowledge scores increased ($p < .001$).

**Conclusion and recommendations:** Improving care for patients with sepsis patients infections from process of using nursing guidelines, patients with sepsis were assessed and critically monitored. resulting in better care results.

**Keywords :** Development of care model; Sepsis patients; Caring for patients

* Registered Nurse, Professional Level, Pathumrat Hospital.

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนเนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการอักเสบขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก[1] ในปี พ.ศ.2560 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 48.9 ล้านราย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อแบคทีเรีย 11 ล้านรายทั่วโลก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั่วโลก[2] ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 32.03[3] จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤติและรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย สำหรับโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 7 จากสถิติโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ในปี พ.ศ.2563–2565 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 86,98 และ 105 ราย ตามลำดับ มีภาวะช็อคร่วมด้วยและได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 22,48 และ 45 ราย ตามลำดับ[4] ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน และความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองในทุกระบบต่อการติดเชื้อ เป็นผลการตอบสนองของร่างกายผ่านเม็ดเลือดขาวชนิดต่าง ๆ และไซโตไคน์หลายชนิดการอักเสบ เกิดขึ้นทั่วร่างกายและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กทำให้เกิดการรั่วไหลของสารน้ำและโปรตีนออกนอกหลอดเลือด ถ้าการติดเชื้อไม่ได้รับการควบคุม และรักษา การตอบสนองของร่างกายต่อเชื้อโรคจะทำให้เกิดการอักเสบอย่างต่อเนื่องและอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง ไปจนถึงภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้[5] เมื่อเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจะส่งผลให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตลดต่ำลงจนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะทำงานลดลงหรือทำงานผิดปกติ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ถ้าสามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้ด้วยความรวดเร็วในการวินิจฉัย การแก้ไขสาเหตุของการติดเชื้อ ติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินผลการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทันทีภายใน 1 ชั่วโมง จะช่วยลดความรุนแรงจากการล้มเหลวของอวัยวะได้[6]

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนด Surviving Sepsis Campaign (SSC) เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ ซึ่งมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่องโดยในปี ค.ศ. 2016 ได้มุ่งเน้นในการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามทางชีวิตจากการทำงานล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการตอบสนองของร่างกายที่ผิดปกติจากการติดเชื้อและให้การดูแลตามแนวทาง 6-hour resuscitation bundles และในปี ค.ศ.2018 ได้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรักษาใน Resuscitation bundles ให้เป็น “Hour-1 bundle” เพื่อมุ่งเน้นกระบวนการ รักษาที่ชัดเจนมากขึ้น[7]

ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้ดำเนินการเรื่องการบริหารจัดการเขตบริการ สุขภาพ และมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ.2560 - 2564 เพื่อตอบสนอง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการโรคติดเชื้อ (Sepsis) เป็นหนึ่งในสาขาที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดและให้ความสำคัญตัวชี้วัดที่สำคัญคือ ร้อยละการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) ก่อนให้ปฏิชีวนะ (Antibiotic) มากกว่าหรือเท่ากับ 90% ร้อยละการได้รับปฏิชีวนะ (Antibiotic) ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) มากกว่าหรือเท่ากับ 90% ร้อยละการได้รับสารน้ำ 30 มิลลิลิตรต่อ

กิโลกรัม (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 90% (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ซึ่งการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ต้องมีระบบการจัดการที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดดียิ่งขึ้น จากการศึกษาพบว่าความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยาของโรค การดำเนินโรค การให้การวินิจฉัยอย่างถูกต้องรวดเร็ว การรักษาที่เหมาะสมทันท่วงที การประเมินผลการรักษาและเฝ้าติดตามอาการจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[8] นอกจากนี้ การคัดกรองผู้ป่วย Sepsis และการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่มาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ควรได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อให้การวินิจฉัยตั้งแต่แรกและรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาได้ผลดี ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตาย[9]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ พบว่าแนวทางการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่ชัดเจน การประเมินซ้ำ และการเฝ้าระวังดักจับอาการเปลี่ยนแปลงยังไม่เหมาะสม รวมทั้งการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงล่าช้า ซึ่งสาเหตุเกิดจากบุคลากรขาดทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response : SIRS) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการด้านปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการคัดกรองที่รวดเร็ว เพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ดูแลรักษา และส่งต่ออย่างทันเวลา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมรัตต์

**วิธีดำเนินการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development design) แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสภาพการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะศึกษาผลลัพธ์ ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยแพทย์จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 5 คน นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 3 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 8 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 11 คน รวม 37 คน และ (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 85 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินจำนวน 16 คน ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างน้อย 3 ปี และ (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (1) พยาบาลวิชาชีพที่ลาอบรม / ลาศึกษาต่อในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (2) เพศชายหรือเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและ (3) ผู้ป่วยหรือญาติยินดีเข้าร่วมการวิจัยเกณฑ์การคัดออก (1) ผู้หญิงตั้งครรภ์ (2) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บใน 24 ชั่วโมง (3) ผู้ป่วยประคับประคอง (4) ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาและ (5) เวชระเบียน ไม่พบข้อมูลการบันทึกเวลาเจาะเลือดเพาะเชื้อ ไม่พบข้อมูลการบันทึกเวลาได้รับยาปฏิชีวนะ

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** (1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด 7 คน และพยาบาลวิชาชีพจากแผนกอื่นที่มาขึ้นเวรปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 9 คน สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนครบทุกขั้นตอนของการวิจัย 16 คน (2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 85 ราย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบ 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน จำนวน 68 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เดือนกันยายน 2565 จำนวน 34 ราย และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างเดือนมกราคม 2566 – เดือนมิถุนายน 2566 จำนวน 34 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการ PCT และผ่านการทดลองใช้ และ (2) แผนการสอนให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยจัดทำเป็นคู่มือการใช้ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความเป็นมาและความสำคัญ พยาธิกำเนิด ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง แนวปฏิบัติการดูแล การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยแบบบันทึก

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชุดดังนี้ ชุดที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด และแบบเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการอบรมเฉพาะทาง ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การประเมินคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ข้อ 2) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 12 ข้อ 3) การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวนข้อสอบ 15 ข้อ คำตอบเป็น 4 ตัวเลือกมีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด และชุดที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ และโรคประจำตัวส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การบริหารสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้ข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 2 ส่วน เก็บรวบรวมจากแบบบันทึกเวชระเบียนและแบบบันทึกทางการพยาบาล

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)** นำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เครื่องมือการวิจัยมี 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ 2) แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ทั้งสองส่วน

**การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ไปทดลองใช้เบื้องต้น (Preliminary item try out) ในพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cornbrash's alpha coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** หลังผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** เก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จำนวน 34 คน และเก็บข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากเวชระเบียน การบันทึก ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการดูแลรักษาซึ่งประกอบด้วย การเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

**ระยะที่ 2** ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพ อบรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการ PCT และอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 16 คน แล้วนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ระยะเวลาดำเนินการเดือนธันวาคม 2565

**ระยะที่ 3 ประเมินผล** เก็บข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) เก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 16 คน โดยใช้การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพ และ (2) เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จำนวน 34 คน และเก็บข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากเวชระเบียน การบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการดูแลรักษาซึ่งประกอบด้วย การเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์และใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และ 2) การเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติ Student's t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการวิจัย และความปลอดภัยของการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

หรือออกจากงานวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลและข้อมูลที่ได้จะนำไปอภิปรายหรือเผยแพร่ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยจะทำลายข้อมูลทันที เมื่ออธิบายรายละเอียดเรียบร้อยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ หากยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในแบบยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

## ผลการวิจัย

**ผลการวิจัยจำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย** ดังนี้

1) การศึกษาสภาพการณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 16 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (93.75%) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (62.5% ) มีสถานภาพคู่ ( 33.33%) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ( 93.75%) ประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 21-30 ปี ( 43.75%) และไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (100.00%) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 68 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 34 คน และผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 34 คน ผู้ป่วยก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (61.76%) อายุอยู่ในช่วง มากกว่า 60 ปี (52.94%) ประวัติโรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (32.35%) ส่วนผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (58.82%) อายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี (52.94%) ประวัติโรคประจำตัวทุกคนพบมากที่สุดคือโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (38.23%)

2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ประกอบด้วยขั้นตอน (1) ระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและ รักษาโดยเร็ว โดยกำหนดให้ เพิ่มการระบุกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่สงสัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด และ ประเมินติดตามความรุนแรง มีระบบลงเวลาที่ชัดเจน เช่น เวลาวินิจฉัย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวลาขอผลด่วน และเวลาการเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ (2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพปีละ 1 ครั้ง และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา (3) การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยได้แนวปฏิบัติฯ ที่ทบทวนใหม่ โดยทบทวนการระบุกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจนเกิดแผลขนาดใหญ่ มีแผล/เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis) หรือถูกไฟลวก ภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลูดีเมีย ผู้ที่สวนปัสสาวะหรือถูกสอดท่อเข้าไปในหลอดเลือดดำ (Heparin lock/ Intravenous infusion) การฟอกไต (Continuous ambulatory peritoneal dialysis [CAPD]/ Hemodialysis) ผู้สูงอายุ การได้รับยาสเตียรอยด์ การใช้เกณฑ์ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อการคิดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response Syndrome [SIRS] Criteria ร่วมกับการประเมินลักษณะทางคลินิกอย่างรวดเร็วโดยใช้ qSOFA (The Quick Sequential Organ Failure Assessment) หรือการประเมินหน้าที่การทำงานของร่างกายที่มีความล้มเหลวในแต่ละระบบโดยใช้ qSOFA Score (The Sequential Organ Failure Assessment) ในการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและ ใช้ SOS score ในการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การให้มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ค่าคะแนน SOS Score ที่ประเมินได้ ครั้งแรกเป็นค่าเริ่มต้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามเงื่อนไขที่ค่า SOS score กำหนดไว้ และรายงานแพทย์รับทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ การประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเข้ารับการดูแลรักษาพยาบาลภาวะติดเชื้อให้กับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งฟื้นฟูระบบไหลเวียนและประคับประคองการทำงานของระบบต่าง ๆ ตามแนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis bundles) การให้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่สงสัย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไข้ ซึม มือเท้าเย็นตัวลาย มีภาวะ Infection ให้ประเมินด้วย qSoFA score

ถ้ามี 2 ใน 3 ข้อ วินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือด ค้นหาตำแหน่งติดเชื้อเพิ่มเติมและรายงานแพทย์ทันที กรณี 1) Blood pressure : SBP S 100 mmHg 2) Alteration of conscious: GCS<153) Tachypnea: อัตราการหายใจเร็ว > 22 ครั้ง/นาที qSoFA score 2 ) ปฏิบัติตาม CNPG ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภายใน 1 ชั่วโมงแรก การให้บันทึกในแบบบันทึกภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่ โดยให้ระบุเวลาแพทย์วินิจฉัย เวลาส่งตรวจ Hemoculture ระบุ CBC แบบขอผลด่วน ระบุเวลาให้ยา Antibiotic และ (4) การนิเทศทางการพยาบาล ได้แก่ กำหนดให้มีกิจกรรมทบทวนการดูแลและนิเทศทางคลินิกข้างเตียง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือทีมบริหารทางการพยาบาลขณะรับ-ส่งเวรทุกวันโดยใช้ SBAR (Situation, Background Assessment, Recommendation) รวมทั้งให้มีการประชุมทบทวนร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน เพื่อทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและทบทวนความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

3) ผลลัพธ์การพัฒนา พบว่า พยาบาลวิชาชีพการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.92, SD.=0.03) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.95, SD.= 0.09) รองลงมา คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Mean=4.88, SD.= 0.19); พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 5.25 คะแนน (95% CI:4.61-5.88) และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกข้อ โดยการติดตามผลการรักษาเพิ่มขึ้น 109.09% การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น 23.73% อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น 12.50% การบริหารสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น 9.23% และ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1-3

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=16)

| แนวปฏิบัติ | ก่อนการพัฒนา | | หลังการพัฒนา | |
|---|---|---|---|---|
| | Mean(SD.) | ระดับการปฏิบัติ | Mean(SD.) | ระดับการปฏิบัติ |
| 1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อแรกรับผู้ป่วย | 3.92(0.93) | มาก | 4.61(0.41) | มาก |
| 2. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 4.14(0.29) | มาก | 4.88(0.19) | มากที่สุด |
| 3. การส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด | 4.48(0.45) | มาก | 4.95(0.09) | มากที่สุด |
| เฉลี่ยโดยรวม | 4.10(0.07) | มาก | 4.92(0.03) | มากที่สุด |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนา (n=16)

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean differences(SE.) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย** | | | | | |
| ก่อนการพัฒนา | 16 | 9.31(1.07) | 5.25(0.295) | 4.61-5.88 | <.001 |
| หลังการพัฒนา | 16 | 14.56(0.51) | | | |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=34)

| ผลลัพธ์ของกิจกรรม | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา | % Percentage |
|---|---|---|---|
| | จำนวน(%) | จำนวน(%) | |
| 1. อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย | 30(88.23) | 34(100.00) | +12.50 |
| 2. การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ | 26(76.47) | 33(97.05) | +23.73 |
| 3. การบริหารสารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา | 31(91.17) | 34(100.00) | +9.23 |
| 4. การติดตามผลการรักษา | 10(29.41) | 34(100.00) | +109.09 |

## วิจารณ์

การวิจารณ์ผลศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของการศึกษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและในหอผู้ป่วยในหญิงชายและพิเศษ โรงพยาบาลกมลาไสย ผลการศึกษา พบว่า 1) แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลขาดความเข้าใจ และไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง 2) นำสู่การพัฒนา คือ การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และทักษะการดูแลผู้ป่วย 3) การประเมินผล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้รับการดูแลมากขึ้นและพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง[10] และสอดคล้องกับผลการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีข้อค้นพบสำคัญ 4 ประเด็น คือ (1) การประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้าพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการอื่นที่ไม่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อในร่างกายชัดเจน (2) แนวทางการรักษาและการพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกันประกอบกับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานยังไม่เพียงพอ (3) การเผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคิดเชื้อในกระแสเลือดแก่บุคลากรทุกระดับยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกหน่วย ยังขาดคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล CNPG-sepsis เมื่อมีการปรับปรุง CPG ทางการแพทย์เรื่องภาวะช็อคจากการคิดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อวันที่ 30 พ.ค.64 ยังเผยแพร่

ไม่ทั่วถึงรวมทั้งมีพยาบาลจบใหม่ที่ยังไม่ได้รับการสอนความรู้ ทำให้ขาดความเข้าใจและ ปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่สอดคล้องกันตามแนวทางที่กำหนดไว้ และ (4) การประเมินติดตามนิเทศกำกับดูแลพยาบาลที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมายังน้อยและขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีน้อยและ ไม่ชัดเจน จากประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าควรมีการพัฒนารูปแบบที่มุ่งส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยในการตัดสินใจเพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติการพยาบาลและ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน มีการสื่อสารกับสหวิชาชีพที่ชัดเจนและเป็นระบบ[11]

2. ผลการศึกษาครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว 2) การพัฒนาสมรรถนะ พยาบาล 3) การพัฒนาและ ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การนิเทศทางการพยาบาล[11]

3. ผลลัพธ์การพัฒนาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของรุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จรูญศรี มีหนองหว้า และวันชัย เลิศวัฒนวิลาศ[11] ผลลัพธ์ผู้ป่วย พบว่าภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 34.00 เป็น ร้อยละ 30.72 และอัตราการเสียชีวิตลดลง จากร้อยละ 28.00 เป็นร้อยละ 26.00 และผลลัพธ์กระบวนการดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคิดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 82.14-96.67 และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.52, SD.=0.59) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการพยาบาลมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่องต่อไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของแพทย์หมุนเวียนในโรงพยาบาลวาปีปทุม พ.ศ.2561 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพบว่าแพทย์ประจำมีการให้สารน้ำทดแทนให้ยากระตุ้นหลอดเลือดหัวใจ ให้ยาปฏิชีวนะ และประเมินปริมาณสารน้ำในร่างกายมากกว่าแพทย์หมุนเวียน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการส่งเพาะเชื้อจากเลือดอย่างเหมาะสมพบว่ากลุ่มแพทย์ประจำส่งมากกว่าแพทย์หมุนเวียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยคิดเป็นร้อยละ 90.7และ 69.6 ตามลำดับ (p=.013) ซึ่งเมื่อประเมินความครอบคลุมทั้งกระบวนการแล้วพบว่าแพทย์ประจำสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างไว้ได้มากกว่าแพทย์หมุนเวียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็นร้อยละ 72.1 และ 39.1ตามลำดับ (p=.002) อัตราการทรุดลงส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดอวัยวะล้มเหลวของแพทย์ประจำน้อยกว่าแพทย์หมุนเวียน คิดเป็นร้อยละ 27.9 และ 45.7 ตามลำดับ (p=.083) ดังนั้น การรักษาภาวะติดเชื้อในช่วงแรกมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต การที่แพทย์ประจำปฏิบัติตาม Wapipatum Sepsis Checklist ได้มากกว่าแพทย์หมุนเวียนทำให้เริ่มกระบวนการดูแลได้รวดเร็วและครอบคลุม ส่งผลให้ลดการเกิดอวัยวะล้มเหลวและภาวะทุพลภาพในระยะยาวได้[12] เช่นเดียวกับหลังปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน qSOFA สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถลดอัตราการตายลงได้ร้อยละ 17.1 ผู้ป่วยที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการประเมินเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลทันที ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และไม่พบภาวะน้ำเกินจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG นอกจากนั้นยังสามารถใช้ต่อเนื่องไปยังทุกหน่วยงานขององค์กรได้เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกันต่อเนื่องครบถ้วนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย และได้ขยายผลการใช้ไปยังโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. เครือข่ายอีกด้วย[13]

สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ดังการศึกษาของปฏิพร บุณยพัฒน์กุล[14] พบว่า ปัจจัยระบบบริการสุขภาพฉุกเฉินมีผลต่ออาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อปัจจัยที่มีผลทำนายอาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรุนแรงของอาการ ระดับโรงพยาบาล และแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ อธิบายได้ว่าเมื่อความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสของการไม่เกิดอาการทางคลินิกทรุดลงจะลดลง 14.8% โรงพยาบาลทั่วไปมีโอกาสของการไม่เกิดอาการทางคลินิกทรุดลง 2.813 เท่า เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลตติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งในกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและนำเข้ามารักษาต่อในโรงพยาบาล ยังพบว่าสอดคล้องกับการดูแลกรณีศึกษาคือ ทีมการพยาบาลควรใช้ระบบการให้คะแนนต่างๆ ที่เหมาะสมกับหน่วยงานนั้นๆ ในการติดตามและเฝ้าระวัง อาการของผู้ป่วย เช่น Shock index, aSOFA score และแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis ซึ่งงานวิจัยทำให้ได้แนวปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้องรวดเร็วและเข้าระบบ Fast Track Sepsis เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดกรองเร็วขึ้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนเร็วขึ้น และระยะเวลาการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเร็วขึ้น อัตราตายลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบางพลีและทุกหน่วยงานในองค์กรมีการปรับเปลี่ยนแบบประเมินในกลุ่มผู้ป่วย Sepsis เป็นใช้แบบประเมิน qSOFA score ส่งผลให้คัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น[15]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการให้สารน้ำอย่างเพียงพอเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะช็อกได้เร็วอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับผลเสียจากการขาดเลือดและขาดออกซิเจนไม่นาน เกิดภยันตรายน้อยที่สุด ดังการศึกษาของ Permpikul, Tongyoo Ratanarat, Wilachone, Poompichet[16] พบว่า ผู้ป่วย Septic shock ที่ได้รับสารน้ำมากกว่า 800 มิลลิลิตรในชั่วโมงแรกจะมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับสารน้ำน้อยกว่า การเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) เป็นการตรวจค้นที่จำเป็นและควรทำก่อนการให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกรายเพื่อให้แพทย์ผู้รักษาทราบเชื้อก่อโรคและปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสมตามผลเพาะเชื้อนั้นๆ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีการเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกราย

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้** การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ครั้งนี้มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ แนวทาง/รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตครั้งนี้มีเงื่อนไขเวลากำกับทุกขั้นตอน เริ่มจากหากพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตมารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบทั้งญาตินำมาและใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) นำมาที่ห้องฉุกเฉินได้รับการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน qSOFA คัดแยกผู้ป่วย หากสงสัยว่าติดเชื้อในกระแสโลหิต จะได้รับการรักษาตาม CPG SEPSIS ทันที ซึ่งจะได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ และได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงนับจากเริ่มเข้ารับบริการในโรงพยาบาล กรณีที่มีภาวะช็อกจะได้รับดูแลรักษาพยาบาลให้พ้นภาวะช็อกให้เร็วที่สุดและเฝ้าระวังการเกิดซ้ำภายหลังอีก 6 ชั่วโมง รวมถึงการพยาบาลต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนลดอัตราตายของผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป**

1) ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้ต่อผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย เป็นต้น

2) ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และขยายระยะเวลา การศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้

3) ควรมีการกำหนดบทบาทพยาบาลในรูปแบบการจัดการรายกรณีติดตามการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่อง และเพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย และให้การรักษา เพื่อลดอัตรา การเสียชีวิตกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

## เอกสารอ้างอิง

1. Rhodes A, Evans L E, Alhazzani W, Levy M M, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock. Crit Care Med. 2016;45(3):486-552.
2. WHO. Sepsis [อินเทอร์เน็ต]. 2017 [เข้าเมื่อ 28 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. ศูนย์ข้มูลโรงพยาบาลปทุมรัตต์. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2563 – 2565. โรงพยาบาลปทุมรัตต์; 2565.
5. พรพรรณ กู้มานะชัย. ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ระเทศไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิสชิ่ง จำกัด; 2557.
6. สุทธิชัย แก้วหาวงค์, ดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลระยะ 1 ชั่วโมงแรกต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่แผนกงานฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(1):196-206.
7. Levy M M, Evans L E, Rhodes A. The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive Care Med, 2018;44:925-8.
8. ลัดดา จามพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2563;3(2):56-66.
9. อรอุมา มะกรูดทอง, จินตนา ดำเกลี้ยง. ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับ และการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 2564;41:60-73.
10. ปุญณิศา ศรีวาจา, ภิตรดา ไสยบุญณ์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. 2566;3(3):332-41.
11. รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จรูญศรี มีหนองหว้า, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566;29(3):59-74.
12. ญาดา สมานชัย. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างแพทย์ประจำกับแพทย์หมุนเวียนโรงพยาบาลวาปีปทุม ปีพุธศักราช 2561. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2562;17(1):32-42.
13. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2561;16(2):58-68.
14. ปฏิพร บุณยพัฒน์กุล. ประสิทธิผลของระบบการบริการสุขภาพฉุกเฉินต่ออาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
15. ประไพพรรณ ฉายรัตน์, สุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):224-31.

16. Permpikul C, Tongyoo S, Ratanarat R, Wilachone W, Poompichet A. Impact of septic shock hemody namic resuscitation guidelines on rapid early volume replacement. J Med Assoc Thai. 2010;93(1):S55-61.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

# Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Postpartum Hemorrhage in the first 2 hours postpartum at Labor Room, Chaturaphakpiman hospital

**วาสนา วันชา* ชิดกมล สุดชา** เบญจวรรณ สวัสดิผล*****

**Wasana Wancha, Chidkamol Sudcha, Benjawan Sawatdiphol**

Corresponding author: E-mail: wuncha_w@hotmail.co.th

(Received: February 1, 2024; Revised: February 8, 2024; Accepted: March 7, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของมารดา และประเมินผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ช.ม.หลังคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

**วัสดุและวิธีการวิจัย** : กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด 10 ราย และผู้มาคลอดที่มารับบริการแผนกห้องคลอดจำนวน 20 ราย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1การพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน 1) การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 3) การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติ และ 5) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ 6) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ระยะที่ 2 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน 1) การนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ 2) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด วิเคราะห์ข้อมูลความเป็นไปได้ในการนำ ไปใช้ ความพึงพอใจ และการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ส่วนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา

**ผลการวิจัย :** แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสัญญาณ เตือนของการตกเลือด ภายหลังทารกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด 2) การนวดมดลูก ภายหลังรกคลอด 3) การประเมินปริมาณเลือดภายหลังคลอด 1 ชั่วโมง และ 4) ประเมินปริมาณเลือด ภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าา มารดาเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมารดาร้อยละ 98 มี ระดับสัญญาณชีพปกติและไม่มีอาการผิดปกติ หลังคลอด ผลการประเมินผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 92 ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประสิทธิผลดีในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน มีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้ได้ง่าย สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการส่งเสริมและกำกับติดตามการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและมีการทบทวนและพัฒนาหากพบความเสี่ยงเกิดขึ้นในอนาคตหรืออย่างน้อยทุก 1 ปี

**คำสำคัญ :** ตกเลือดหลังคลอด; ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด; แนวปฏิบัติการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## Abstract

**Purposes** : To develop Nursing practice guidelines for preventing postpartum hemorrhage in mothers and evaluate the results of using guidelines for preventing postpartum hemorrhage during the 2 hours after giving birth at Labor Room , Chaturaphakphiman Hospital.

**Study design** : Research and development (Research and development)

**Materials and Method** : The group participating in the study was 10 professional nurses in the delivery room and _ birth attendants who came to receive services in the delivery room. The study was divided into 2 phases: Phase 1, the development of guidelines, divided into 6 steps 1 ) Determining the issues and scope of the problem 2) Setting objectives Target groups, and results 3) Searching and evaluating the value of empirical evidence 4) Drafting guidelines and 5) Checking the quality of the guidelines 6) Putting the guidelines into practice Phase 2 Evaluation of the implementation of the guidelines. The development process is divided into 2 steps: 1) implementing the developed guidelines and 2) evaluating the use of the guidelines. A professional nurse in the delivery room department Analyze data on the feasibility of use, satisfaction, and prevention of postpartum hemorrhage. Analyze data with descriptive statistics, problems, obstacles, and suggestions data were analyzed by grouping content.

**Main finding** : Nursing practice guidelines for preventing early postpartum hemorrhage. in mothers who gave birth vaginally, Chaturaphakpiman Hospital consists of 4 steps: 1) signal evaluation Warning of bleeding After the baby is born until 2 hours after birth 2) Uterine massage after the placenta is born in conjunction with using a watch to warn of uterine movements every 15 minutes after placenta delivery, 3) assessing blood volume 1 hour after birth, and 4) assessing blood volume 2 hours after birth. After using the guidelines, it was found that mothers lost less than 400 milliliters of blood. It was statistically significant at the 0.05 level and 98% of mothers had normal vital signs and had no abnormal symptoms after giving birth. The results of the evaluation of the users of the guidelines found that the guidelines were appropriate and easy to use. The results of this research It was shown that this nursing practice was effective in preventing postpartum hemorrhage within 2 hours after delivery. In the delivery room department of Chaturapakphiman Hospital.

**Conclusions and recommendations :** Nursing practice guidelines for preventing postpartum hemorrhage in the first 2 hours in mothers who gave birth vaginally at Chaturaphat Phiman Hospital. are appropriate Can be used easily Can be used to effectively prevent postpartum hemorrhage in the first 2 hours after birth. Its use should be promoted and monitored continuously and reviewed and developed if risks are found in the future or at least every 1 year.

**Keywords** : Postpartum hemorrhage; First 2 hours after birth; Nursing guidelines

*Registered Nurse Professional Level, Chaturapakphiman Hospital.

## บทนำ

การสูญเสียเลือดในปริมาณที่มากกว่า 500 ซีซีขึ้นไป ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเรียกว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอด[1-3] ซึ่งภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอดทั่วโลก ในบางประเทศการตกเลือดเป็นสาเหตุเกือบครึ่งหนึ่งของการตายหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด พบถึงร้อยละ 27.1[2] และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกประเมินว่าทุกๆ ปี มีหญิงที่มีการตกเลือดที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ปีละประมาณ 14 ล้านคน และอย่างน้อยที่สุดหญิงเหล่านี้จำนวน 128,000 คนที่สูญเสียเลือดรุนแรงจนเสียชีวิตซึ่งส่วนใหญ่เกิดการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ที่เป็นผลมาจากปัญหาในระยะที่ 3 ของการคลอด มีอุบัติการณ์เกิดได้สูงถึงร้อยละ 18 ของการคลอดในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา[2]โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดรัดตัวของ มดลูกไม่ดี รองลงมา คือ มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลาย ประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถใน การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด[4-7]

ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่ามีมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เกิด ภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก[2,4]

สำหรับประเทศไทยจากการรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิด พ.ศ. 2563-2565 พบการตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาคิดเป็น 11.3, 10.8 และ 10.2 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพตามลำดับ โดยพบอัตราตายของมารดามากที่สุดอยู่ที่ภาคเหนือของประเทศไทย โดยมีอัตราตายอยู่ระหว่าง 14-17.9 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคใต้และภาคกลางตามลำดับ[8]

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเชิงระบบและวิเคราะห์สถาณการณ์การใช้แนวทางปฏิบัติเดิม สำหรับป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า มีปัญหา 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การประเมินแรกรับ และการประเมินซ้ำเพื่อการวางแผนการพยาบาลในการดูแลมาดาในห้องคลอดยังขาดความเชื่อมโยงกับข้อมูลในระยะการฝากคครรภ์ และการประเมินความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ 2) ขาดความชัดเจนในการนำเครื่องมือ MEOWS[9-10] มาใช้ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ ภาวะตกเลือดหลังคลอดเมื่อมารดาอยู่ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะลดปัญหาจากการปฏิบัติ ที่หลากหลายและทำให้เห็นผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ดี และมีความชัดเจนขึ้น[11-15] ทั้งนี้เนื่องจาก แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางการพยาบาล และ ประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เกิดความคุ้มค่าและนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล[8] นอกจากนี้ยัง พบว่าหน่วยงาน The Florida Perinatal Quality Collaborative (FPQC)/ ACOG Obstetric Hemorrhage Initiative (OHI) ซึ่งร่วมมือกันภายใต้ The Florida Department of Health (2015) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันและรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล[6] รวมทั้งการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแล และรักษามาดาที่มีภาวะการตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ.2562-2564 ทั้งนี้ เนื่องจากต้องการพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดา และทารกให้มีความปลอดภัยจากการคลอด[3]

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ให้บริการประชาชนเขตอำเภอจตุรพักตรพิมาน และอำเภอใกล้เคียงในจังหวัดร้อยเอ็ด ไม่มีสูติแพทย์ งานห้องคลอดให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่เจ็บครรภ์คลอดหรือมี

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ตั้งแต่ระยะรอคลอดระยะคลอด ระยะหลังคลอด ให้บริการคลอดปกติและสูติศาสตร์หัตถการ ยกเว้นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลมารดาหลังคลอดและทารกจนกระทั่งจำหน่ายดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ต้องรักษาด้วยการส่องไฟ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานได้ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ตามนโยบายโรงพยาบาล ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย จากกรมอนามัย และโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวมาโดยตลอด แต่การให้บริการในปัจจุบันโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์ ที่เข้าระบบมาตรฐานสากล ที่วัดด้วย Hospital Accreditation (HA) การดูแลการบริการอนามัยแม่ และเด็กจะต้องมีมาตรฐานและมีคุณภาพเพื่อลดอัตราตายของมารดาและทารกให้มากที่สุด โดยเฉพาะกรณีที่สามารถป้องกันได้ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานได้กำหนดอัตราการตกเลือดหลังคลอด เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการบริการอนามัยแม่และเด็กโดยกำหนดให้มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 2 จากสถิติงานห้องคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานพบว่าในปี พบภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด 1 ราย ในปี พ.ศ.2559 แต่ไม่เสียชีวิตซึ่งงานห้องคลอดได้มีการทบทวนรายกรณีและพัฒนาแนวทางอย่างสม่ำเสมอทุกปี แต่ยังพบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดโดยในปี พ.ศ.2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนปีละ 1, 2, 1 ราย ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการอนามัยแม่และเด็ก ที่ยังไม่หมดไป จากการทบทวน พบว่า แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 4 (หลังคลอด 2 ชั่วโมง) ของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเดิมมีขั้นตอนการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในเชิงรุกยังไม่เพียงพอ ไม่สามารถประเมินและวินิจฉัยภาวะตก เลือดหลังคลอดระยะแรกได้

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติที่จะช่วยป้องกันอุบัติการณ์ การตกเลือดหลังคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือด 2 ช.ม หลังคลอด ของมารดาที่มาคลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ หรือสามารถ ประเมินภาวะที่ผิดปกติได้อย่างรวดเร็วเพื่อการช่วยเหลือที่ทันท่วงที่ นำไปสู่คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของมารดา และประเมินผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ช.ม.หลังคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะดำเนินการวิจัย 1 มีนาคม – 30 พฤศจิกายน 2566

**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ชุดดังนี้ คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอด ประวัติการฝึกอบรมและทักษะการดูแลผู้คลอด

2.2 แบบสอบถามข้อมูลจากการประชุมกลุ่มโดยการระดมสมองเพื่อการมีส่วนร่วมในการออกแบบในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

2.4 แบบประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มาคลอด ได้แก่ อายุ

อาชีพ วุฒิการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2.5 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัด

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้างานห้องคลอดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 1 ท่านทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาประเมินโดยการคำนวณความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมิน หาค่าความสอดคล้อง ได้ค่า CVI =0.90 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

2.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือในการศึกษา ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ผู้วิจัยได้นำไปให้กับพยาบาลห้องคลอด จำนวน 3 คน ได้ทดลองใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 5 ราย จากนั้นนำมาตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

**วิธีดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1** การพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ของ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 3) การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติ 5) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ และ 6) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

**ระยะที่ 2** การประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ 2) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด วิเคราะห์ข้อมูลความเป็นไปได้ในการนำ ไปใช้ ความพึงพอใจ และการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for window (Statistical pakege for the Social Science for window) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Pair t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0932565 และทำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน หลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมกับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มประชากรศึกษามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ และถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และถูกวิเคราะห์ในภาพรวม เมื่อกลุ่มประชากรตกลงเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

## ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอดของมารดา ในระยะ 2 ช.ม.แรก หลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน Modified early obstetrics warning system (MEOWS) โดยใช้ร่วมกับ NCPG การดูแลมารดาคลอดปกติ

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานห้องคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 33 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี ไปมากที่สุด (50.0%) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 26-30 ปี (35.0%) และน้อยที่สุด คือ อยู่ระหว่าง 20-25 ปี (15.0%) ซึ่งทุกคนจบการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 5 ปี ซึ่งพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 80.0 เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 100.0 ได้รับการฝึกทบทวนทักษะการทำคลอด และดูแลผู้คลอดร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปจำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด (N=10)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน(%) |
|---|---|
| **1. อายุ** | |
| 20-25 ปี | 1(10.0) |
| 26-30 ปี | 3(25.0) |
| 31-35 ปี | 5(50) |
| 36 ปีขึ้นไป | 1(10) |
| (ค่าเฉลี่ย 33 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.88 ปี) | |
| **2. ประสบการณ์ทำงาน** | |
| 1-5 ปี | 6(60.0) |
| 6-10 ปี | 3(30.0) |
| 11-15 ปี | 1(10.0) |
| **3. วุฒิการศึกษา** | |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 10(100.0) |
| **4. การฝึกอบรมเกี่ยวกับการมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันตกเลือดหลังคลอด** | |
| เคย | 8(80.0) |
| ไม่เคย | 2(20.0) |
| **5. การฝึกทักษะการทำคลอดและการดูแลผู้คลอด** | |
| เคย | 10(100.0) |
| ไม่เคย | |

2. ข้อมูลทั่วไปมารดาหลังคลอดที่มาคลอดปกติผ่านทางช่องคลอด โรงพยาบาลจตุพักตรพิมาน จำนวน 20 ราย มีอายุเฉลี่ย 25 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 26-28 ปี จำนวน 15 ราย (75.0%) อายุสูงสุด 28 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี ส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้างและค้าขาย จำนวน 12 คน (60.0%) พบว่า ทำอาชีพรับจ้าง จำนวน 10 ราย และทำนา 10 ราย (50.0%) เท่ากัน ระดับการศึกษาว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 13 ราย (65.0%) ส่วนระดับประถมศึกษา 7 ราย (35.0%) อายุครรภ์เมื่อคลอดพบว่าส่วนใหญ่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-39 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 40-42 สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 20 ราย (50.0%) อย่างละเท่าๆ กัน มีอายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 39 สัปดาห์ อายุครรภ์สูงสุด 40 สัปดาห์ อายุครรภ์ต่ำสุด 39 สัปดาห์ ลำดับการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง 13 ราย (65.0%) ครรภ์แรก 7 ราย (35.0%) น้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่าส่วนใหญ่น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500-2,999 กรัม จำนวน 18 ราย (90.0%) น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 2,850 กรัม น้ำหนักทารกเกิดสูงสุด 3,350 กรัม และน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำสุด 2,750 กรัม ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปจำนวนและร้อยละของมารดาที่มาคลอดปกติทางช่องคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน (n=20)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน(%) |
|---|---|
| **1.อายุ** | |
| 20-25 ปี | 5(25.0) |
| 26-30 | 15(75.0) |
| 30 ปีขึ้นไป | 0(0.0) |
| **2. อาชีพ** | |
| ทำนา | 10(50.0) |
| รับจ้างทั่วไป | 5(25.0) |
| ค้าขาย | 5(25.0) |
| ข้าราชการ | - - |
| **3. วุฒิการศึกษา** | |
| ประถมศึกษา | 7(35.0) |
| มัธยมศึกษา | 13(65.0) |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 0(0.0) |
| **4. อายุครรภ์** | |
| <37 สัปดาห์ | 0(0.0) |
| 37– 40 สัปดาห์ | 10(50.0) |
| >40 สัปดาห์ | 10(50.0) |
| **5. ลำดับการตั้งครรภ์** | |
| ครรภ์แรก | 7(35.0) |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน(%) |
|---|---|
| ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 | 10(50.0) |
| ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป | 3(15.0) |
| **6. น้ำหนักน้ำหนักทารกแรกเกิด** | |
| <2,500 กรัม | 0(0.0) |
| 2500 -3,000 กรัม | 18(90.0) |
| >3,000-3,500 กรัม | 2(10.0) |

3. ผลการศึกษาหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า มารดาหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเปรียบเทียบกับปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังคลอด (n=20)

| ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ | n | Mean(SD.) | 95% CI | p |
|---|---|---|---|---|
| **ปริมาณการสูญเสียเลือด (มิลลิลิตร)** | 20 | 180(24.06) | 168.739,191.261 | <0.05 |

4. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติโดยการใช้เครื่องมือ MEOWS) ของมารดาหลังคลอดร้อยละ 95 มี ระดับสัญญาณชีพปกติและไม่มีอาการผิดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติโดยการใช้เครื่องมือ MEOWS (n=20)

| ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ | จำนวน(%) |
|---|---|
| การประเมินสัญญาณชีพและอาการผิดปกติ อยู่ในระดับ 1 Red Trigger | 0(0.0) |
| การประเมินสัญญาณชีพและอาการผิดปกติ อยู่ในระดับ 2 Yellow Trigger | 1(5.0) |
| ระดับชีพชีพจร อยู่ระหว่าง 100-120 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 22-26 ครั้ง/นาที | 1(5.0) |

5. อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด = 0

6. ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล (92.9%) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ความพึงพอใจในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

| ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ | หลังการพัฒนา จำนวน(%) |
|---|---|
| **พึงพอใจมากที่สุด** | 8(92.9) |
| **พึงพอใจมาก** | 2(7.1) |
| **พึงพอใจปานกลาง** | 0(0.0) |
| **พึงพอใจน้อย** | 0(0.0) |
| **พึงพอใจน้อยที่สุด** | 0(0.0) |

## วิจารณ์

การประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยนำมาใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 20 ราย สรุปผลการวิจัยได้ว่า ภายหลังการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน มารดามีปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดน้อยกว่า 500 มล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯและการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยใช้เครื่องมือ MEOWS มีมารดาเพียง 1 รายที่มีระดับการประเมินเฝ้าระวังอยู่ที่ ระดับ 2 (Yellow trigger) และไม่พบอุบัติการณ์ การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลจากการพัฒนาแนวทางปฏิบัติดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติ ถึงร้อยละ 92.9 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะลดปัญหาจากการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้เห็นผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ดีและมีความชัดเจนขึ้น และแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางการพยาบาล และ ประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เกิดความคุ้มค่าและนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล[10-15]

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะ ของมารดามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งผู้วิจัยได้ให้พยาบาลห้องคลอดผู้ใช้แนวปฏิบัติ เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนา และทดลองนำไปใช้ และคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้มารับบริการ ทั้งยังสามารถเพิ่มความมั่นใจให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ให้สามารถนำการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศในการพัฒนาการให้บริการคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา เกิดการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์ความรู้ ออกแบบการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ทำให้เกิดการนำแนวทางนั้นไปปฏิบัติจริง เกิดความยั่งยืน และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

## ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2 ชั่วโมงแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน มีความเหมาะสม

สามารถนำมาใช้ได้ง่าย สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการส่งเสริม และกำกับติดตามการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและมีการทบทวนและพัฒนาหากพบความเสี่ยงเกิดขึ้นในอนาคตหรืออย่างน้อยทุก 1 ปี

## เอกสารอ้างอิง

1. ACOG. Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician- Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2006;108(4):1039-47.
2. WHO. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. [cited 2023 Mar 24]. Available from: http://www.who.int)//
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of- Post-partum-Hemorrhage.pdf
4. ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ, ดรุณี ยอดรัก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรม สามัญโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารพยาบาลสภาการชาดไทย. 2559;9(2):173-90.
5. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2560;6(2):146–54.
6. สุฑารัตน์ ชูรส. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์ เขต11. 2562;33(1):181-92.
7. พิกุล บัณฑิตพานิชชา, นงลักษณ์ พลแสน, สุภาวดี เหลืองขวัญ. การพัฒนาระบบ การพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2017;32(2):131-44.
8. ฐานข้อมูลกรมอนามัย [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https:// dohdatacenter.anamai.moph.go.th/
9. Singh S, McGlennan A, England A, Simons R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). Anaesthesia. 2012;67:12-8.
10. ภคนี ขุนเศรษฐ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลสงขลา. Journal of Nursing and Public Health Research. 2564;1(2):83-99.
11. วราภรณ์ พันธศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และ การศึกษา. 2564;4(3):1-12.
12. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาดา วิภวกานต์, อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(3):127-41.
13. วรนุช บุญสอน. การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และ สุขภาพชุมชน. 2566;8(2):205-11.
14. สุมลา พรหมมา. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดระยะแรกใน

ห้องคลอดโรงพยาบาลบางปะกง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และ สุขภาพ ชุมชน. 2564;6(2):125-34.

15. Hayibueraheng Y. ผลการใช้นวัตกรรม WARNING BOX ช่วยเตือนคลึ มดลูกต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในมารดาสองชั่วโมงแรกหลังคลอด โรงพยาบาลบันนังสตา จ.ยะลา. Thammasat University Hospital Journal Online. 2562;4(3):31-5.

# การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

# The development of Nursing documentation for specific diseases: Inpatient department Chaturaphakphiman Hospital

**สุภารัตน์ ทัพโพธิ์* รุ่งรัศมี เหมวัฒน์** วิภาพร แนบโนนสูง*****

**Suparat Tappo, Rungratsamee Hammawat, Wipaporn Napnonsoong**

Corresponding author: E-mail: Suparatta@kkumail.com

(Received: February 1, 2024; Revised: February 8, 2024; Accepted: March 7, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญ ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วย โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 20 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนพฤศจิกายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

**ผลการวิจัย :** 1) พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 70 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานการบันทึกการพยาบาล เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ร้อยละ 60 และเคยได้รับอบรมเกี่ยวกับการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 50.0 2) รูปแบบเฉพาะโรคที่สำคัญจำนวน 2 กลุ่มโรค ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง (IMC) และกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และ 3) ผลการประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป พบว่า ภาพรวมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ย 82.6 (SD.=22.6.) รูปแบบเฉพาะ มีค่าเฉลี่ย 90.2 (SD.=19.7) และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิม และรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

**สรุปและข้อเสนอแนะ** : การวิจัยครั้งนี้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** บันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค; โรคที่สำคัญ; โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง; โรคติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## Abstract

**Purposes :** To study the situation, develop a model and study the effectiveness of a nursing recording format specific to important diseases, inpatient building, Chaturaphakpiman Hospital.

**Study design :** Research and development (Research and development)

**Materials and methods :** Study of professional nurses with 1 year or more of work experience working inpatient department Chaturaphakphiman Hospital. There were 20 participants who met the inclusion and exclusion criteria, we were conducted between March - November 2023 and analyzing the data, using descriptive statistics frequency, percentage, mean and standard deviation. And inferential statistics, Paired sample t-test, statistical significance was set at 95% confidence interval.

**Main finding :** 1) 70 percent of professional nurses have never received training on nursing recording standards 60% had received training in caring for mid-term stroke patients and 50.0% had received training in caring for bloodstream infections. 2) Specific patterns of 2 important disease groups, consisting of: Mid-stage cerebrovascular disease (IMC) patients and patients with bloodstream infections (Sepsis) and 3) The results of the evaluation comparing the average quality of quantitative nursing recordings for disease-specific formats with general formats found that the overall quality of nursing recordings for specific formats had an increased average. The original format had a mean of 82.6 (SD.=22.6.), the specific format had a mean of 90.2 (SD.=19.7), and they were satisfied with using the original nursing recording format. and disease-specific nursing recording formats statistically significant difference ($p<.001$).

**Conclusions and recommendations :** This research is a model for development nursing recording formats in other disease groups to ensure the quality of nursing services, continuous development.

**Keywords :** Nursing documentation; Specific diseases; Intermediate care; Sepsis

*Registered Nurse, Professional Level, Chaturaphakphiman Hospital.

## บทนำ

บันทึกทางการพยาบาลถือเป็นหลักฐานที่บ่งชี้ในการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีการเขียนรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาล สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[1-6] ซึ่งเป็นไปตามประกาศของสภาการพยาบาล ในมาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์พ.ศ.2562 มาตรฐานที่ 5 เรื่องการบันทึกและรายงาน ซึ่งระบุไว้ว่า "... บันทึกและรายงานการพยาบาลและผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตาม กระบวนการพยาบาลโดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัดมีความต่อเนื่อง และ สามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ ..."[2] นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลยังต้องใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่ารักษาจาก สปสช. ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพเวชระเบียนในส่วนของการบันทึกทางการพยาบาล[5] การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจะต้องสะท้อนแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยอาจใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่ง หรือหลายทฤษฎีร่วมกันในการประเมินภาวะสุขภาพ จนถึง การประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย ดังนั้นถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานุ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี[6-12] ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การบันทึกทางการพยาบาลเป็นการใช้วิธีการจดบันทึกการพยาบาล ลงบนแบบฟอร์ม (Paper-based) ที่หน่วยบริการพยาบาลต่างๆ กำหนดขึ้น ซึ่งมีทั้งที่เป็นการบันทึก แบบบอกเล่าเรื่องราว (Narrative record) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) หรือการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (Problem orientation record) ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล แต่ละแบบมีจุดดีและจุดด้อยแตกต่างกันไป และบันทึกทางการพยาบาลมีหลายลักษณะตั้งแต่แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มสัญญาณชีพ แบบบันทึกปริมาณ สารน้ำเข้า – ออก แบบบันทึกการสอน แบบสรุปการดูแล แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note) หรือบางหน่วยงานอาจมีแบบฟอร์มอื่นๆ อีก เช่น แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แต่ปัญหาที่พบเสมอ คือ การบันทึกด้วยลายมือทำให้อ่านไม่ออก การบันทึกที่ไม่ครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องกับผลการรายงาน เกี่ยวกับปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล ชนิด Paper based จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหา 1) ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ 2) พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล คือ ด้านวิธีการเขียนแบบบันทึก ด้านความสามารถในการเขียนบันทึก ด้านการประเมินผลและ ด้านการตรวจสอบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล[4-7] ปัญหาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นผลกระทบชัดเจนต่อการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล และมาตรฐานของโรงพยาบาลในประเทศไทย จาก การศึกษาค้นคว้าที่ผ่านมา พบว่าการใช้บันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการกำหนดปัญหา การประเมินอาการและการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ที่เฉพาะเจาะจงกับโรค ครอบคลุมประเด็นปัญหาและการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานสูงสุด[13] และผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลยัง พบว่าการจัดแนวเอกสารให้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล การใช้คำศัพท์เทคนิค และการใช้รูปแบบและระบบที่ใช้งานง่าย การพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยให้มีผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการเขียนที่ถูกต้อง มีคู่มือการเขียนบันทึกการพยาบาล การปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล การมีระบบการประเมิน และมีการตรวจสอบ อย่างสม่ำเสมอ มีความสำคัญต่อคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในระดับสูง[14-16] ต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดี[5,7,10,12] จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนงานวิจัย

และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนารูปแบบการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะทั้งในประเทศ และต่างประเทศการบันทึกทางพยาบาลมีความสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ดี ได้มีการศึกษารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ที่ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.04, SD. = 0.62) โดยเฉพาะด้านประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ด้านเวลาและความสะดวกในการบันทึก และด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบันทึกอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.24, 3.80, 4.00 ตามลำดับ SD.= 0.57, 0.98, 0.82 ตามลำดับ) ลดระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลได้เฉลี่ย 2.67 นาที คิดเป็น 27.0% คุณภาพของการบันทึกหลังการใช้แบบการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ย 84.13%[3] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ได้ใช้กระบวนการ FOCUS- PDCA ซึ่งศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการอุบัติเหตุหรืออาการป่วยฉุกเฉินจำนวน 90 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ FOCUS-PDCA ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา[7] และยังมีงานวิจัยที่ยืนยันว่าการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติ การรับรู้ที่ถูกต้อง[14-16] ดังเช่นงานวิจัยที่นำเสนอ Best Practice แบบบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเก็บข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลใน South Florida จำนวน 30 คน พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยพฤติกรรมผู้ป่วยในมีการรับรู้ความสามารถในตนเองเชิงบวก มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยรวมแล้วเห็นด้วยร้อยละ 95 และทัศนคติในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการทดลองใช้เพิ่มมากขึ้นจากก่อนใช้ และก่อนการทดลองผู้เข้าร่วมร้อยละ 41 ที่ทราบถึง มาตรการในการคัดกรองสารเสพติดและหลังทดลองผู้เข้าร่วมทุกคนรับรู้ถึงมาตรการร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถตอบได้ถูกต้องว่าการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะเป็นพื้นฐานที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย[16]

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีการใช้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการตรวจสอบคุณภาพและประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โดยใช้การบันทึกตามรูปแบบกระบวนการพยาบาลในรูปแบบ Focus charting ในระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบบันทึกทางการพยาบาลมาโดยตลอด มีการปรับปรุงแบบฟอร์มต่างๆ อย่างต่อเนื่อง แต่คุณภาพในการบันทึกยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนของผลลัพธ์ด้านการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลที่เฉพาะจากการทบทวน Case มีภาวะแรกซ้อน หรือทรุดลงขณะที่นอนรักษา จากหลักฐานการบันทึกทางการพยาบาลยังพบความไม่ครอบคลุมครบถ้วนและไม่ตรงประเด็นพยาบาล ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาและมาตรฐานทางคลินิก ทั้งในด้านการประเมิน การประเมินซ้ำ การเฝ้าระวังและการปฏิบัติการ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากการดูแลให้การพยาบาล บริบทโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานปัจจุบันได้มีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีความซับซ้อนเฉพาะโรคเฉพาะรายมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้มีการเปิดให้บริการ IMC ward (Intermediate care ward) การจัด Zone และการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยเฉพาะ ซึ่งทั้งสองกลุ่มโรคนี้จัดเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จาก สถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2563 2564 2565 พบ Case ที่นอนรักษาในกลุ่มโรคสำคัญดังกล่าวจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วย Hight risk High volume จำนวน 238, 162 ,91 ครั้งต่อปี ตามลำดับ ซึ่งต้องใช้ต้นทุนในการรักษาค่อนข้างสูง มีวันนอนเฉลี่ยสูงเช่นกัน โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเฉลี่ยประมาณ 1,000,000 ล้านบาทต่อปี รวมทั้งอัตราการเกิภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องส่งต่อสถานพยาบาลอื่น และ

รักษานานขึ้นเฉลี่ย> ร้อยละ 3 แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นจากการวิเคราะห์สาตุของปัญหา และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation) จะเห็นได้ว่าบันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์มากมายในด้านทั้งวิชาชีพพยาบาลและด้านการดูแลผู้ป่วย ช่วยในการวางแผน และดำเนินการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลที่ตรงตามมาตรฐานช่วยให้สามารถวิเคราะห์และปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ลภาวะแทรกซ้อน ทำให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแนวทางแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแนวคิดและเนื้อหาของการพัฒนารูปแบบวิวัฒนาการการบันทึกทางการพยาบาล

ดังนั้นวิจัยพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของตึกผู้ป่วยในแบบเฉพาะรายโรคที่สำคัญ เป็นต้นแบบเพื่อให้เกิดรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแบบเฉพาะเจาะจงให้ได้มาตรฐาน และเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลรายโรคที่สำคัญเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้มีแนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแรักษาพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดภาระค่าใช้จ่าย และภาระงานในการบันทึกทางการพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้กระบวนการพยาบาล และยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคดังกล่าว นำไปสู่บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญ ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 มีนาคม – 30 พฤศจิกายน 2566

**ขอบเขตการศึกษา** ทำการศึกษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างละ 30 เวชระเบียน โดยสุ่มอย่างง่าย

**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนร่วมกันพัฒนาขึ้นจากการทบทวนทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์อบรมด้านการบันทึกทางการพยาบาล ประสบการณ์การอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 2) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามหลักของ 4C+1C ได้แก่ ถูกต้อง (Correct) ชัดเจน (Clear) ครบถ้วน (Complete) ได้ใจความ (Concise) และความต่อเนื่อง (Continuous) โดยแบ่งตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน 1) ด้านการประเมิน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการวางแผนการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ และ 5) ด้านการประเมินผลการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ

3) แบบบันทึกอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบบันทึกทางการเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบันทึกทางการเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และ โรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93, 0.98, 0.90 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนก่อนนำไปทดสอบและนำไปใช้จริง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาดำเนินการนำแบบบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และ โรคติดเชื้อในกระแสเลือดและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะรายโรคและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในจำนวน 5 คน เวชระเบียนเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง 10 เวชระเบียน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 10 ราย นำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะรายโรคและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder Richardson) โดยของแบบความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะรายโรค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ค่าความเที่ยง = 0.89

**วิธีดำเนินการวิจัย :** ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีวงล้อการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (Demming cycle) ในการดำเนินการวิจัยดังนี้

**ระยะที่ 1** (Plan) การวิเคราะห์สถาณการณ์การบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มโรคผู้ป่วย IMC (Intermediate care) และกลุ่มผู้ป่วย Sepsis โดยการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน 2566) และการทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 35 ชุด เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และสรุปประเด็นปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบ ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจ และรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่สำคัญที่เกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

**ระยะที่ 2** (Do) การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการออกแบบพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรค โดยใช้มาตรฐานการตรวจสอบเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ออกแบบโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการทดลองนำไปใช้

**ระยะที่ 3** (Check) การทดลองใช้ ประเมินผลเป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์งานวิจัย โดยนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างละ 5 รายในระหว่างเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2566 หลังสิ้นสุดการทดลองใช้ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์

ที่ได้ร่วมกับการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคสำคัญให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

**ระยะที่ 4** (Act) การนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคสำคัญไปใช้จริงและประเมินผล ผู้วิจัยนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการปรับปรุงแล้วไปใช้จริง ออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดหลังทดลอง (Quasi experimental design with two group post -test) ในระหว่างเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2566

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะโรค และรูปแบบทั่วไป คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะโรค และรูปแบบทั่วไป โดยใช้ สถิติ Paired sample t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0942565 และได้ทำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน หลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมกับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยและประโยชน์ที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มประชากรศึกษามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธและถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และถูกวิเคราะห์ในภาพรวม เมื่อกลุ่มประชากรตกลงเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

## ผลการวิจัย

1) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญแบบ Focus charting ของโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรคติดเชื้อ ประกอบด้วย 1.1 แบบประเมินแรกรับเฉพาะโรคตาม CPG 1.2 แบบประเมินซ้ำเฉพาะโรค ตาม CPG 1.3 Nursing problem listโดยกำหนดเป็นเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย (Goal outcome) 1.4 แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Nursing progress note) และ 1.5 แบบวางแผนจำหน่ายเฉพาะรคตาม D-MTHOD

2) ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 29 ปี โดยมีอายุ 31-35 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ อายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 และน้อยที่สุดคืออายุ 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.4 ซึ่งทุกคนจบการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 8 ปี พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 70 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานการบันทึกการพยาบาล เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ร้อยละ 60 และเคยได้รับอบรมเกี่ยวกับการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 50.0

3) ผลการประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป พบว่า ภาพรวมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเฉพาะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ย 82.6 (SD.=22.6.) รูปแบบเฉพาะ มีค่าเฉลี่ย 90.2 (SD.=19.7) พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่สูงสุดคือด้านการประเมิน มีค่าเฉลี่ย 94.1(SD.=18.8) รองลงมาคือด้าน การวางแผนการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 92.2 (SD.=18.4) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป ตามหลัก 5C จำแนกตามกระบวนการพยาบาล

| รูปแบบการบันทึก | รูปแบบทั่วไป | รูปแบบเฉพาะ |
|---|---|---|
| | Mean(SD.) | Mean(SD.) |
| ด้านการประเมิน | 82.8(23.1) | 94.1(18.8) |
| ด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล | 80.4(22.5) | 88.4(20.3) |
| ด้านการวางแผนการพยาบาล | 82.6(23.4) | 92.2(18.4) |
| ด้านการปฏิบัติการพยาบาล | 81.2(21.5) | 86.8(21.3) |
| ด้านประเมินผลการพยาบาล | 86.4(25.2) | 88.6(20.2) |
| ภาพรวมการบันทึกทางการพยาบาล | 82.6(22.6) | 90.2(19.7) |

4) ผลการประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพรูปแบบเฉพาะโรคกับรูปแบบทั่วไป พบว่า ภาพรวมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านคุณภาพรูปแบบเฉพาะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยด้านคุณภาพ 81.6 (SD.=23.9) รูปแบบเฉพาะ มีค่าเฉลี่ย 90.2 (SD.=23.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่สูงสุดคือการบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 96.9 (SD.=23.5) รองลงมาคือ ด้านการบันทึกด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 91.8 (SD.=22.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพก่อน และหลังพัฒนาตามหลัก 5C จำแนกตามกระบวนการพยาบาล

| ด้านการบันทึก | รูปแบบทั่วไป | รูปแบบเฉพาะโรค |
|---|---|---|
| | Mean(SD.) | Mean(SD.) |
| การบันทึกด้านการประเมิน | 80.8(24.6) | 90.6(21.0) |
| การบันทึกด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล | 84.4(25.3) | 89.5(24.2) |
| การบันทึกด้านการวางแผนการพยาบาล | 82.6(23.3) | 96.9(23.5) |
| การบันทึกด้านการปฏิบัติการพยาบาล | 80.2(24.1) | 91.8(22.2) |
| การบันทึกด้านการปฏิบัติการประเมินผลการพยาบาล | 80.4(24.3) | 91.3(22.1) |
| ภาพรวมการบันทึกทางการพยาบาล | 81.6(23.9) | 92.0(23.5) |

5) ผลการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบ Internal audit ของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญ เท่ากับร้อยละ 95.00

6) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญกับรูปการณ์บันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไปแยกรายด้าน

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไปกับแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ แยกรายด้าน (n=20)

| รายการประเมิน | รูปแบบทั่วไป | แบบเฉพาะโรค | Mean diff. | p-value |
|---|---|---|---|---|
| 1. สามารถบันทึกได้ครอบคลุมการดูแลตามกระบวนการพยาบาล | 2.45 | 4.58 | 2.13 | <.001 |
| 2. เอื้อให้การบันทึกรวบรัดและกระชับ | 3.84 | 4.56 | 0.72 | <.001 |
| 3. สามารถบันทึกได้ง่าย | 2.62 | 4.82 | 2.2 | <.001 |
| 4. สามารถลดระยะเวลาบันทึกได้ | 3.31 | 4.89 | 1.58 | <.001 |
| 5. ง่ายต่อการหาประเด็นสำคัญหรือปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว | 2.86 | 4.76 | 1.9 | <.001 |

7) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ กับรูปการณ์บันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 1.70, 95%CI=0.88-1.96 (p=.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบความพึงพอใจภาพรวมต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไปกับแบบเฉพาะโรคที่สำคัญ

| ความพึงพอใจ | Mean | Mean diff. | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|
| รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบทั่วไป | 3.01 | 1.70 | 0.88-1.96 | <.001 |
| รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค | 4.72 | | | |

8) ผลเปรียบเทียบ จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อน-หลังการพัฒนา พบว่าอุบัติการณ์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบ จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อน-หลังการพัฒนา

| รายการ | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา |
|---|---|---|
| | จำนวน(%) | จำนวน(%) |
| 1. โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (IMC) อุบัติการณ์ | | |
| การเสียชีวิต | 0(0.00) | 0(0.00) |
| การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง | 7(10.76) | 0(0.00) |
| 2. โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) อุบัติการณ์ | | |
| การเสียชีวิต | 0(0.00) | 0(0.00) |
| การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง | 17(2.45) | 2(0.30) |

## วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้ชี้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญมีผลต่อกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[10-12,14-16] ที่พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้เกิดคุณภาพการรักษาที่ดี ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน และเกิดความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลและลดระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลสามารถบันทึกได้อย่างครอบคลุม กระบวนการพยาบาลส่งผลให้เกิดคุณภาพททั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาแบบบันทึกในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในพัฒนาแบบฟอร์มปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา วางแผน และนำผลการพัฒนา ทบทวนปรับปรุงแก้ไข และได้ร่วมประเมินผลมีการสะท้อนความคิดเห็น เห็นประโยชน์ร่วมกันนำผลไปปฏิบัติซ้ำและวัดผลปรับปรุงแบบฟอร์มหลายครั้งการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า การกำหนดแบบฟอร์มการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลแลประเมินผลการพยาบาลที่ชัดเจนช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบริหารทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ระบบบริการคุณภาพที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันให้บริการแบบองค์รวมจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในแผนการดูแลรักษาสูงขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรคที่สำคัญของตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเป็นแบบฟอร์มการบันทึกเน้น Focus charting พยาบาล และสหวิชาชีพสรุปได้ว่าการบันทึกแบบนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพเห็นการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างชัดเจนขึ้น ข้อมูลที่รวบรัด และกระชับ ชี้ชัดในความต้องการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญและปัญหาได้อย่างรวดเร็ว สื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพง่ายและชัดเจน

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้** พบว่าผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบเฉพาะโรค พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากที่สุด คือการประเมิน โดยมีการบันทึกอาการสำคัญ

และการประเมิน V/S แรกรับ การประเมินอาการแรกรับและประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ส่วนการบันทึกที่ยังพบว่าไม่ครอบคลุมครบถ้วนได้แก่การประเมินซ้ำตามมาตรฐานที่กำหนดโดยไม่ทันเวลาในการประเมินเฉลี่ย 5 นาที ซึ่งควรมีการดำเนินการเพิ่มเติม ได้แก่ (1) การนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคไปใช้ไป โดยชี้แจงรายละเอียดและซักซ้อมความเข้าใจในมาตรฐานและคู่มือการใช้ เพื่อให้มีความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติที่ตรงกันอาจจะต้องมีการทำให้ดูเป็นตัวอย่างรายกรณี (2) ควรมีการสุ่มตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนในการใช้มาตรฐานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน (3) ควรมีการติดตามนิเทศจากหัวหน้างาน พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลและการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ (4) ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาลโดยเฉพาะ (5) ควรมีการสื่อสารผลการประเมินแบบ Real time ใน web board ของทางกลุ่มงานการพยาบาล และ หากมี Case ที่มีอาการทรุดลง ส่งต่อให้มีการทบทวนรายกรณี ภายใน 72 ชั่วโมงเพื่อวิเคราะห์สถาณการณ์และปัญหาและนำไปวางแผนปรับปรุงได้ทันท่วงที และ (6) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึกทางการพยาบาล, POP up Alert ในการประเมินซ้ำในระบบ Open chat, เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่สามารถ Auto run ในการประเมินซ้ำ Alam เมื่อพบ sign ผิดปกติสามารถ เชื่อมต่อเป็นการบันทึกการประเมิน V/S หรืออาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีลดการเขียนในกระดาษหรือแบบฟอร์ม

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป** (1) ควรมีการศึกษาทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการบันทึกทางการพยาบาล (2) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และ (3) ควรมีขยายผลการศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้บันทึกการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ ในการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลครั้งนี้เป็น โมเดลแรกที่ชี้เฉพาะโรคสำคัญเพียงสองโรคหลักและแนวทางการปฏิบัติในกระบวนการดูแลทาง Clinic มีการ update อยู่เสมอบางครั้งเป็นข้อจำกัดในการประชุมทีมและสื่อสารแนวทางให้ตรงกัน แม้จะเปิดช่องทางการหลากหลายช่องทาง แต่การกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานยังเป็นปัจจัยสำคัญในการนำแนวทางหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึกทางการพยาบาล, POP up Alert ในการประเมินซ้ำในระบบ Open chat, เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่สามารถ Auto run ในการประเมินซ้ำ Alam เมื่อพบ Sign ผิดปกติสามารถ เชื่อมต่อเป็นการบันทึกการประเมิน V/S หรืออาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีลดการเขียนในกระดาษหรือแบบฟอร์ม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการบันทึกให้มีมาตรฐานและลดภาระงานของพยาบาลรวมทั้งได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน.กรุงเทพ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
2. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 [อินเตอร์]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0030.PDF
3. วิทวดี สุวรรณศรวล, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่. Nursing Journal. 2016;43(3):128-36.
4. อุดมพร คำล้ำเลิศ. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมุทรสาคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2017.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: ยูเนียน. 2563.

6. กาญจนา ธานะ, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น. บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. Nursing Journal. 2015;42(1):164-70.
7. อรวรรณ ณ ลำปาง, ดอกไม้ บุตรดา. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการ พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลบางกรวย. Journal of Nursing and Public Health Research. 2021;1(3):31-44.
8. ปาลิตา พูลเพิ่ม, นงเยาว์ มีเทียน, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. ปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2022;19(2):88-99.
9. โสภา คำชัยลึก, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, ทรียาพรรณ สุภามณี. การพัฒนาคุณภาพการ ตรวจบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ. Nursing Journal. 2016;43(4):105-13.
10. มลิวัลย์ มูลมงคล, ศศิธร ศรีภูษณาพรรณ, ฉวี สิทธิวางค์กูล, ยุพิน ตันอนุชิตติกุล, ปิยธิดา จุลละปีย.ผลการใช้การบันทึกทางการพยาบาล แบบชี้เฉพาะ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำปาง วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(2):409-17.
11. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ประสิทธิผลของการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะต่อความสมบูรณ์คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลความรู้ และความพึงพอใจของพยาบาลอายุรกรรม. Thammasat University Hospital Journal Online. 2021;6(2):1-13.
12. สาวิตรี ใหม่โบราณ, อาภัสรา พันขาม, นุชนาฏ แสนสุข. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2022;19(1):173-80.
13. De Groot K, Triemstra M, Paans W, Francke A L. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. Journal of advanced nursing. 2019;75(7):1379-93.
14. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of advanced nursing. 2011;67(9):1858-75.
15. Collins S A, Cato K, Albers D, Scott K, Stetson P D, Bakken S, et al. Relationship between nursing documentation and patients' mortality. American Journal of Critical Care. 2013;22(4): 306-13.
16. FRANCOIS, Nicole. Nursing Documentation in an Inpatient Behavioral Health Unit: A Best Practice Quality Improvement Project; 2021.

# การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่รับบริการในห้องฉุกเฉิน : โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

# The Development of Nursing Practice Guidelines for Psychiatric Patients with Aggressive Behavior who Receive Services in the Emergency Room: Chaturaphakphiman Hospital

**มนทกานติ์ ตั้งนพรัตน์กุล* พัชชรี เกษแก้ว** อริญญา บุญอรัญ*****
**Montakan Tungnopparatkul, Patcharee Katekeaw, Arinya Boonarun**
Corresponding author: E-mail: Montakan_s@hotmail.com
(Received: February 2, 2024; Revised: February 9, 2024; Accepted: March 7, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ แนวทางปฏิบัติ และศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

**รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

**วัสดุและวิธีการวิจัย** : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 20 ราย และเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับบริการระหว่างเดือน มกราคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t- test)

**ผลการวิจัย :** หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.5 คะแนน และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 94.60 และไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่รับบริการในห้องฉุกเฉิน ดังนั้นหน่วยงานควรเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์และเตรียมพื้นที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

**คำสำคัญ :** แนวทางปฏิบัติการพยาบาล; ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว; ห้องฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## ABSTRACT

**Purposes** : To study the situation,develop guidelines and study the effectiveness of using guidelines for caring for psychiatric patients with aggressive behavior who receive services in the Accident and Emergency Department at Chaturaphak Phiman Hospital.

**Study design :** Research and development (Research and development)

**Materials and Methods** : Study of professional nurses working in emergency departments. Chaturaphakphiman Hospital, 20 cases, and medical records of psychiatric patients with aggressive behavior who received service between 1 January 2023 - 30 November 2023, totaling 30 cases. Data analysis using descriptive statistics, finding frequencies, percentages, and inferential statistics (Paired t-test).

**Main findings :** After using the guidelines The average score of compliance with the guidelines for caring for aggressive psychiatric patients receiving services at the Emergency Department of Chaturaphat Phiman Hospital was at the highest level with an average score of =4.5 points. The satisfaction scores of professional nurses before and after Using guidelines There was a significant difference in consciousness at p-value<.05 and no risk incidence was found while nurses were caring for this group of patients.

**Conclusions and recommendations :**The results of this research highlight the importance of nursing practices for psychiatric patients with aggressive behavior receiving services in the emergency room. Therefore, agencies should prepare equipment and prepare areas for caring for patients with severe aggressive behavior problems.

**Keywords :** Nursing practice guidelines; Psychiatric patients with aggressive behavior; Emergency room

*Registered Nurse, Professional Level, Chaturaphakphiman Hospital.

## บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท[1] จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 พบว่ามีแนวโน้มลดลงและเพิ่มขึ้น 1,080,512, 1,080,303 และ 1,129,404 คน ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยใหม่ปีละ 78,844, 86,590 และ 71,394 คน ตามลำดับ ทั้งนี้มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 45,143, 51,419 และ 52,693 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พบมากกว่าร้อยละ 60 เมื่อพิจารณาแยกตามเขตสุขภาพ พบมากในเขตสุขภาพที่ 9 ใช้บริการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.3 รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 16.7 เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 13.1 และเขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ[2] และเนื่องด้วยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้ครอบคลุมทั่วถึงในทุกเขตสุขภาพ 12 เขต เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชเข้าถึงการดูแลรักษาใกล้บ้าน[3] จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งประเภทรุนแรงและไม่รุนแรง จำนวน 149 ครั้ง 94 คน, 136 ครั้ง 103 คน และ 117 ครั้ง 90 คน ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช โดยพฤติกรรมก้าวร้าวอาจแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การพูดจาข่มขู่ การทำร้ายร่างกายผู้อื่น การทำลายทรัพย์สิน เป็นต้น สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีหลายปัจจัย เช่น โรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ปัญหาทางสังคมและครอบครัว ปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชอาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเอง บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการอื่นๆ ในสถานพยาบาลจิตเวช แบ่งเป็นผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ได้แก่ การบาดเจ็บทางร่างกาย ผลข้างเคียงจากการใช้ยาระงับอาการก้าวร้าว การถูกแยกกักตัว หรือการถูกส่งตัวไปรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวช ผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การบาดเจ็บทางร่างกาย ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น และผลกระทบต่อผู้รับบริการอื่นๆ ในสถานพยาบาลจิตเวช ได้แก่ ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกไม่ได้รับความสะดวกในการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นงานที่มีความท้าทาย เนื่องจากพยาบาลต้องเผชิญกับความเสี่ยงจากการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย[4-9] จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายของบุคลากรทางการแพทย์สูงถึง 20-30%[10-16]

จากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องการให้มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชในระยะยาว

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ แนวทางปฏิบัติ และศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 20 ราย และเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับบริการระหว่างเดือนมกราคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบไปด้วย 2 ส่วน

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

**ชุดที่ 1** ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิดประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว โดยประกอบด้วย ขั้นตอนการสัมภาษณ์ การแนะนำตัวผู้วิจัยและบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ อธิบายขั้นตอนและวิธีการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ตามคำถามที่กำหนด และส่วนที่ 3 แบบประเมินความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวที่มารับบริการ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยด้านโยบาย ด้านการสนับสนุน ส่งเริมการนำไปใช้ รูปแบบการนำไปใช้ ประโยชน์ที่ได้รับ การมีส่วนร่วม ประเด็นปัญหาอุปสรรค แบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

**ชุดที่ 2** แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะก้าวร้าวลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ มี 5 คำตอบ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา** (Content validity) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา พร้อมกับการตรวจสอบความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุคะแนนในแบบสอบถามความตรงตามเนื้อหาที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.87 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ 80 ขึ้นไป

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** กลุ่มตัวอย่างประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 เดือน คือ เดือนเมษายน - เดือนพฤษภาคม 2566 จำนวน 5 ราย โดยดำเนินการ ดังนี้ (1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพตามคุณสมบัติที่กำหนด (2) ผู้วิจัยชี้แจงจุดประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย (3) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพแต่ละรายตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ (4) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปผล

**การดำเนินการวิจัย** แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีวงล้อการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (Demming cycle) ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**การวิจัยระยะที่ 1** การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในขั้นนี้ แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1** (Plan) การศึกษาสถานการณ์โดยจากการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจ และรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

**ขั้นที่ 2** (Do) วิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยนำผลการวิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว รวมทั้งจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการการใช้แนวทางปฏิบัติ มาจัดทำสาระสำคัญองค์ประกอบแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

**ขั้นที่ 3** (Check) การตรวจสอบคุณภาพแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องที่รับได้ตั้งแต่แต่ 0.50 ขึ้นไป พบว่าได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00

**ขั้นที่ 4** (Act) การปรับปรุงคุณภาพของแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการโดยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคที่สำคัญให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

**การวิจัยระยะที่ 2** การประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พฤติกรรมก้าวร้าวที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นที่ 1** (Plan) การเตรียมการทดลอง ได้แก่ (1) การกำหนดประชากรที่ศึกษาได้แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก ดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)** ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เวียนมาปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) ประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และ 3) ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย **เกณฑ์คัดออก (Inclusion Criteria)** ได้แก่ 1) เป็นหัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และ 2) ไม่ยินดี และสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และ (2) การเตรียมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการในการนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไปสู่การปฏิบัติโดยนำเสนอไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อขออนุมัติการจัดทำโครงการ

**ขั้นที่ 2** (Do) จัดประชุมเชิงวิชาการให้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่จะนำไปใช้ เพื่อชี้แจงแนวทางปฏิบัติการใช้แนวทางปฏิบัติ และการเก็บข้อมูลดำเนินการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับพยาบาลวิชาชีพที่ทำการดูแลผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย

**ขั้นที่ 3** (Check) ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลการนำแนวทางปฏิบัติพยาบาลไปใช้

**ขั้นที่4** (Act) สรุปผลการนำแนวทางปฏิบัติพยาบาลไปใช้รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามข้อเสนอแนะที่ได้รับให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติให้เกิดความต่อเนื่องและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการจัดกลุ่มของเนื้อหาแล้วนำไปแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0912565 และทำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานหลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมกับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มประชากรศึกษามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธและถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และถูกวิเคราะห์ในภาพรวม เมื่อกลุ่มประชากรตกลงเข้าร่วม

การวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

## ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลพร้อมคู่มือการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) ด้านการประเมินผู้ป่วย 3) ด้านปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 4) ด้านการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการส่งต่อสถานพยาบาลอื่น และ 5) ด้านการบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นพยาบาลวิชาชีพทีปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 33 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 31-35 ปีไปมากที่สุด (50.0%) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 26-30 ปี (35.0%) และน้อยที่สุดคือ อยู่ระหว่าง 20-25 ปี (15.0%) ซึ่งทุกคนจบการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 7 ปี ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ (100.0%) ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=20)

| ข้อมูลทั่วไป | | จำนวน(ร้อยละ) |
|---|---|---|
| **อายุ (ปี)** | 20-25 ปี | 3(15.0) |
| | 26-30 ปี | 7(35.0) |
| | 31-35 ปี | 10(50.0) |
| **ประสบการณ์ทำงาน** | 1-5 ปี | 1(5.0) |
| | 6-10 ปี | 14(70.0) |
| | 11- 15 ปี | 5(25.0) |
| **วุฒิการศึกษา** | ปริญญาตรี | 20(100.0) |
| **การฝึกอบรมเกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว** | | |
| | เคย | 0(0.0) |
| | ไม่เคย | 20(100.0) |

3. เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 23 ราย (76.0%) เพศหญิง 7 ราย (24.0%) อายุเฉลี่ย 37.5 ปี อายุสูงสุด 55 ปี และอายุต่ำสุด 17 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 80 ที่เหลืออาชีพทำนา (20.0%)

4. หลังการใช้แนวปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานอยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.5 คะแนนในด้านรูปแบบการนำไปใช้ และรองลงมาคือประโยชน์ที่ได้รับมีคะแนนเฉลี่ยที่ 4.12 คะแนน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุดที่คะแนนเฉลี่ย 4.68 (94.06%) และไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=20)

| ประเด็นการประเมิน | Mean(SD.) | แปลผล |
|---|---|---|
| 1. ด้านโยบาย | 3.51(0.61) | เหมาะสมมาก |
| 2. ด้านการสนับสนุนส่งเริมการนำไปใช้ | 3.68(0.64) | เหมาะสมมาก |
| 3. รูปแบบการนำไปใช้ | 4.50(0.88) | เหมาะสมมากที่สุด |
| 4. ประโยชน์ที่ได้รับ | 4.12(0.69) | เหมาะสมมาก |
| 5. การมีส่วนร่วม | 3.78(0.72) | เหมาะสมมาก |
| เฉลี่ยโดยรวม | 4.68(0.62) | เหมาะสมมากที่สุด |

5. ผลประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน พบว่าภาพรวมการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะก้าวร้าวอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.56, SD.=0.72) เมื่อพิจารณาเป็นราย พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย (Mean=4.80, SD. = 0.80) รองลงมา คือ ด้านการประเมินผู้ป่วย (Mean=4.68, SD.=0.92) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย และญาติ (Mean=4.26, SD.=0.66) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน (n=20)

| การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติฯ | Mean(SD.) | การแปลผล |
|---|---|---|
| 1. ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย | 4.80(0.80) | ดีมาก |
| 2. ด้านการประเมินผู้ป่วย | 4.68(0.92) | ดีมาก |
| 3. ด้านปฏิบัติการให้การพยาบาลผู้ป่วย | 4.59(0.66) | ดีมาก |
| 4. ด้านการส่งต่อและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ | 4.26(0.66) | ดี |
| 5. ด้านการบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วย | 4.51(0.65) | ดีมาก |
| เฉลี่ยโดยรวม | 4.56(0.72) | ดีมาก |

## วิจารณ์

จากการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ได้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวที่มารับบริการ โดยพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางปฏิบัติ มีความพึงพอใจถึงร้อยละ 94.60 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และมีการปฏิบัติ

ตามแนวทางหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2. สถานที่และอุปกรณ์ไม่พร้อมในการดูแลความปลอดภัยขณะปฏิบัติการพยาบาลซึ่งควรจัดอุปกรณ์ และเตรียมพื้นที่ตามหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบไปด้วยการช่วยเหลือโดยให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้รับบริการผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ โดยต้องคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งการจัดเตรียมสถานที่ สำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตซึ่งควรมีลักษณะดังนี้ ได้แก่ ควรเป็นมุมห้องอยู่ในโซนสีเหลืองโดยลดสิ่งกระตุ้น มีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง มีการจัดเก็บและดูแลเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย มีระบบแจ้งเตือน/สัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน และมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเช่น ผ้าผูกยึดใช้ผ้าที่มีความแข็งแรง เหนียว แต่นุ่ม (ผูกยึดข้อมือ/ข้อเท้า/เสื้อผูกยึดลำตัว)

3. ระบบการบันทึก และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้น จึงควรมีนโยบายกำกับติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและระบุถึงบุคคลหรือทีมที่สามารถเข้าช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ควรมีการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ และมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด มีการสร้างเครือข่ายการประสานงานและช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนในกรณีต้องขอความช่วยเหลือในการร่วมดูแลผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชที่อาจมีอาการกำเริบ

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิคทอเรีย; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัสจำกัด; 2563.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2555 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ของกรมสุขภาพจิตในวาระแรก ระยะ 3 ปี พ.ศ.2563-2565 ประจำปีงบประมาณ 2563; 2563.
5. ก่อกาล ศิริวัฒโณ, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, ถนอม ศรีอินทนนท์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2560;9(3):25-36.
6. อรัญญา ฤทธิเดช, อุบล วรรณกิจ, อสุนี สาแลมะ, อาอีเสาะ สาแล๊ะมะ. การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):175-84.
7. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ชมพูนุท โมราชาติ, กชพงศ์ สารการ. กลยุทธ์การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล เขตสุขภาพ ที่ 10. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):29-40.
8. ผกามาศ สุฐิติวนิช, สันติภาพ คงนาวัง. การพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;2(2),46-58.

9. พยุงศักดิ์ ฝางแก้ว, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(1):53-69.
10. ศิริยุพา นันสุนานนท์. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน. วชิรสารการพยาบาล. 2563;22(2):118-26.
11. วรรณี ศิรินทรางกูร, นพรัตน์ไชยชำนิ, เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื้อน. การพัฒนาโปรแกรมจัดการ ความโกรธด้วยสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(3):68-85.
12. อรพรรณ สุนทวง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(3):198-210.
13. Skeem J L, Polaschek D L, Manchak S. Appropriate treatment works, but how?: Rehabilitating general, psychopathic, and high-risk offenders; 2009.
14. วุฒิชัย ชวนชนก, ภัทราภรณ์ภทร สกุล, สมบัติ สกุลพรรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(3):81-97.
15. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 2020;177(9):868-72.
16. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis Ja, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2006;3(1): 8-18.

# ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถ

# Effectiveness of a Nursing Interventions Emphasing Self-mangement Program on Health Outcomes with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Atsamat Hospital

**ละมุล วิเศษปัสสา***

**Lamool Wisespussa**

Corresponding author: E-mail: jjumo.2017@gmail.com

(Received: February 3, 2024; Revised: February 10, 2024; Accepted: March 9, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถ

**รูปแบบการวิจัย :** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research; Two group pretest posttest design)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลอาจสามารถและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2566 จำนวน 44 คน จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

**ผลการวิจัย :** 1) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก จำนวน 20 คน (90.91%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 2 คน (9.1%) แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน (50.0%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 10 คน (45.5%) 2) หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 1.98 คะแนน (95%CI; 1.69, 2.27) และ 3) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่า 65.45% (95%CI;6.47, 124.43)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** Intervention ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อควรนำไปใช้ในหน่วยงาน

**คำสำคัญ :** ประสิทธิผล; การจัดการตนเอง; ผลลัพธ์ทางสุขภาพ; ผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

## Abstract

**Purposes :** To compare mean scores of self-management and pulmonary function of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Atsamat Hospital**.**

**Study design :** Quasi-experimental research; Two group pretest posttest design.

**Materials and Methods :** 44 of samples were consisted of patients with chronic obstructive pulmonary disease who received services at pulmonary disease Clinic at Atsamat Hospital and met the inclusion and exclusion criteria. We were conducted between August and November 2023, a total of 44 samples were classified as a control group and experimental group, 22 of per group. Data were collected using questionnaires and recording forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and independent t-test. Statistical significance was set at 95% Confidence Interval.

**Main findings :** 1) After the experiment, most of subjects in experimental group had a very high level of overall self-management, (20/22) (90.91%), followed by a high level, (2/22) (9.1%), but in the control group it was found that Most had a moderate level of self-management, (1/22)(50.0%), followed by a high level, (10/22)(45.5%). 2) After experiment, it were found that experimental group had a significantly higher mean scores self-management than control group ($p<.001$), with an mean scores self-management 1.98 scores higher (95%CI; 1.69, 2.27) and 3) the sample in experimental group had a significantly higher mean pulmonary function disease than control group ($p = .03$), with a mean chronic obstructive pulmonary function greater than 65.45% (95%CI; 6.47, 124.43).

**Conclusion and recommendations :** The intervention developed by researchers resulted in increased health outcomes for patients. Therefore, relevant agencies should use them in their agencies.

**Keywords :** Effectiveness; Self-mangement; Health Outcomes; Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

*Registered Nurse, Professional Level, Atsamat Hospital

## บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก COPD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกและยังได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วย COPD พ.ศ.2553 ไว้ที่ 384 ล้านคน คิดเป็นความชุกของ COPD ร้อยละ 11.72 ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการสำรวจอุบัติการณ์การเกิด COPD ที่ชัดเจน แต่จากการประมาณการความชุกของ COPD ในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ.2553 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,268 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 7,035 ต่อ 100,000 ประชากร และจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของประเทศไทย พบว่าประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)ปี พ.ศ.2562 และ พ.ศ.2563 มีผู้ป่วย COPD รายใหม่ จำนวน 14,243 ราย และ 11,349 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง อาจมีผลมาจากการที่สาธารณสุขของประเทศไทยมีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจาก COPD มาโดยตลอด แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับประชากรโลกแล้วอัตราการเกิด COPD ของประชากรไทยยังสูงกว่าจึงต้องรณรงค์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[1-2] เช่นเดียวกับสถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ พ.ศ.2563-2565 พบว่า (1) จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 211 ราย (2) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 ราย 3) ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 175 ราย (4) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย (5) อัตราการป่วยตายด้วยการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 ราย[3] จากข้อมูลด้านสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีปัญหาจากอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบบริการทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรัง ทำให้ปอดเกิดการอักเสบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม และภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปแต่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เมื่อโครงสร้างภายในเนื้อปอดถูกทำลาย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง อันเกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด ส่งผลให้ปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลงเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น[4]

การเกิดการกำเริบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิต และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วย COPD ในประเทศไทยมีอัตราการกำเริบปี พ.ศ.2562 และ พ.ศ.2563 จำนวน 134 และ 124.8 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วย COPD และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 18,925 คน และ 18,169 คน ตามลำดับ ทั้งนี้มีข้อจำกัดว่าข้อมูลนั้นเป็นการรวบรวมจากระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดในการส่งตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อการวินิจฉัย ซึ่งจากข้อมูลในต่างประเทศ พบว่าอัตราการกำเริบต่อปี อยู่ที่ 0.85-1.30 ครั้งต่อคน (เทียบเท่า 85-130 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD)[5] จากข้อมูลข้างต้นอัตราการกำเริบในไทยมีแนวน้มลดลงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าต่างประเทศ การลดลงของอัตราการกำเริบอาจเป็นผลมาจากการที่ประเทศไทยมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ที่ชัดเจนและมีคุณภาพมากขึ้น การกำเริบมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยที่มีการกำเริบ >3 ครั้งต่อปีมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติการกำเริบ[6] การกำเริบที่มีผลต่อการลดลงของสมรรถภาพปอด พบว่าหากมีการกำเริบ 22.92 ครั้งต่อปี มีการลดลงของ FEV, 40 มิลลิลิตรต่อปี เทียบกับ 32.1 มิลลิลิตรต่อปี ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการกำเริบน้อยกว่า[7]

อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของ COPD คือ การสูบบุหรี่ในประเทศไทยจากการสำรวจล่าสุดปี พ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.7 (11.4 ล้านคน) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ลดลงจาก 16.8 ปี (พ.ศ. 2550) เป็น 15.6 ปี (พ.ศ.2557)[8] แม้ว่าจะมีการรณรงค์งดสูบบุหรี่ในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูบรายใหม่ทั้งบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้าและการช่วยเหลือ

ผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ให้เลิกสูบบุรี่ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิด COPD ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผล และกำลังเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ มลพิษในอากาศทั้ง Organic และ Inorganic dust ทั้งอนุภาคขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก โดย Particulate matter ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน (PM 10) และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) มีผลเพิ่มความเสี่ยง COPD 1.51 และ 1.68 เท่าตามลำดับ[9] และในบางการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าระดับมลพิษในอากาศที่สูงขึ้นยังส่งผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD อีกด้วย[10]

การจัดการด้วยตนเองเป็นการช่วยแนะแนวทางเลือกและดัดแปลงให้เหมาะสม โดยมีลักษณะเฉพาะซึ่งสามารถประยุกต์ในปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้เกิดความคงที่ของอารมณ์ รวมถึงผลของกิจกรรมที่ปรับตามสภาพการณ์ และการเสื่อมถอย ซึ่งผลจากการจัดการด้วยตนเองก่อให้เกิดประโยชน์จากการให้บริการทางสุขภาพ การจัดการด้วยตนเองเป็นทางเลือกสำหรับการดูแลรักษา มุ่งให้ผู้ป่วยที่เคยเป็นผู้ได้รับความช่วยเหลือกลายเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจสำหรับการดูแลรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลตามจารีตประเพณี และปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ ดังนั้น การจัดการด้วยตนเองจะประกอบไปด้วย การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการรักษา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง[11]

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีการนำเสนอแนวคิดการจัดการตนเองอย่างหลากหลาย ได้กล่าวถึงกลวิธีที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีจุดประสงค์หลักที่เหมือนกันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ และพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocalderterminism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม Bandura กล่าวได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในแต่ละงานวิจัย มีองค์ประกอบของการจัดการตนเองเหมือนและแตกต่างกัน แต่ทั้งหมดก็มีผลในการส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณาความคุ้มค่า ความสะดวกในการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในด้านใดที่มีความคุ้มค่าและความสะดวกในการปฏิบัติ และให้ประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุภาพ พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดียวกันใช้การปฏิบัติการจัดการตนเองที่แตกต่างกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมือนกัน อาจกล่าวได้ว่าประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรครื้อรังยังคลุมเครือ ผลการวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถสรุปให้ชัดเจนได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านใดมากที่สุด หรือมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดใดมากที่สุด นอกจากนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในองค์ประกอบที่แตกต่างกันมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเหมือนหรือต่างกันอย่างไร จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นการรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือจึงมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถขึ้น เพื่อหารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการดูแลตนเองที่ดี และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน

โรงพยาบาลอาจสามารถ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยรูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถโดยมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์**คัดเข้าการศึกษา** (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ถึงระดับ 3 ตามเกณฑ์ของ GOLD (2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และต้องมีการบันทึกการติดตามตนเอง (3) ไม่มีโรคร่วมอย่างอื่นที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม หรืออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรควัณโรค โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด ความผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ เป็นต้น และ (4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้แต่ละคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันเกี่ยวกับเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 และชนิดของยาสูดพ่น

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก** (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด เช่น การเสียชีวิตหรือการย้ายที่อยู่ใหม่เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดเสียชีวิตหรือการย้ายที่อยู่ใหม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) โดยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ($\alpha$=.05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (Matched pairs) ในเรื่อง เพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 และชนิดของยาสูดพ่น ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง

**วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบ 22 คน ก่อนจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล**

1.1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศ ศาสนา อาชีพสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และ

การรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ

1.2 เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด เป็นการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะ หายใจออกโดยใช้อุปกรณ์ที่เรียกว่า Wright Peak Flow Meter ของบริษัท Clement Clarke International Limited วัดความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก ในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างเร็ว และแรงเต็มที่จากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ ค่าที่วัดได้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของแรงต้านในหลอดลม ถ้าค่าที่วัดสูงแสดงว่ามีแรงต้านในหลอดลมต่ำ ถ้าค่าที่วัดได้ต่ำแสดงว่ามีแรงต้านในหลอดลมสูง ผลของการวัดรายงานเป็น ลิตรต่อนาที โดยสมรรถภาพของปอดขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ค่าสูงสุดในคนอายุ 25-40 ปี เพศหญิงมีค่าประมาณ 300-500 ลิตร/นาที เพศชายมีค่าประมาณ 400-600 ลิตร/นาที การตรวจสอบมาตรฐานของเครื่อง เครื่อง Wrigh Peak Flow Meter เป็นของบริษัท Clement Clarke International Linited ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานจากบริษัทก่อนจำหน่ายเรียบร้อยแล้ว มีขนาด 850 ลิตรต่อนาที สามารถวัดสมรรถภาพปอดออกมาเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-850 ลิตรต่อนาที มีการตรวจสอบสภาพ ความพร้อมก่อนใช้งานทุกครั้ง และมีการตรวจสอบระบบการทำงานและ Calibrate ทุก 1 ปี จากกองวิศวกรรมการแพทย์โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% และผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยและใช้เครื่องเดียวตลอดการทำวิจัย

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการส่งเสริมให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชากร งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

3. กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การสอนทักษะการใช้ยา การหายใจ และการออกกำลังกาย แจกคู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การกระตุ้นเตือนและให้คำปรึกษา

4. จัดทำเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง พบผู้ป่วย 1 ครั้งที่โรงพยาบาล เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และประเมินสมรรถภาพปอดเมื่อสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทำการทดสอบสมรรถภาพปอดจากนั้นให้ความรู้และสอนทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ติดตาม กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 5 พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ประเมินการจัดการตนเองและนัดหมายทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินสมรรถภาพปอด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองประกอบด้วย แผนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนการโทรศัพท์

ติดตาม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คน ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3 คน ในคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของระยะเวลา ภาษาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

**ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง** แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[12] และงานวิจัยของธาดา วินทะไชย[13] มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และะภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliabilty)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลอาจสามารถ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคโดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้ค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.70 พบว่าเท่ากับ .81

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศ เกี่ยวกับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมเพื่อเป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะ การใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกาย และการฝึกหายใจ

2. เตรียมเครื่องมือการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนการสอนเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกระบวนการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. ผู้วิจัยนำบันทึกข้อความเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมพร้อมทั้งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน

4. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความพร้อมทั้งส่งโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ และดำเนินการขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอด

5. ภายหลังอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว จึงขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มการการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ ในการดำเนินการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล วันและเวลาที่จะดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

**กระบวนการดำเนินการทดลอง** การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

**ขั้นเตรียมการทดลอง** มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ในเรื่องการดูแผู้ป่วยโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศ เกี่ยวกับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมเพื่อเป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะ การใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกายและการฝึกหายใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกการหายใจ กรฝึกการออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการด้านอาหาร การเลิกสูบบุหรี่การป้องกันและจัดการกับอาการกำเริบของโรค เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เตรียมความพร้อมในการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 การฝึกทักษะ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกการหายใจแบบเป้าปาก และการหายใจแบบใช้กระบังลม ก่อนนำไปสอนให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง

2. เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนการสอนเรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกระบวนการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมพร้อมทั้งโครงร่างฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน

4. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความพร้อมทั้งส่งโครงร่างฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถและดำเนินการขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอด

5. ภายหลังอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว จึงขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ ในการดำเนินการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล วันและเวลาที่จะดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกวันอังคาร ช่วงเช้า เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลในวันอังคาร ช่วงบ่าย เนื่องจากโรงพยาบาลอาจสามารถ มีคลินิกโรคปอด ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 วัน ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 22 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (Matched pairs) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 ชนิดของยาสูดพ่น โดยใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 วัน ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน

7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

**ขั้นดำเนินการทดลอง**

**กลุ่มควบคุม** เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2566 ที่คลินิกโรคปอดงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอาจสามารถ มีขั้นตอนดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (15 นาที) พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง และลงมือชื่อในแบบยินยอม ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด แล้วให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในคลินิกผู้ป่วยโรคปอด ได้แก่ การได้รับการตรวจรักษาโรคจากแพทย์ประจำคลินิก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา การมาตรวจตามนัด จากพยาบาลวิชาชีพและการได้ยาและคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกรสรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

**สัปดาห์ที่ 6** (30 นาที) ผู้วิจัยทำการประเมินสมรรถภาพปอด ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย พร้อมทั้งให้ความรู้ในการจัดการตนเองโดยการสอนและการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมอบคู่มือความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคบอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นคู่มือสำหรับใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

**สรุปกิจกรรม** กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในกิจกรรม หลังการประเมินสมรรถภาพปอดส่วนใหญ่ ค่าสมรรถภาพปอดลดลงหรือเท่าเดิม การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อมีอาการเหนื่อยบ้าง และมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องตามขั้นตอน แต่ไม่เคยฝึกออกกำลังกายและการฝึกการหายใจ ผู้วิจัยจึงได้ให้ความรู้ และสอนทักษะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ มีการซักถามเพิ่มความเข้าใจมากขึ้น

**กลุ่มทดลอง** เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 2 เมษายน 2566 ที่คลินิกโรคปอด งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอาจสามารถ มีขั้นตอนดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (30 นาที) พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอาจสามารถ (ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด)

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด

2. ประเมินความรู้และการจัดการตนเองขณะเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองด้านใดเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง

3. ให้ความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเลิกสูบบุหรี่ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การใช้ยาการจัดการด้านอาหาร การป้องกันและจัดการกับอาการกำเริบ

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการจัดการตนเอง และสอนทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกาย การฝึกการหายใจ และการใช้คู่มือบันทึกการจัดการตนเองโดยในแต่ละสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองตามกระบวนการจัดการตนเอง

5. เมื่อสิ้นสุดกระบวนการสอนเกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แล้วนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 2 และ 4** ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (10 นาที) โดยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเองรวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาในกรณีที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหา กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเอง เสริมแรง และให้กำลังใจ

กลุ่มตัวอย่างการฝึกทักษะจัดการตนเองสรุปกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อทางโทรศัพท์เยี่ยมได้ทุกคน ผู้วิจัยทบทวนความรู้และการจัดการตนเอง สอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้และมีบางคนที่มีปัญหาเรื่องการบันทึกการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเพิ่มเติม

**สัปดาห์ที่ 5** พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านผู้ป่วย (15 นาที) ประเมินการจัดการตนเองและนัดหมายทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 6 สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ทุกคน พบว่าการประเมินการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ทุกคน

**สัปดาห์ที่ 6** ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บัน (15 นาที) ประเมินสมรรถภาพปอด และชี้แจงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือ สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สอบถามอาการและทำการประเมินสมรรถภาพปอด พบว่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นทุกคน ผู้วิจัยแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สอบถามอาการและทำการประเมินสมรรถภาพปอด พบว่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นทุกคน ผู้วิจัยแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ (3) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมเละกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Inerval

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด COE 1272565 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถในวันที่ 2 เมษายน 2566 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัยประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูล และเวลาที่เพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงกรวิจัย

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (86.4%) อายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 55-59 ปี (54.5%) ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ขึ้นไป (45.5%) สถานภาพสมรสคู่ (72.7%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (68.2%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (56.8%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป (25.0%) สิทธิ์การรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (77.3%) ระยะเวลาที่เป็นโรค ส่วนใหญ่ 1-5 ปี (54.5%) หนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเกิดอาการกำเริบ (54.5%) เคยมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาล (79.5%) สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุรี่ (88.6%) จำนวนบุหรี่ที่ 1-20 มวนต่อวัน (35.9%) และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (82.1%)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถ

2.1 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก จำนวน 20 คน (90.91%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 2 คน (9.1%) แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน (50.0%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 10 คน (45.5%); หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 1.98 คะแนน (95%CI; 1.69, 2.27) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่า 65.45% (95%CI;6.47, 124.43) ดังแสดงในตารางที่ 1-3

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของระดับการจัดตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| ระดับการจัดการตนเอง | กลุ่มทดลอง (n=22) | | กลุ่มควบคุม (n=22) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับต่ำ | 0 | 0.0 | 1 | 4.5 |
| ระดับปานกลาง | 0 | 0.0 | 11 | 50.0 |
| ระดับสูง | 2 | 9.1 | 10 | 45.5 |
| ระดับสูงมาก | 20 | 90.9 | 0 | 0.0 |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean differences(SE) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **การจัดการตนเอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 4.50(0.37) | 1.98(0.14) | 1.69, 2.27 | <.001 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 2.52(0.56) | | | |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| **ตัวแปร** | n | Mean(SD.) | Mean differences(SE) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **สมรรถภาพปอด** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 22 | 345.18(94.20) | 65.45(29.22) | 6.47, 124.43 | .03 |
| กลุ่มควบคุม | 22 | 279.81(99.59) | | | |

## วิจารณ์

ผลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์กับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับกลุ่มทดลองและดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาปกติเป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาปกติ[14]; ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean + SD.) 3.00 : 0.32 vs 5.65 + 0.67; p< 0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยสถานะสุขภาพ (COPD) Assessment Test Score) มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 19.33 ± 3.73 vs 20.83± 3.41;p<0.001)[15]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยที่ศึกษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ซึ่งพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งได้พัฒนาการบริการสุขภาพและเน้นการสร้างเครือข่ายในการดูแลรักษาทั้งทีมบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 72 คน ที่มีประวัติเข้ารับรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนคนที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงไม่แตกต่างกัน (p= 0.73) และอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน (p= 0.15) แต่เมื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดจากค่าเฉลี่ย FEV:(% Predicted) พบว่า รูปแบบพัฒนาแล้วสูงกว่ารูปแบบเดิมแสดงถึงผู้ป่วยสมรรถภาพปอดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบพัฒนาแล้วมีแนวโน้มสูงขึ้น[16] สอดคล้องกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นรื้อรัง มีกิจกรรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) กิจกรรมครอบครัวออกกำลังกาย 3) กิจกรรมครอบครัวรักษ์สิ่งเวดล้อม 4) กิจกรรมครอบครัวชิดใกล้ และ 3) การติดตามเยี่ยมบ้าน ผลของการใช้โปรแกรมพบว่า (1) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีสัดส่วนของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.004) (2) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีสัดส่วนของระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.05) (3) สัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง จากเดิมร้อยละ 33.33 เหลือร้อยละ 16.66 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น ควรนำประยุกต์ใช้กับครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้[17]; ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในระดับดีในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนการใช้โปรแกรมและกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการหลังการใช้โปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 48.29 และ 89.39 ตามลำดับ[18] และหลังกรทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความสามารถแห่งตนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความ สามารถทางกายมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p< 0.05)[19]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเน้นเนื้อหาที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ และเข้าใจได้ง่ายและเน้นการฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น ฝึกการใช้เครื่องมือ

ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการอาการหายใจลำบากระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ฝึกวิธีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังจากลงมือปฏิบัติกิจกรรมว่าอาการหายใจลำบากดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญและต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น นอกจากนี้การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจและการฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้โปรแกรมโดยน้น ทักษะและเทคนิคการสอน การให้คำปรึกษา การฝึกการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริงทำให้รูปแบบการจัดโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-manage-ment) ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสนับสนุนผู้ป่วยให้รับผิดชอบและดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับอาการ อาการกำเริบ การปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น และส่งผลต่อสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ดีขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ติดตามและวัดประเมินผลการจัดการตนเองในระยะยาวดังนั้นควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมในระยะยาวต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

**จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้** ดังนี้ (1) ด้านบริหาร ควรการสนับสนุน และพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางกลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบการบริการที่มีคุณภาพ ลดการแออัด ลดระยะเวลารอคอย และผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและครอบคลุม สามารถดูแลจัดการตัวเองได้ที่บ้านได้ถูกต้อง (2) ด้านบริการ ควรนำรูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ปฏิบัติให้เต็มรูปแบบในการบริการผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและพัฒนาการบริการพยาบาลที่ดีต่อไป (3) ด้านวิชาการ ควรมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องดูแลผู้ป่วย ในรูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกล ให้กับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีลักษณะการบริการที่คล้ายกันและควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกล

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป** (1) ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลต่อไป และ (2) ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลทางไกลในกลุ่มโรคอื่น ๆ

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 14]. Available from: Chronic obstructive pulmonary disease(COPD) (who.int)
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565.กรุงเทพฯ: สมาคม; 2565.
3. โรงพยาบาลอาจสามารถ. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปี พ.ศ.2556. กลุ่มการพยาบาล; 2565.
4. วัชรา บุญสวัสดิ์. แนวทางการดูแสรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.ขอนแก่น: มหวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป). กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 14]. Available from:

HDC- Dashboard (moph.go.th)

6. Soler-Cataluña J J, Martínez-García M A, Sánchez P R, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2005;60(11):925-31.
7. Donaldson G C, Seemungal T A R, Bhowmik A, Wedzicha J A. Relationship between exacerbationfrequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2002;57(10):847-52.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2022 [3 มกราคม 2565]. Available from: การสำวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ปี พ.ศ.2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (m-society.go.th)
9. Tashkin D P, Celli B, Senn V, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2008;359(15):1543-54.
10. Tobin D L, et al. Self- management and Social Learning Theory. In K. A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds), self- management of chronic Disease: Handbook of clinical Intervention and Research. New York : Academic Press, Inc; 1986.
11. Lorig K, Holman H. Self-management education : context, definition, and outcomes and manchanisms. Paper presented at the first Chronic; 2000.
12. Creer T L. Self-management and the control of chronic pediatric illness. In D. Drotar (Ed), Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts methods and interventions. Hillsdale pp 95-129. NewJercy: Erlbaum; 2000.
13. ธาดา วินทะไชย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
14. ธีระพันธ์ โต้หนองแปน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):6-16.
15. อำไพ หลังปุเต๊ะ, ฟารีดา สูเด็น, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(4):346-50.
16. อังคณา วงศ์แสนสี, ธีระวุธ ธรรมกุล, สมโภช รติโอฬาร. รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรดปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(3):48-61.
17. วัชระ เกี๋ยนต๊ะ. การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยชียงใหม่; 2560.
18. จิรารัชต์ คำใจ. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรดปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
19. สุทัศน์ พิภพสุทธิไพบูลย์, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, เบญจมาศ ช่วยชูม. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2560;47(2):200-11.

# ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลอาจสามารถ

# Effects of Self-efficacy Program on Promoting in Early Childhood Developmental a Mothers with Suspected Delayed of Having, Atsamat Hospital

**ศิริบังอร นิลผาย***

**Siribang -on Ninlaphai**

Corresponding author: E-mail: dokka_sp@hotmail.com

(Received: February 4, 2024; Revised: February 11, 2024; Accepted: March 9, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลอง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research: One group pretest posttest)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 30 ราย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

**ผลการวิจัย :** หลังการทดลอง พบว่า มารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้ามีสมรรถนะของในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 17 คน (56.70%); กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลอง ($p<.001$) โดยมีคะแนนสมรรถนะมากกว่า 1.15 คะแนน (95%CI; 0.96, 1.33) และพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 23.19

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรนำมาใช้แก้ปัญหาเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

**คำสำคัญ :** สมรรถนะแห่งตน; การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย; เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

## Abstract

**Purposes :** To compare self-efficacy of early childhood developmental a mothers with suspected delayed of having and compare early childhood development scores. Before and after the experiment.

**Study design :** Quasi-experimental Research: One group pretest posttest.

**Materials and Methods :** 30 of mothers with suspected delayed of having The implementation period were from October 2022 to January 2023. Data were collected using questionnaires and analyzed data using frequency, percentage, mean, and standard deviation. and Paired t-test test statistics set statistical significance at 95% confidence Interval.

**Main findings :** After the experiment, it was found that m mothers with suspected delayed of having had a high level of competence in promoting early childhood development overall, totaling 17 people (56.70%); The sample group had an mean score of mothers' competency in promoting overall early childhood development than before the experiment ($p<.001$), with a competency score of more than 1.15 scores (95%CI; 0.96, 1.33) and child development according to the surveillance and manual. Promote more early childhood development accounting for 23.19%.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research result in increased development of early childhood children. Therefore, it should be used to solve the problem of children with suspected developmental delays.

**Keywords :** Self-efficacy; Early Childhood Developmental; Suspected Delayed of Having

*Registered Nurse, Professional Level, Atsamat Hospital.

## บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติ ในหลายประเทศล้วนมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะต้องเริ่มต้นจากเด็กโดยเฉพาะในช่วงแรกเกิด -5 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม เด็กในวัยนี้ถ้าได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม มีการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และมีการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีในแต่ละด้าน ก็จะทำให้เด็กนั้นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต ดังนั้นการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กจึงเป็นอีกภารกิจหนึ่งของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ต้องขับเคลื่อนเพื่อมุ่งเน้นให้เด็กไทยทุกคนได้รับการคัดกรอง เฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือส่งเสริมพัฒนาการ เมื่อพบเด็กที่ มีพัฒนาการล่าช้าในขณะที่เด็กอายุยังน้อย ซึ่งเด็กที่พัฒนาการล่าช้า คือ เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยเมื่อเทียบกับเด็กปกติ ทั้งนี้พัฒนาการของเด็กในห้าขวบปีแรกของชีวิตสัมพันธ์กับสุขภาพกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคต การส่งเสริมให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมและได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย[1]

อย่างไรก็ตามพบว่าเด็กในประเทศกำลังพัฒนาเพียงร้อยละ 30.0 เท่านั้นที่ได้รับการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมจากบิดามารดา[2] สาเหตุเกิดจากบิดามารดาส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ จึงมีความจำเป็นต้องส่งบุตรไปอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงเวลาที่ต้องประกอบอาชีพ[3] โดยพบเด็กไทยอายุ 3-5 ปี เข้าเรียนเพื่อเตรียมความพร้อมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 75.0 และพบเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 50.0[4] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีส่วนใหญ่ใช้ชีวิตในสถานศึกษาหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่าที่บ้าน ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยโปรแกรมที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย และมีพัฒนาการดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทย พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หนึ่งในสามได้รับการดูแลจากบิดามารดา เด็กอายุ 2-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ[5] และเพิ่มขึ้นโดยจังหวัดร้อยเอ็ดพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าสูงในอำเภออาจสามารถซึ่งพบร้อยละ 48.42[6]

จากข้อมูลเชิงปริมาณที่กล่าวมาเมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ประกอบด้วยอัตราความครอบคลุมของการได้รับการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัย การกระตุ้นพัฒนาการและการติดตามพัฒนาการซ้ำยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลอาจสามารถพบว่า กิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อ แม่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก ยังได้สนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual) ไม่เพียงพอ นอกจากนั้นยังพบว่า กิจกรรมการติดตามและส่งต่อยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน รวมไปถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของพ่อ แม่ และผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่ พบว่าขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามตัวชี้วัด และส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย[7]

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการส่งเสริมพัฒนาการจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง การอยู่ร่วมกันในสังคม การกล้าแสดงออก และการมีจินตนาการดีขึ้น[8] ซึ่งผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองพัฒนาการและส่งต่อเมื่อพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจึงทำให้เด็กต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และกลับมามีพัฒนาการเป็นปกติได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการตระหนักถึงความจำเป็นในการมีส่วนร่วม การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย[9] เช่น

เดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยผู้ปกครองในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรมที่เหมาะสมทำให้เด็กสามารถกลับมามีพัฒนาการปกติได้ และช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถคัดกรองเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและส่งต่อได้มากขึ้นแต่การกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขซึ่งต้องได้รับการอบรม ส่งผลทำให้มีข้อจำกัดด้านความสม่ำเสมอในการกระตุ้นพัฒนาการ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการโดยผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เหมาะสมกับบริบทจะช่วยให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตามวัยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้กระตุ้นพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยใช้แนวปฏิบัติตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) หากพบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในโรงพยาบาลให้กระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดังกล่าว เป็นระยะเวลา 1 เดือนหลังจากนั้นให้ประเมินพัฒนาการของเด็กซ้ำ (กระทรวงสาธารณสุข) แต่การประเมินผลการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้มีการนำคู่มือ DSPM ไปใช้เนื่องจากเข้าใจว่าโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความซ้ำซ้อนกับหลักสูตรการเรียนการสอนตามแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้การศึกษาปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่มีความมั่นใจในการใช้คู่มือ[10] บางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม และประยุกต์ใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการได้ค่อนข้างยาก การนำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดังกล่าวมาใช้จึงต้องมีการจัดทำแผนการสอนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนั้นจึงจำเป็นที่ต้องพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมกับบริบทของเด็ก

การส่งเสริมพัฒนาการบุตรให้เหมาะสมตามวัยเป็นพันธกิจที่สำคัญของการเป็นมารดาในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร และมารดาจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Duvall and Miller) เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตขึ้นเป็นอย่างคุณภาพและมีพัฒนาการตามวัยซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถความชำนาญด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำการหรืองดเว้นการกระทำในกิจการใด ๆ ให้ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ซึ่งความสามารถเหล่านี้ได้มาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การฝึกฝน และการปฏิบัติจนเป็นนิสัยสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura) ที่ว่าแหล่งของสมรรถนะ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์จากตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง สภาวะทางร่างกายและอารมณ์โดยผ่านกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดสมรรถนะแห่งตน อันได้แก่ กระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) กระบวนการเลือกปฏิบัติ (Selection Process) และกระบวนการทางอารมณ์ (Affective Process) เพื่อสงเสริมให้เกิดสมรรถนะแห่งตน อันจะส่งผลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจากแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน เช่นเดียวกับงานวิจัยของวรงรอง นิลเพ็ชร์[10] ที่ได้ประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยหัดเดิน โดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จัดให้เห็นตัวแบบผ่านคู่มือ แผ่นพลิกใช้คำพูดชักจูง และสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถะแห่งตนในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทำนองเดียวกับจากผลการศึกษาของเปรมยุดา นาครัตน์ และคณะ[11] ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 88.6 และในจำนวนผู้ได้รับคู่มือไม่เคยอ่านคู่มือ DSPM

ที่ได้รับถึงร้อยละ 36 ในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักอ่านคู่มือ DSPM มีพัฒนาการล่าช้าและล่าช้าทุกด้านเป็น 2 เท่าของจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการปกติ (ร้อยละ 94 และ 13.96) ตามลำดับ และในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่อ่านคู่มือ DSPM พบจำนวนเด็กมีพัฒนาการล่าช้าและล่าช้าทุกด้านมากกว่า 2 เท่าของจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการปกติ (ร้อยละ 53.85 และ 24.79) ตามลำดับ จากการศึกษาผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือฯ จากแผนกหลังคลอดร้อยละ 86.88 จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าผู้เลี้ยงดูหลักได้รับและอ่านคู่มือ DSPM ก็ยังพบเด็กมีพัฒนาการล่าช้าและล่าช้าทุกด้าน อาจเป็นเพราะผู้เลี้ยงดูหลักยังไม่เข้าใจในวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM หรือยังไม่เข้าใจว่าคู่มือมีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง นอกจากนี้ปัจจัยด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่แก่ผู้ปกครองเด็กต่อพัฒนาการพบว่าการได้รับการสอนวิธีการใช้หนังสือคู่มือฯ (DSPM) เป็นปัจจัยที่มีโอกาสต่อพัฒนาการของเด็กโดยผู้ดูแลที่ได้รับการสอนช่วยให้เด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสอน 8.57 เท่า[12]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลอาจสามารถเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลอง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) เป็นแบบแผนศึกษาหนึ่งกลุ่มแบบวัดซ้ำเพื่อศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลอาจสามารถซึ่งมีรูปแบบดังต่อไปนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 1 ปี 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยว่าบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้าจากการคัดกรองด้วยคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)ไม่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลอาจสามารถ

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นมารดาจำนวน 30 ราย และเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือนที่คัดกรองด้วยคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ไม่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ในคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลอาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 ราย ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. มารดาที่มีบุตรอยู่ในความดูแล และพาบุตรมารับบริการตรวจสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่คลินิกสุขภาพเด็กดี

2. สามารถอ่าน ฟัง และใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้

3. ยินดีเข้าร่วมโครงการพร้อมกับบุตรที่อยู่ในความดูแลไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

4.บุตรไม่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ มีภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกเกิด, น้ำหนักแรกคลอด<2,500 กรัม หรือบกพร่องทางการเรียนรู้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของปรพร ทองหลวง[13] ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากทฤษฎีการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน (Sell-efficacy Theory) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 กิจกรรมกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) โดยจัดกิจกรรมการบรรยายประกอบภาพนำเสนอ

เรื่องความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก และลักษณะพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงวัยด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม และให้กลุ่มตัวอย่างได้อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคที่พบในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการทางปัญญา

1.2 กิจกรรมกระบวนการจูงใจ (Motivational Process) โดยการนำเสนอตัวแบบทางบวกมารดาที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าจนกระทั่งบุตรมีพัฒนาการสมวัย

1.3 กิจกรรมกระบวนการเลือกปฏิบัติ โดยใช้วิธีสาธิตและสาธิตย้อนกลับด้วยการจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกประเมินส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ต่อวัน เพื่อฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จนครบทุกด้าน

1.4 กิจกรรมกระบวนการทางอารมณ์ (Affective Process) โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิดชูให้กำลังใจ ผ่านการอภิปรายกลุ่มและสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้มารดารู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองเมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่

2.1 แบบประเมินสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีลักษณะของข้อคำถามเป็น Rating scale 4 ระดับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ทำได้มากที่สุดให้ 4 คะแนน ทำได้มาก ให้ 3 คะแนน ทำได้น้อย ให้ 2 คะแนน ทำไม่ได้แน่นอน ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนจากค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากข้อคำถามมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00- 1.75 หมายถึง ระดับต่ำมาก
คะแนนระหว่าง 1.76-2.50 หมายถึง ระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 2.51-3.25 หมายถึง ระดับสูง
คะแนนระหว่าง 3.26-4.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

2.2 แบบทดสอบพัฒนาการเด็ก ประกอบด้วยข้อทดสอบพัฒนาการ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งให้คะแนนข้อละ 10 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำไปหาความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

1. การตรวจสอบหาความตรงในเนื้อหา (Content validity) โดยการนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validly) ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา IOC: Index of item objective congruence) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) หลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธี คำนวณหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .809

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ขั้นเตรียมการ**

1. ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่

ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งรายละเอียดการดำเนินการวิจัยในพื้นที่รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

2. ภายหลังที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของโครงการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงชี้แจงขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงเริ่มต้นทำวิจัย

**ขั้นดำเนินการทดลอง**

**1. กิจกรรมครั้งที่ 1** (วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอาจสามารถ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษา อธิบายขั้นตอนการวิจัย การเก็บรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอม และเข้าใจการดำเนินการตามโครงการแล้ว กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินสมรรถนะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนการทดลอง จากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) กิจกรรมกระบวนการทางปัญญา ผู้วิจัยให้ความรู้ด้วยการบรรยายประกอบภาพนำเสนอ เรื่องความสำคัญของการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก และลักษณะพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงวัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้อภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาอุปสรรคที่พบในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (2) กิจกรรมกระบวนการจูงใจ ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบทางบวกให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยผ่านประสบการณ์การเป็นมารดาที่ประสบปัญหาว่าบุตรมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กจนในปัจจุบันบุตรมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัยเป็นผู้นำในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งตัวแบบทางบวกได้รับการชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยอย่างครบถ้วนก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้อภิปรายและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์และให้ข้อมูลกลุ่มเพื่อประกอบการตัดสินใจสรุปการเรียนรู้และเสนอแนะเพิ่มเติม และ (3) กิจกรรมกระบวนการทางอารมณ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายกลุ่มเพื่อแสดงข้อคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้แนวคิดด้านบวกและการรู้เท่าทันอารมณ์ของตน โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์และชี้แนะแนวทางหรือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของกลุ่มร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยกล่าวยกย่องชมเชยเพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้จัดตั้งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิดชูให้กำลังใจผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ การกระตุ้นเตือน การเสริมแรงบวกและการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างร่วมกันดำเนินการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสร้างขวัญกำลังใจให้กันและกัน

**2. กิจกรรมครั้งที่ 2** (วันที่ 2-3 ของสัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอาจสามารถ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คนต่อวัน และจัดกิจกรรมกระบวนการเลือกปฏิบัติให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยสาธิตวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ โดยจัดกิจกรรมด้วยขั้นตอนและกระบวนการเช่นเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม โดย (1) สาธิตวิธีประเมินพัฒนาการเด็กเบื้องต้น วิธีการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษาและด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม และการลงบันทึกคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พร้อมทั้งจัดอุปกรณ์สำหรับทดลองใช้ในการฝึกปฏิบัติการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (2) ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามวัยให้ครบทุกด้าน จากนั้นผู้วิจัยประเมินการสาธิตย้อนกลับของมารดาและผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมในสิ่งที่มารดายังไม่สามารถทำได้ (3) ทบทวนความรู้และทบทวนกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอ

แนะและวิธีการแก้ไขให้เหมาะสม และ (4) นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านต่อไป

**3. กิจกรรมครั้งที่ 3-4** (วันที่ 1-5 ของสัปดาห์ที่ 2-3) ผู้วิจัยได้ออกเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างวันละ 6 หลังคาเรือน /กิจกรรมครั้งที่ 5 (วันที่ 1, 3, 5 ของสัปดาห์ที่ 5-6) และผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างวันละ 5 หลังคาเรือน โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาอุปสรรคที่พบในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรแสดงวิธีการส่งเสริมพัฒนาการในข้อที่ไม่มั่นใจ พร้อมทั้งช่วยให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุม เพื่อสร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง และช่วยแก้ไขปัญหาด้านสภาวะทางกาย และอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้กำลังใจ ชมเชย สนับสนุนและชักจูง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องและนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่อไปในขั้นติดตามขั้นติดตาม โดยติดตามประเมินกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กและสมรรถนะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดา ผู้วิจัยให้กลุ่มมารดาทำแบบประเมินสมรรถะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบพัฒนาการกลุ่มเด็ก 1 ปี 6 เดือนด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอาจสามารถเมื่อเสร็จสิ้นการประเมินแล้วผู้วิจัยกล่าวชมเชย และขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน

**4. ขั้นติดตาม** โดยติดตามประเมินกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กและสมรรถนะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดา ผู้วิจัยให้กลุ่มมารดาทำแบบประเมินสมรรถะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบพัฒนาการกลุ่มเด็ก 1 ปี 6 เดือนด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอาจสามารถ เมื่อเสร็จสิ้นการประเมินแล้วผู้วิจัยกล่าวชมเชย และขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** เมื่อเก็บข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงรหัส บันทึกข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม STATA 18.0 ดังนี้ (1) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยประเมินสมรรถนะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์สถิติทดสอบ Paired t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด COE 1252565 ก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายรายละเอียดถึงขั้นตอนการทำวิจัย บทบาทของผู้วิจัย บทบาทของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและการปฏิบัติตนในการวิจัย ผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยรวมถึงการปกปิด และการทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีรับทราบข้อมูลและยินดีให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการทุกราย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การรวบรวมข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะกระทำโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลรวมทั้งผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาเก็บเป็นความลับโดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุล และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

## ผลการวิจัย

**1. ลักษณะทางประชากร** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 31- 40 ปี (36.67%) สถานภาพสมรสคู่ (76.67%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (53.33%) รายได้ครอบครัวตั้งแต่ 6,001- 9,000 บาทต่อเดือน (36.67%) จำนวนบุตรที่อยู่ในช่วงปฐมวัย จำนวน 1 คน (56.67%)

ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของตัวแปรลักษณะทางประชากร (n=30)

| ตัวแปรลักษณะทางประชากร | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **อายุ(ปี)** | 20 - 30 ปี | 18(60.00) |
| | 31 - 40 ปี | 11(36.67) |
| | 41 - 50 ปี | 1(3.33) |
| **สถานภาพ** | คู่ | 23(76.67) |
| | หย่า | 1(3.33) |
| | แยกกันอยู่ | 6(20.00) |
| **อาชีพ** | รับจ้าง | 16(53.33) |
| | เกษตรกรรม | 8(26.67) |
| | ค้าขาย | 2(6.67) |
| | แม่บ้าน | 4(13.33) |
| **รายได้ครอบครัวต่อเดือน** | ต่ำกว่า 3,000 บาท | 2(6.67) |
| | 3,001 - 6,000 บาท | 7(23.33) |
| | 6,001- 9,000 บาท | 11(36.67) |
| | 9,001 - 12,000 บาท | 8(26.67) |
| | มากกว่า 12,000 บาท | 2(6.67) |
| **จำนวนบุตรที่อยู่ในช่วงปฐมวัย** | 1 คน | 17(56.67) |
| | 2 คน | 12(40.00) |
| | 3 คนขึ้นไป | 1(3.33) |

**2. หลังการทดลอง** พบว่า มารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้ามีสมรรถนะของในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 17 คน (56.70%) รองลงมา คือ ระดับสูงมาก จำนวน 10 คน (33.30%) และระดับต่ำ จำนวน 3 คน (10.00%) ; หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนสมรรถนะมากกว่า 1.15 คะแนน (95%CI; 0.96, 1.33) และพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 23.19 ดังแสดงในตารางที่ 2-4

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวม (n=30)

| ระดับสมรรถนะ | คะแนนเฉลี่ย | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **ระดับต่ำมาก** | คะแนนระหว่าง 1.00-1.75 | 0(0.00) |
| **ระดับต่ำ** | คะแนนระหว่าง 1.76-2.50 | 3(10.00) |
| **ระดับสูง** | คะแนนระหว่าง 2.51-3.25 | 17(56.70) |
| **ระดับสูงมาก** | คะแนนระหว่าง 3.26-4.00 | 10(33.30) |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมและเป็นรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง

| **ตัวแปร** | n | Mean(SD.) | Mean diff.(SE.) | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ด้านการเคลื่อนไหว** | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 30 | 1.99(0.40) | 1.11(0.13) | 082, 1.39 | <.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 3.10(0.63) | | | |
| **ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา** | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 30 | 2.01(0.39) | 1.00(0.13) | 0.72, 1.27 | <.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 3.01(0.65) | | | |
| **ด้านการเข้าใจและการใช้ภาษา** | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 30 | 1.70(0.39) | 1.08(0.11) | 0.86, 1.31 | <.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 2.79(0.52) | | | |
| **ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม** | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 30 | 1.86(0.50) | 1.42(0.70) | 1.15, 1.67 | <.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 3.28(0.46) | | | |
| **เฉลี่ยโดยรวม** | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 30 | 1.89(0.30) | 1.15(0.08) | 0.96, 1.33 | <.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 3.04(0.41) | | | |

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

| ทักษะที่ประเมิน | Pre-test | Post-test | %difference |
|---|---|---|---|
| | n(%) | n(%) | |
| 1. วิ่งได้ (GM) | 18(60.00) | 24(80.00) | +18.18 |
| 2. เดินถือลูกบอลไปได้ไกล 3 เมตร (GM) | 14(46.67) | 20(66.67) | +22.22 |
| 3. เปิดหน้าหนังสือที่ทำด้วยกระดาษแข็งทีละแผ่นได้เอง (FM) | 15(50.00) | 22(73.33) | +23.73 |
| 4. ต่อก้อนไม้ 2 ชั้น (FM) | 12(40.00) | 20(66.67) | +30.77 |
| 5. เลือกวัตถุตามคำสั่งได้ถูกต้อง 3 ชนิด (RL) | 17(56.67) | 26(86.67) | +26.09 |
| 6. ชี้อวัยวะได้ 1 ส่วน (RL) | 15(50.00) | 25(83.33) | +30.77 |
| 7. พูดเลียนคำที่เด่นหรือคำสุดท้ายของคำพูด (EL) | 18(60.00) | 24(80.00) | +18.18 |
| 8. พูดเป็นคำ ๆ ได้ 4 คำ เรียกชื่อสิ่งของหรือทักทาย (ต้องเป็นคำอื่นที่ไม่ใช่คำว่าพ่อแม่ ชื่อของคนคุ้นเคยหรือชื่อของสัตว์เลี้ยงในบ้าน) (EL) | 16(53.33) | 24(80.00) | +25.00 |
| 9. สนใจและมองตามสิ่งที่ผู้ใหญ่ชี้ที่อยู่ไกลออกไปประมาณ 3 เมตร (PS) | 18(60.00) | 26(86.67) | +22.86 |
| 10. ดื่มน้ำจากถ้วยโดยไม่หก (PS) | 16(53.33) | 20(66.67) | |
| เฉลี่ยโดยรวม | 16(53.33) | 23(77.00) | +23.19 |

## วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้หลังการทดลอง พบว่า มารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้ามีสมรรถนะของในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 17 คน (56.70%) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนสมรรถนะมากกว่า 1.15 คะแนน สอดคล้องกับงานวิจัยของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีสมรรถนะแห่งตนในการใช้สื่อคู่มือๆ (DSPM) ก่อนและหลังใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลองพบว่า หลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)[14] ผลการประเมินพัฒนาเด็กพบว่า และพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น คิกเป็นร้อยละ 23.19 พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของวัฒนาพร คำกัน[15] ได้ศึกษาผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลลำพูน พบว่า เด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า หลังการได้รับกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรม TEDA4I ในภาพรวมมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 59.8 โดยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นมากที่สุดในด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 87.0 รองลงมาคือ ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ร้อยละ 82.6 ด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 79.3 ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 65.2 และด้านการเคลื่อนไหวมีพัฒนาการดีขึ้นน้อยที่สุด ร้อยละ 55.4 นอกจากนี้พบว่าเด็กในแต่ละ

ช่วงอายุมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมดีขึ้นจนกลับมาสมวัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กในช่วงอายุ 37-48 เดือน และช่วงอายุ 49-60 เดือน มีพัฒนาการทั้งด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมดีขึ้นมากที่สุดร้อยละ 100.0 ; เช่นเดียวกับผลการศึกษาของนิรมัย คุ้มรักษา, รัชดาวรรณ์ แดงสุข และธัญหทัย จันทะโยธา[16] ซึ่งพบว่าหลังใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 51.70; เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 68.52[17] ได้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า หลังทดลองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าในเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าในระยะเวลา 1 เดือน และ 2 เดือนทำให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.2 เป็นร้อยละ 85.0 และร้อยละ 96.7 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ 12 สัปดาห์ เด็กพัฒนาการล่าช้ามีสัดส่วนพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และเด็กมีพัฒนาการสมวัยผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.47 รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการนี้สามารถใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการกระตุ้นพัฒนาการเด็กนั้นสิ่งที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น[18]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากทฤษฎีการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน (Sell-efficacy Theory) โดยเน้นการจัดกิจกรรมกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) โดยจัดกิจกรรมการบรรยายประกอบภาพนำเสนอเรื่องความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก และลักษณะพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงวัยด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม และให้กลุ่มตัวอย่างได้อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคที่พบในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการทางปัญญา กิจกรรมกระบวนการจูงใจ (Motivational Process) โดยการนำเสนอตัวแบบทางบวกมารดาที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าจนกระทั่งบุตรมีพัฒนาการสมวัย กิจกรรมกระบวนการเลือกปฏิบัติโดยใช้วิธีสาธิตและสาธิตย้อนกลับด้วยการจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกประเมินส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คนต่อวัน เพื่อฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จนครบทุกด้าน และกิจกรรมกระบวนการทางอารมณ์ (Affective Process) โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิดชูให้กำลังใจผ่านการอภิปรายกลุ่มและสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้มารดารู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองเมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

นอกจากนั้นยังมีการติดตามและประเมินกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กและสมรรถนะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดา ผู้วิจัยให้กลุ่มมารดาทำแบบประเมินสมรรถะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบพัฒนาการกลุ่มเด็ก 1 ปี 6 เดือนด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่คลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลอาจสามารถ ดังนั้นจึงส่งผลให้หลังการทดลอง พบว่ามารดาที่มีบุตรสงสัยพัฒนาการล่าช้ามีสมรรถนะของในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 17 คน (56.70%) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนสมรรถนะมากกว่า 1.15 คะแนน และพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 23.19

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้** ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ การเรียนการสอน และการบริหารงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้ ผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กไปใช้ในการพัฒนาบริการและคุณภาพงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ดูแลเด็กให้มีความชื่อมั่น มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนโดยใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์อื่นๆ เช่น วีดีทัศน์ซึ่งอาจจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

2. ควรมีการออกแบบการวิจัยเกี่ยวกับระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้เท่ากัน

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลเด็กในระยะยาว โดยการประเมินซ้ำทุก 2-3 เดือนหลังจากผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็ก เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

4. ควรมีการศึกษาถึงสุขภาพและพัฒนาการในแต่ละด้านของเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าที่เกิดจากพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเพราะจะได้ทราบว่าเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามีสุขภาพและพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสมขึ้นหรือไม่

## เอกสารอ้างอิง

1. Geberselassie S B, Abebe S M, Melsew Y A, Mutuku S M, Wassie M M. Prevalence Of stunting and its associated factors among children 6-59 months of age in Libo-Kemekem district, Northwest Ethiopia; A community based cross sectional study. Public Library of Science ONE 2018;13:e0195361. doi: http://doi.org/10.1371/journal.pone.0195361. PubMed PMID: 29723280.
2. Bornstein M H, Putnick D L. Cognitive and socioemotional caregiving in developing countries. Child Development. 2012;83(1):46-61.
3. Vikram K, Chen F, Desai S. Mothers' work patterns and children's cognitive achievement: Evidence from the India human development survey. Social Science Research. 2018;72:207-24.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานสุขภาพคนไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
5. มนัสมีน เจะโนะ, รอฮานิ เจะอาแซ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2562;30(2):80-8.
6. โรงพยาบาลอาจสามารถ. รายงานผลการดำเนินตามยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. ร้อยเอ็ด; งานยุทธศาสตร์; 2565.
7. Payakkaruang S, Sangperm P. Caregiversperspectives on promotion of child development in day care center. Journal of Nursing Science. 2014;32(2):62-70.
8. อาริสรา ทองเหม, ประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ. 2560;6(2):21-36.

9. ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม, เพียงนคร คำผา. การพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;6(2):291-315.
10. วรงรอง นิลเพ็ชร์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยหัดเดินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
11. เปรมยุดา นาครัตน์, สุวณีย์ จอกทอง, ถาวร พุ่มเอี่ยม. ผลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2564;1(1):40-9.
12. บุษบา อรรถาวีร์, บำเพ็ญ พงค์เพชรดิถ. รูปแบบการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมย์. 2561;13(3):229-42.
13. ปรพร ทองหลวง. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2560:11(3).
14. มณฑาทิพย์ เหตานุรักษ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการใช้สื่อคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเทคนิค MI ที่มีผลต่อสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการใช้สื่อคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับมารดาที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง. สระบุรี:ศูนย์อนามัยที่ 4; 2564.
15. วัฒนาพร คำกัน. ผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2565;3(1):16-26.
16. นิรมัย คุ้มรักษา, รัชดาวรรณ์ แดงสุข, ธัญหทัย จันทะโยธา. ผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารราชานุกูล. 2561;33(1):19-29.
17. เอกชัย ลีลาวงศ์กิจ. ผลของการใช้ เครื่องมือ TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(1): 101-11.
18. อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565:16(3):986-98.

# ผลการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่ออุบัติการณ์การทรุดลงและความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลปทุมรัตต์

# Effects of Surveillance an Early Warning Signs on Deteriorating and Safety Patient in Pathumrat Hospital

**เอมอร จ่าภา***

**Aimon Japa**

Corresponding author: E-mail: aimon.2514@gmail.com

(Received: February 4, 2024; Revised: February 12, 2024; Accepted: March 12, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่ออุบัติการณ์การทรุดลง และความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

**รูปแบบการวิจัย** : กึ่งทดลอง (Quasi-experimental)

**วัสดุและวิธีการวิจัย** : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในที่มีโรคประจำตัว DM, HT, CKD และ เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เดือนมกราคม – มิถุนายน 2566 จำนวน 90 ราย ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัญญาณชีพเตือนภาวะวิกฤติและอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2) แบบเก็บข้อมูลและบันทึกค่าคะแนนของระบบสัญญาณเตือน 3) แบบบันทึกอุบัติการณ์อาการทรุดลงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ที่มีความเสี่ยงสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่แสดงจำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การทรุดลงก่อนและหลังการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและเปรียบเทียบความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ก่อนและหลังการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย** : ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า 1) ผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 64.34 ปี การวินิจฉัยโรคขณะเจ็บป่วยปัจจุบันใน 5 อันดับแรกพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Pneumonia และ Hyper glycemia มากที่สุด ร้อยละ 16.67 และพบระบบที่มีปัญหาโรคร่วมมากที่สุดคือ DM ร้อยละ 32.22 และ 2) ระดับค่าคะแนน 0-2 คะแนน มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 74.44 และระดับค่าคะแนนมากกว่า 6 คะแนน ร้อยละ 4.44 มีจำนวนน้อยที่สุด

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ควรทำการศึกษาโดยการขยายใช้แบบประเมินกับผู้ป่วย 2 ช่วงอายุ คือ มากกว่า 15 ปี และ 1 เดือน – 15 ปี โดยแบ่งเครื่องมือการประเมินคนละกลุ่มสามารถขยายผลการใช้ เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาวิจัยผลลัพธ์การใช้แบบประเมิน

**คำสำคัญ :** สัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต; อุบัติการณ์การทรุดลง; ความปลอดภัย; ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

## Abstract

**Purposes :** To compare the outcomes of signal monitoring during a crisis situation concerning incidents of deterioration and safety (MEWS Score 0-2 points) in high-risk patients.

**Study design :** A quasi-experimental design

**Materials and Methods :** The sample group consisting of high-risk patients admitted to inpatient ward at Pathumrat Hospital, selected based on criteria such as having comorbidities like DM, HT, CKD and identified as end-of-life patients by physicians. The sample group, from January to June 2023, comprises 90 of individuals specifically chosen for data collection. Data were gathered through 1) recording vital sign alert events and significant changes, 2) collecting and recording scores from the alert signal system, and 3) documenting instances of patient deterioration in high-risk patients at Pathumrat Hospital. Statistical analysis employed descriptive statistics, frequency distribution, percentages, means and standard deviations to compare the incidence of deterioration and safety (MEWS Score 0-2 points) before and after signal monitoring implementation.

**Main findings :** The study revealed that 1) female patients outnumbered males with an mean age of 64.34 years; the top two prevalent conditions during illness were Pneumonia and Hyperglycemia at 16.67% and the most common comorbidity was DM at 32.22% and 2) the majority of patients had scores between 0-2 points (74.44%), while only 4.44% scored higher than 6 points.

**Conclusion and recommendations :** Studies with a broader age range (Above 15 years and 1 month to 15 years) and expanding the assessment tool's application to different age groups for research purposes.

**Keywords :** Signal monitoring in crisis; Deterioration events; Safety; High-risk patients

* Registered Nurse, Professional Level, Pathumrat Hospital.

## บทนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 3 - 4.2 ว่าทีมผู้ให้บริการควรสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพมีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงระดับที่ต้องมีการทบทวนหรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็วและมีการดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที[1]

ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นข้อกังวลพื้นฐานในอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการให้การดูแลคุณภาพสูงที่ลดอันตรายให้เหลือน้อยที่สุดและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้เหมาะสม เป้าหมายโดยรวมของระบบการดูแลสุขภาพคือการรับประกันความเป็นอยู่และการฟื้นตัวของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ การรับรู้และจัดการกับสัญญาณเตือนล่วงหน้าเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยที่แย่ลงจึงเป็นสิ่งสำคัญ[2] ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้น แต่บางครั้งอาจไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 9 -11 โดยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44 – 54) เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และประมาณร้อยละ 7-10 ของเหตุการณ์เป็นอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีวันนอนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 10.7 วัน และยังสอดคล้องกับ Vincent & Amalberti[3] ที่กล่าวว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นด้านจริยธรรมและศีลธรรม ช่วยให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ไม่เป็นอันตรายต่อพวกเขา และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของพวกเขา มีมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด อุบัติเหตุ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการรักษาพยาบาล และการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกับคุณภาพการดูแลอย่างแท้จริง สภาพแวดล้อมด้านการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัยช่วยให้ผลลัพธ์และความพึงพอใจของผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยเพิ่มประสบการณ์โดยรวมของการดูแล เสริมสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ข้อผิดพลาดทางการแพทย์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากการต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาเพิ่มเติม และค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย ด้วยการมุ่งเน้นไปที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย องค์กรด้านการดูแลสุขภาพสามารถลดภาระทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับข้อผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้

Smith et al[4] กล่าวว่า ระบบเตือนภัยล่วงหน้าในการดูแลสุขภาพมีประวัติวิวัฒนาการและการพัฒนามายาวนาน โดยมีเป้าหมายหลักในการปรับปรุงความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วย ระบบเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อระบุและตอบสนองต่อการเสื่อมสภาพทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโดยทันที ซึ่งสอดคล้องกับ Paterson et al[5] ที่เห็นว่า ระบบการเตือนภัยล่วงหน้าในการดูแลสุขภาพมีการพัฒนาอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ระบบการให้เกรดแบบธรรมดาไปจนถึงเครื่องมือที่ครอบคลุม เช่น MEWS และ NEWS ระบบเหล่านี้ได้ปฏิวัติการดูแลผู้ป่วยด้วยการกำหนดมาตรฐานการประเมินการเสื่อมสภาพทางคลินิก และช่วยให้สามารถดำเนินการได้ทันท่วงที การรับรู้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตั้งแต่เนิ่น ๆ ผู้ให้บริการด้านการแพทย์สามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยยิ่งขึ้น และปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยในท้ายที่สุด

สำหรับในประเทศไทย พบว่า เกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาในผู้ป่วยในร้อยละ 35.10 โดยประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 15.40) ส่งผลถึงเสียชีวิต และร้อยละ 19.00 สามารถป้องกันได้[6] และจากการศึกษาของโรงพยาบาลกำแพงเพชร[7] พบว่า มีผู้ป่วยในอายุรกรรมเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 16.38 ได้แก่ การย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน และการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิดโดยร้อยละ 63.16

เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้

ดังรายงานผู้ป่วย ในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการแย่ลง จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีเตียงให้บริการตามกรอบ 30 เตียง ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีอัตราการครองเตียง ร้อยละ 79.33, 66.28, 62.58 จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 18.77 คน/วัน จากผลงานย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีผู้ป่วยอาการแย่ลงต้องได้ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 16, 24, 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.49, 0.63, 0.99 ตามลำดับ การช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวน 1, 1, 1 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน 14, 10, 3 ราย อัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 0.43, 0.26, 0.08 ตามลำดับ เสียชีวิตโดยไม่คาดคิด ร้อยละ 0.03, 0.02, 0.02 (1, 1, 1 ราย) และจากการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำ Trigger tools พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์คิดเป็นอัตรา 0.21 : 1000 วันนอน[8]

หน่วยงานได้มีการทบทวนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่ามีจุดอ่อนในเรื่องการประเมินซ้ำ ระบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการผู้ป่วยและระบบการรายงานยังไม่ครอบคลุม และจากรายงานการเข้าเยี่ยมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พบประเด็นที่ต้องพัฒนาคือ การส่งเสริมให้มีการประเมินซ้ำในช่วงเวลาที่กำหนดเพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินอย่างถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันท่วงที การวิเคราะห์และทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มากำหนดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเข้ารับบริการหลักของโรงพยาบาลเพื่อวางแนวทางการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างชัดเจน และเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยในเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าวิธีที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าสามารถจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ คือการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Early warning sign) ช่วยลดการเกิดภาวะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลา และปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีหลายการศึกษาได้นำสัญญาณชีพ และการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญมาคิดในรูปแบบระดับคะแนน โดยคะแนนแต่ละช่วงจะเป็นตัวส่งสัญญาณว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยหรือมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Scores : MEWS) ซึ่งทำให้สามารถค้นหาความผิดปกติของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก สามารถช่วยเพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัชนีย์ พิมพ์ใจชน[9] พบว่าการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และสัญญาณเตือนของผู้ป่วยใน ทำให้อัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยลดลง วัชระ ก้อนแก้ว และคณะ[10] มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง มีเกณฑ์คัดกรองประเมินผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เน้นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและให้การตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว หลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่พบว่า ระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงซึ่งปรับตามบริบท มีความสามารถในการพยากรณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเสี่ยงต่อการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิโดยมิได้คาดการณ์ล่วงหน้า ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ช่วยเพิ่มความตระหนักของบุคลากรในการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น[11-13]

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังอาการ และสัญญาณเตือนของผู้ป่วยในภายใต้บริบทโรงพยาบาลปทุมรัตต์ขึ้น เพื่อลดการเกิดภาวะวิกฤตให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การทรุดลงและเปรียบเทียบความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ก่อน

และหลังการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่ออุบัติการณ์การทรุดลงและความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยที่มีรายละเอียดที่ใช้ในการศึกษาดังต่อไปนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ที่มีความเสี่ยงสูงโดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน และเกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ Cochran[14] จำนวน 90 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งออกเป็น 2 ปะเภท คือ

1. เครื่องมือสำหรับใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย

1.1 ตาราง Early warning signs score โรงพยาบาลปทุมรัตต์

1.2 แนวทางการดูแลตามผลสรุปการให้คะแนน ESW score ดัดแปลงจาก Modified early warning scores system : MEWS (Emma Baines and N S Kanagasundaram)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัญญาณชีพเตือนภาวะวิกฤติและอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

2.2 แบบเก็บข้อมูลและบันทึกค่าคะแนนของระบบสัญญาณเตือน และข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ค่าระดับคะแนน EWS ปัญหาทางคลินิกที่พบการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามระดับค่าคะแนนในด้านการพยาบาล การติดตามภายหลังได้รับการพยาบาล และผลการรักษา

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์อาการทรุดลงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ที่มีความเสี่ยงสูง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนการดำเนินการตามกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ที่มีความเสี่ยงสูง

2. เตรียมความพร้อมพยาบาล ดังนี้ หลังจากเครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำเสนอให้ที่ประชุมโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการพยายาบาล 1 วัน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย (MEWS) และตรวจสอบความถูกต้องของผู้ใช้กับผู้วิจัยโดยมีการให้การประเมินร่วมกัน (Interrater reliability) ได้ค่า = 1 โดยให้พยาบาลในทีมซักถามข้อสงสัย ทดลองใช้ 2 เดือน ประชุมหลังทดลองปฏิบัติเพื่อปรับความรู้และความเข้าใจก่อนลงเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการกำกับ ติดตามตลอดการวิจัย

3. การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เริ่มประเมิน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยหลังจากประเมินสัญญาณชีพต่างๆ ตาม Parameter ที่กำหนดนำผลมาลงในแบบประเมิน สรุปผลการประเมินเพื่อนำมา เลือกแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังตามคะแนนที่ประเมิน ได้ สรุปผลลัพธ์ของผู้ป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนไว้ท้ายแบบประเมิน

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุ เพศ การศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การทรุดลงก่อนและหลังการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและเปรียบเทียบความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ก่อนและหลังการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE 0862566

## ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมรัตต์จำนวน 90 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 46 ราย (51.11%) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 28 ราย (31.11%) ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 64.34 การวินิจฉัยโรคขณะเจ็บป่วยปัจจุบันใน 5 อันดับแรกพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Pneumonia และ Hyper glycemia มากที่สุด จำนวน 15 ราย (16.67%) และพบระบบที่มีปัญหาโรคร่วมมากที่สุด คือ DM จำนวน 29 ราย (32.22%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจากเวชระเบียน (n=90 ราย)

| | ข้อมูล | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **เพศ** | หญิง | 46(51.11) |
| | ชาย | 44(48.89) |
| **อายุ (ปี)** | 90-99 | 1(1.11) |
| | 80-89 | 11(12.22) |
| | 70-79 | 18(20.00) |
| | 60-69 | 28(31.11) |
| | 50-59 | 21(23.33) |
| | 40-49 | 7(7.78) |
| | 30-39 | 4(4.44) |
| อายุเฉลี่ย (Mean= 64.34, SD. = 13.08) | | |
| **โรคประจำตัว** | DM | 29(32.22) |
| | HT | 22(24.44) |
| | CKD | 2(2.22) |
| | DM HT | 27(30.00) |
| | โรคอื่นๆ | 10(11.11) |
| **การวินิจฉัยโรคขณะเจ็บป่วยปัจจุบัน (5 อันดับแรก)** | | |
| 1 | Pneumonia | 15(16.67) |
| 2 | Hyperglycemia | 15(16.67) |
| 3 | Gastroenteritis | 5(5.56) |
| 4 | UTI | 5(5.56) |
| 5 | Dizziness | 4(4.44) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อมูล | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **ระบบที่มีปัญหาโรคร่วม** | | |
| 1 | DM | 29(32.22) |
| 2 | DM HT | 27(30.00) |
| 3 | HT | 22(24.44) |
| 4 | CKD | 2(2.22) |

การวิเคราะห์ผลการพยาบาลผู้ป่วยจำแนกตามระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือน พบว่า ระดับค่าคะแนน 0-2 คะแนน มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 67 ราย (74.44%) ได้ดำเนินการส่งต่อ จำนวน 1 ราย (1.49%) สาเหตุจากศักยภาพของโรงพยาบาลไม่พร้อมสำหรับการรักษาผู้ป่วย ระดับค่าคะแนน 3-4 คะแนนมีจำนวน 17 ราย (18.89%) ดำเนินการส่งต่อ จำนวน 1 ราย (5.88%) ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 3 ราย (17.65%) ระดับค่าคะแนน 5-6 คะแนน มีจำนวน 2 ราย (2.22%) ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 1 ราย (50.00%) และระดับค่าคะแนนมากกว่า 6 คะแนน มีจำนวน 4 ราย (4.44%) ดำเนินการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 4 ราย (100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ผลการพยาบาลผู้ป่วยจำแนกตามระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือน

| (EWS score) | ผู้ป่วยทั้งหมด | ได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน(%) | จำนวน(%) | จำนวน(%) | จำนวน(%) | จำนวน(%) |
| 0-2 | 67(74.44) | 1(1.49) | 0(0.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 3-4 | 17(18.89) | 1(5.88) | 3(17.65) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 5-6 | 2(2.22) | 0(0.00) | 1(50.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| มากกว่า 6 | 4(4.44) | 0(0.00) | 4(100.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |

ผู้ป่วยทุกรายทั้ง 4 ระดับ ได้รับการพยาบาลตามที่กำหนดตามเกณฑ์รอดชีวิต คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนร้อยละของผู้ป่วยรอดชีวิตจำแนกตามระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนทั้ง 4 ระดับ (n=90)

| ระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือน | ผู้รอดชีวิต (ราย) |
|---|---|
| | จำนวน(%) |
| 0-2 (N=67) | 67(100.00) |
| 3-4 (N=17) | 17(100.00) |
| 5-6 (N=2) | 2(100.00) |
| มากกว่า 6 (N=4) | 4(100.00) |

## ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล แบบประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่ใช้ในโรงพยาบาล ปทุมรัตต์ ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพราะช่วยตรวจจับอาการผิดปกติได้รวดเร็ว ทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที สามารถนำไปขยายผลในหน่วยบริการต่างๆ จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ด้านการทำวิจัย ควรทำการศึกษาโดยการขยายใช้แบบประเมินกับผู้ป่วย 2 ช่วงอายุ คือ มากกว่า 15 ปี และ 1 เดือน – 15 ปี โดยแบ่งเครื่องมือการประเมินคนละกลุ่มสามารถขยายผลการใช้เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาวิจัยผลลัพธ์การใช้แบบประเมิน

ด้านการเรียนการสอน สามารถใช้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของการ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและการรายงานสื่อสารโดยใช้รูปแบบ SBAR ในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาล และกลุ่มนักศึกษาอื่นๆ

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ผลการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่ออุบัติการณ์การทรุดลงและความปลอดภัย (MEWS Score 0-2 คะแนน) ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลปทุมรัตต์ สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจากนายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตต์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยใน และกลุ่มผู้ป่วยใน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อแนะนำ และให้ความร่วมมือ จนกระทั้งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยขอกรอบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับ ที่ 5 Hospital and healthcare standards 5th edition. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนกวง จำกัด; 2564.
2. คณะกรรมการสถาบันการแพทย์. ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ–ฉุกเฉิน. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2561;4(2): 237-49.
3. Vincent C, Amalberti R. Safer Health Care: Strategies for the Real World. Springer Cham [Internet]. [cited 2023 Jan 21]. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0
4. Smith M E, et al. National Early Warning Score (NEWS): Standardizing the Assessment of Acute-Illness Severity in the NHS. London Journal of Primary Care. 2019;11(1):2-8.
5. Paterson R, et al. National early warning score (NEWS): A novel scoring system for identifying clinical deterioration in the hospital setting. Postgraduate Medical Journal. 2013;89 (1057):87-91.
6. Kessombon P, Panarunothai S, Wongkanaratanakul P. Thai Health 2009. Amarin Printing and Publishing Ltd [Internet]. 2009 [cited 2023 Jan 21]. Available from: https://issuu.com/health-hiso/docs/thaihealth2009e
7. จิราพร มณีพราย. สถานการณ์ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2564;25(2):20-31.
8. กลุ่มงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมรัตต์. รายงานผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 - 2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลปทุมรัตต์; 2566.
9. รัชนีย์ พิมพ์ใจชน. ผลของการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน. ชลบุรี: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี; 2560.

10. วัชระ ก้อนแก้ว, วรรณา สัตย์วินิจ, อภินันท์ ชูวงค์, กนกวรรณ สินลักษณะทิพย์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2552. ราชบุรี: โรงพยาบาลโพธาราม; 2552.
11. กรรณิกา ศิริแสน. ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.
12. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, สนับสนุนทุนวิจัยโดยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปีงบประมาณ 2558; 2559.
13. แสงโสม ช่วยช่วง. ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญานเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2561; 29(1):72-83.
14. Cochran W G. Sampling Techniques. 3rd ed. New York, United States of America: John Wiley & Sons, Inc.; 1997.

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

# Effect of Nutritional Education Promotion Program on Dietary Behaviors and Blood Pressure Level with Uncontrolled Hypertension in Suwannaphum Hospital

**ศิรินทร์ พัฒนวิบูลย์***

**Sirin Pattanawiboon**

Corresponding author: E-mail; Sirinpoo1969@gmail.com

(Received: February 4, 2024; Revised: February 13, 2024; Accepted: March 13, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

**รูปแบบการวิจัย :** เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (One group time series design)

**วัสดุและวิธีวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ที่มีลักษณะและคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2566 จำนวน 15 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ One way repeated measures ANOVA โดยการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

**ผลการวิจัย :** 1) หลังระยะทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่า 1.72 คะแนน (95%CI: 1.40, 2.03) 2) กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกหลังระยะควบคุมกับหลังระยะทดลองมีค่าสูงสุดเท่ากับ 14.72 mmHg รองลงมาคือ ก่อนระยะควบคุมกับหลังระยะทดลองเท่ากับ 14.00 mmHg และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกก่อนระยะควบคุมกับหลังระยะทดลองเท่ากับ 8.22 mmHg มากที่สุด รองลงมาคือ ก่อนระยะทดลองและระยะหลังระยะทดลองเท่ากับ 6.11 mmHg

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า Intervention ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

**คำสำคัญ :** การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ; พฤติกรรมการบริโภคอาหาร; ผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

## Abstract

**Purposes :** To compare the dietary behaviors and blood pressure levels of with uncontrolled hypertension patients in Suwannaphum Hospital**.**

**Study design :** Quasi-experimental research design; One group time series design.

**Materials and Methods :** The study focuses on a sample group comprising uncontrolled hypertension patients from the hypertension clinic at Suwannaphum Hospital. The participants were selected based on in Inclusion Criteria. The data collection period spanned from January to May 2566, covering 15 weeks. Information was gathered through questionnaires and record forms. Data analysis involved the use of frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test and one-way repeated measures ANOVA with Bonferroni post hoc tests for pairwise comparisons.

**Main findings :** 1) After the experimental period, it was observed that sample group exhibited a statistically significant increase in the average score of dietary behavior compared to control period ($p < .001$). The mean score of dietary behavior was higher by 1.72 points (95% CI: 1.40, 2.03). 2) The sample group showed a difference in mean scores of systolic blood pressure after the control period compared to experimental period, with the maximum increase being 14.72 mmHg. This was followed by period before control, with a mean increase of 14.00 mmHg. 3) The sample group demonstrated a difference in mean scores of diastolic blood pressure, with highest increase occurring before control period compared to the experimental period, equal to 8.22 mmHg. The subsequent decrease was observed between periods before experimentation and after experimentation, with a mean decrease of 6.11 mmHg.

**Conclusion and recommendation :** The findings of this research indicate that developed intervention has resulted in improved clinical outcomes for patients.

**Keywords :** Nutritional education promotion; Dietary behaviors; Blood pressure level with Uncontrolled hypertension

*Registered Nurse, Professional Level, Suwannaphum Hospital.

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร้ายแรงซึ่งอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายได้ จากการรายงานองค์การอนามัยโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกว่า 1,000 ล้านคน เสียชีวิตปีละเกือบ 8 ล้านคน เฉลี่ยนาทีละ 15 คน โดย 1 ใน 3 พบในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่า ในปี พ.ศ.2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้น 1,560 ล้านคน สถานการณ์ประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น 5 เท่า ในช่วงปี (พ.ศ.2546-2553)[1] และจากการประเมินการตรวจวัดความดันโลหิตทั่วประเทศพบว่า ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติคือตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11 โดยโรคนี้มีอันตรายมาก เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงทั้งหัวใจและสมองตีบตันหรือแตกทำให้เกิดโรคหัวใจ อัมพาต อัมพฤกษ์ และจากการวิจัยทางการแพทย์จากหลายประเทศ ได้แสดงให้เห็นว่าการกินอาหารเค็มมาก จะยิ่งส่งเสริมให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และยังทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น[2]

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย 10 ปี (พ.ศ 2554 - 2563) ในการลดตาย ลดโรคลดภาระของโรคไม่ติดต่อ ด้วยยุทธศาสตร์ “สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย” มุ่งเน้นที่ป้องกันโรคไม่ติดต่อ 5 โรค คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 23 ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. กล่าวคือ ใส่ใจดูแลตัวเอง เรื่องอ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และลดการดื่มสุรา[3] จากนโยบายดังกล่าวทีมสุขภาพของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสุวรรณภูมิจึงได้ทำการศึกษาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ.2565 โดยใช้แบบการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เติมเครื่องปรุงจำพวกซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส ในอาหาร คิดเป็นร้อยละ 80.95 เวลาที่กินอาหารกึ่งสำเร็จรูปมักเติมเครื่องปรุงจนหมดซอง คิดเป็นร้อยละ 55.24 บนโต๊ะอาหารมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว วางไว้เสมอ ร้อยละ 46.67 เวลาที่กินอาหารตามร้าน เช่น ก๋วยเตี๋ยว อาหารจานเดียว ข้าวราดแกง มักเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่ม ร้อยละ 43.81 กินน้ำจิ้มในอาหารจำพวกลูกชิ้น ข้าวมันไก่ สุกี้ หมูกระทะ โดยไม่คิดถึงปริมาณการกินในแต่ละครั้งเลย ร้อยละ 41.90 ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็มนำ ร้อยละ 38.10 และยังอ่านฉลากโภชนาการไม่เป็น หรือไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อเลย ร้อยละ 27.62 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ ส่งผลอันตรายต่อหัวใจและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น หัวใจวาย และไต ได้รับความเสียหาย[4]

การเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน (Experiential learning) เป็นการเรียนรู้เชิงประสบกรณ์ หรือการเรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติที่กระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ที่ผ่านมาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาความคิด เจตคติ และทักษะวิธีการปฏิบัตินำไปสู่ความรู้ใหม่ ซึ่งโคล์บ (Kolb)[5] ได้ให้ความหมายว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการสร้างความรู้ ทักษะและเจตคติ ด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างความรู้ใหม่ ซึ่งการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ทำให้ผู้เรียนได้นำความรู้ที่จากประสบการณ์เดิมมาแลกเปลี่ยน เกิดความรู้ใหม่ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้เรียนกับผู้สอน รวมถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูดหรือการเขียนเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้[6] หรืออาจกล่าวได้ว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดจากการที่บุคคลนั้นได้มีการกระทำกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งและได้พิจารณาผลของการกระทำ

ทำความเข้าใจและปฏิบัติอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง คุณลักษณะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นกระบวนการไม่ใช่ผลลัพธ์ เป็นการปฏิบัติที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีพื้นฐานจากประสบการณ์ มีเป้าหมาย ต้องการแก้ข้อขัดแย้งให้มีการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ โดยมีความเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนกันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมเกิดการสร้างความรู้ใหม่ ซึ่งกระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ (Kolb)[5] ประกอบด้วย วงจรต่อเนื่องกัน 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Concrete experience) 2) การคิดสะท้อนกลับ (Reflection of observation) 3) การเกิดความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization) และ 4) การลงมือปฏิบัติ (Active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องหรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตขั้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอนดังนั้น ผลลัพธ์ของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ คือ การเรียนรู้รูปแบบใหม่จากประสบการณ์เดิม รวมถึงการได้ลงมือทดลองปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนจนพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการนำวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาใช้ศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำไปใช้การปฏิบัติในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงสนใจนำวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาเป็นกลวิธีหนึ่งในการดำเนินการวิจัยเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ได้นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อการพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้จัดกระบวนการเรียนรู้ด้านการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ 3 แนวคิด หลักร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมสนับสนุนการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ (Kolb)[5] 2) กระบวนการกลุ่มของมาแรม (Marram)[7] และ 3) หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช โดยบูรณาการร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้มีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยมีรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ใช้หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยการจัดเป็นโปรแกรมปรับวิถีชีวิตการบริโภคอาหาร รูปแบบการให้ความรู้รายบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีทัศนคติที่ดีต่อโรคความดันโลหิตสูง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ลดการบริโภคอาหารรสเค็ม รับประทานผักและผลไม้มากขึ้น ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ งดสูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกซื้ออาหารมาบริโภค โดยการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อลดปริมาณโซเดียม อันจะส่งผลถึงการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จำนวน 1,923 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิที่มีลักษณะและคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาและรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสาธารณสุข (2) มีค่าความดันโลหิตซีสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และความดันโลหิตไดแอสตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนก่อนการทดลอง (3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่มีผลต่อความดันโลหิต ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองไต ตา และระบบประสาทส่วนกลาง และ (4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย

**เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้** (1) ระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง (2) มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยหรือโรคอื่นๆ จนทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไต ตา และระบบประสาทส่วนกลาง และ (3) มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา เช่น ในช่วงของการเข้าร่วมกิจกรรมได้รับการปรับขนาดของยาที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิต

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิทและเบค[8] โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.76 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาของสไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม[9] เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เท่ากับ 0.85 กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน (Alpha) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 ราย อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญหายและถอนตัวออกจากการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 36 ราย

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจากทะเบียนประวัติสุขภาพ และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ (1) โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ ผ่านกระบวนการกลุ่มของมาแรม และนำหลักการบริโภคอาหารต้นความดันสูตรแดช ใช้เวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ ดำเนินทดสอบโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 - 15 ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน จำนวน 6 กลุ่ม การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมจะมุ่งเน้นสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดองค์ความรู้ใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย[10] ผู้วิจัยมีการวางแผนและกำหนดรายละเอียดไว้ในแผนการดำเนินการทดลองประจำสัปดาห์โดยกำหนดการเข้ากลุ่ม 5 ครั้ง ใน 7 สัปดาห์ และ (2) แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นรายละเอียดในการดำเนินการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้กลวิธี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช และกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเรียนรู้หลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช[11] ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยังมีปัญหาการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และยังคงมีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการชี้แจง

วัตถุประสงค์กิจกรรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม การสร้างทักษะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ และทดลองปฏิบัติจริงในการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช และการประเมินผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ (1) แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เป็นชุดคำถามเลือกตอบและปลายเปิด ประกอบด้วย ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกของครอบครัว ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และการไปพบแพทย์ตามนัด ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูงเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงการใช้ถ้อยคำ ให้เข้าใจง่ายเหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก จำนวน 11 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 5, 9,10, 11, 12, 13, 14 และ 15) และข้อคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 4, 6, 7 และ 8) ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนน ดังนี้

| พฤติกรรมที่ปฏิบัติ | คะแนนด้านบวก | คะแนนด้านลบ |
|---|---|---|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | 3 | 0 |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | 2 | 1 |
| ปฏิบัติบางครั้ง | 1 | 2 |
| ไม่ปฏิบัติ | 0 | 3 |

(3) แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นรายละเอียดที่ดำเนินการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการในการบันทึกข้อมูลการบริโภคประจำวันเกี่ยวกับอาหารในแต่ละมื้อทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสังเกตพฤติกรรมตนเอง และสามารถนำมาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่มได้ ซึ่งในแบบบันทึกฉบับนี้ได้จัดทำเนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช ตัวอย่างอาหารในแต่ละมื้อที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ศึกษาผลของคะแนนทุกข้อจะเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนน แล้วพิจารณาแบ่งค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

| ค่าเฉลี่ยของคะแนน | ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค |
|---|---|
| 0.00-0.49 | ไม่ถูกต้อง |
| 0.50-1.49 | ถูกต้องน้อย |
| 1.50-2.49 | ถูกต้องปานกลาง |
| 2.50-3.00 | ถูกต้องมาก |

(4) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ชนิดออมรอน รุ่น HBP1300 ใช้สำหรับวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เครื่องเดียวตลอดการวิจัยโดยวัดความดันโลหิตในเวลาเดียวกันโดยกำหนดวัดความดันโลหิต ช่วงเวลา 10.00 น. เนื่องจากควรหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตในระยะเวลา 60 นาที เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิต[12]

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

**การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ** การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจในภาษาของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการกลุ่ม และนักโภชนากร โดยตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของการนำไปใช้ หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปทดลองเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนจะนำไปใช้จริง

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ** เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้ (1) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ที่โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 และ (2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ชนิดออมรอน รุ่น HBP1300 ได้รับการตรวจสอบให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างเที่ยงตรงโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทุก 6 เดือน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ผู้วิจัยวางแผนดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทูดลองและขั้นดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

**ขั้นเตรียมการทดลอง** ขั้นเตรียมการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้ (1) นำโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย (2) ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยโรงพยาบาลสุวรรณภูมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ (3) เข้าพบหัวหน้าคลินิกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูล และ (4) เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ทั้งนี้ ได้ทำการมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่วัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินกิจกรรม ในการเตรียมผู้ช่วยวิจัยได้ทำการอธิบายวิธีการวัดความดันความดันโลหิตและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย และได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องในการวัดทันที

**ขั้นดำเนินการทดลอง** ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย ระยะควบคุม และระยะทดลอง มีการดำเนินการ ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้ (1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 36 ราย (2) นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งใช้เวลาในการเข้าร่วมวิจัยเป็นเวลา 15 สัปดาห์ โดยระยะเวลา 7 สัปดาห์แรกได้รับการดูแลตามปกติ หลังจากนั้นเป็นการใช้โปรแกรมในการ

เข้าร่วมการวิจัยระยะเวลา 7 สัปดาห์ (3) แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงลายมือชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย (4) เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลลักษระทางประชากร และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารโรคความดันโลหิตสูง (5) ดำเนินการวิจัยในระยะควบคุมและระยะทดลอง ดังนี้ 5.1) การดำเนินการในระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1- สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ โดย 1) สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม มอบหมายผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมของตามปกติคือ การสวดมนต์ทำสมาธิ การให้ความรู้ทางสุขภาพ และการออกกำลังกายตามปกติ และ 2) สัปดาห์ที่ 8 มอบหมายผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 2 5.2) การดำเนินการในระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 15 ใช้รูปแบบการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยกลวิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ด้านการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 6 คน จำนวน 6 กลุ่ม เข้ากลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

**1) ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ** กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มห่างกัน 1 สัปดาห์ ติดต่อกัน 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 8, 9 และ 10) วัตถุประสงค์ เพื่อการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ด้านการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชเป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น “พฤติกรรมการบริโภคอาหารในการดำเนินชีวิตชีวิตประจำวันที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” และ “ความต้องการในการแก้ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน”

**2) ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ** กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มห่างกัน 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 12 และ 14) มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มคิดสะท้อนกลับในประเด็น “การรับประทานอาหารต้านความดันสูตรแดช” สนับสนุนหลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชการเกิดความคิดรวบยอด ในการหาแนวทางการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชให้เหมาะสมกับตนเอง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำความคิดรวบยอดที่ตนเองได้รับไปลงมือปฏิบัติจริง และลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้และกลับมาเข้ากลุ่มห่างกัน 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง เพื่อสะท้อนข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช และระดับความดันโลหิต

**3) ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** สัปดาห์ที่ 15 กลุ่มตัวอย่างสรุปผลของประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ทั้งหมดในการทำกลุ่ม (การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชและระดับความดันโลหิต) รวมถึงการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารครั้งที่ 2 และวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 3 หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในระยะทดลอง

**6. การดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยได้ชี้แจงบทบาทของผู้ช่วยวิจัย ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มดังนี้

6.1 บทบาทผู้วิจัย โดย 1) สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน และคัดเลือกผู้นำกลุ่มช่วยเหลือให้ผู้นำกลุ่มกำหนดจุดมุ่งหมายการทำกลุ่ม แบ่งบทบาทหน้าที่มอบหมายงานให้กับสมาชิกเช่น ผู้บันทึก สวัสดิการ ผู้ประสานงานในกลุ่ม ฯลฯ หลังจากนั้นช่วยเหลือผู้นำกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประเด็น “พฤติกรรมการบริโภคอาหารในการดำเนินชีวิตชีวิตประจำวันที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” และ “ความต้องการในการแก้ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน” เก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป 2) สัปดาห์ที่ 9 เตรียมผู้นำกลุ่มในการให้สมาชิกได้มีการคิดสะท้อนกลับในประเด็น “การรับประทานอาหารต้านความดันสูตรแดช” และสนับสนุนหลักการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชเป็นเอกสารให้กับผู้นำกลุ่ม เก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป 3) สัปดาห์ที่ 10 เตรียมผู้นำกลุ่มในการกระตุ้นเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์

การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช จากข้อมูลประสบการณ์เดิม และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชไปปรับใช้ในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง โดยให้ผู้บันทึกประจำกลุ่มบันทึกเป็นหลักฐานโดยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ให้สมาชิกทุกคนนำไปใช้บันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารประจำวัน เก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป 4) สัปดาห์ที่ 12 และ 14 หลังสิ้นสุดการให้ความรู้เชิงประสบการณ์ 2 สัปดาห์ และติดตามอีก 2 สัปดาห์ จากแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยนัดหมายให้กำลังใจผู้นำกลุ่มและสมาชิกสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาในพฤติกรรมการบริโภค และสะท้อนข้อมูลจากแบบบันทึกเก็บบันทึกข้อมูลด้วยตนเองและจากผู้บันทึกประจำกลุ่มเพื่อเตรียมข้อมูลในการทำกลุ่มครั้งต่อไป และ 5) สัปดาห์ที่ 15 หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการสรุปผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่มช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า ความสำเร็จของกลุ่ม กรณีที่สมาชิกบางรายเกิดความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกพร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

6.2 บทบาทผู้ช่วยวิจัย วัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งระยะควบคุมและระยะทดลองตามช่วงเวลาที่กำหนด ลงบันทึกที่ได้เตรียมไว้

6.3 บทบาทผู้นำกลุ่ม ได้แก่ 1) สัปดาห์ที่ 8 ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์ กฎ กติกา เปิดโอกาสให้สมาชิกเพิ่มเติม มอบหมายงานให้กับสมาชิก เช่น ผู้บันทึก สวัสดิการ ผู้ประสานงานในกลุ่ม ฯลฯ ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นให้สมาชิกกลุ่มค้นหาปัญหาที่เกิดจาก “พฤติกรรมการบริโภคในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้” และ “ความต้องการในการแก้ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน” ผู้นำกลุ่มใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการบริโภคอาหาร 2) สัปดาห์ที่ 9 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช และสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้เตรียมเนื้อหาเรื่องอาหารต้านความดันสูตรแดชให้กับสมาชิก 3) สัปดาห์ที่ 10 ผู้นำกลุ่มกระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายและกำหนดข้อตกลงในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชจากข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้ผู้บันทึกประจำกลุ่มบันทึกเป็นหลักฐานเพื่อที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และชี้แจงการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าระดับความดันโลหิตของสมาชิกกลุ่ม ให้บันทึก 2 สัปดาห์ 4) สัปดาห์ที่ 12 และ 14 ผู้นำกลุ่มสะท้อนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชและระดับความดันโลหิตที่ได้จากข้อมูลที่ผู้วิจัยสรุป ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ผู้นำกลุ่มกระตุ้น/เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายและการปฏิบัติตัวในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชของสมาชิกกลุ่ม และ 5) สัปดาห์ที่ 15 ผู้วิจัย และผู้นำกลุ่มประเมินความสำเร็จของกลุ่มด้านการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดชและระดับความดันโลหิตร่วมกับให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเอง และชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

6.4 บทบาทสมาชิกกลุ่ม เคารพกติกาของกลุ่ม ให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ สะท้อนข้อมูล สรุปความคิดรวบยอด และการทดลองปฏิบัติและการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารต้านความดันสูตรแดช

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้ (1) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ และคำนวณหาร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test (3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้สถิติ Paired - t test และ (4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตของก่อนและหลังของการดำเนินการ ทั้งระยะควบคุม และระยะทดลองด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measures ANOVA) โดยการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการเคารพสิทธิมนุษยชน ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง และการรักษาความลับการนำเสนอผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัย ไว้วางใจ หลังจากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมให้ลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ในระหว่างการพูดคุยหรือเข้ากลุ่มการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาวิจัยในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ หากมีอาการแสดงของความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะเหนื่อยหอบหรืออาการผิดปกติใดๆเช่นใจสั่นเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะส่งไปพบแพทย์ เพื่อการรักษาทันท่วงทีและให้ออกจากการวิจัย

## ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (One group time series design) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 36 ราย ตามลำดับ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (77.80% และ 22.20% ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 70.81 ปี (SD.= 8.35) อายุในช่วง 60-69 ปี (47.22%) ครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (50.00%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (52.78%) รายได้มีความเพียงพอกับรายจ่าย (86.10%) โดยมีสามี ภรรยา หรือบุตร เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน (36.10%) ด้านการดูแลสุขภาพพบว่า ไปพบแพทย์ตามนัด (77.80%) และรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาทุกครั้ง (72.20%)

2. ผลการทดสอบสมมติฐานทั้งนี้ก่อนที่จะทดสอบสมมุติฐานโดยใช้สถิติ Paired – t test ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า การแจกแจงโค้งปกติ (Normality) โดยการทดสอบจากสถิติโดยพิจารณาจากค่า Shapiro wilk test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภค ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซีสโตลิก และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normality) โดย Tests of Normality Shapiro-Wilk ($p=0.706$) ผลการทดสอบสมมติฐานดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 หลังระยะทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่า 1.72 คะแนน (95%CI: 1.40, 2.03) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะควบคุมและระยะทดลอง

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean diff. | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **พฤติกรรมการบริโภค** | | | | | |
| ระยะควบคุม | 36 | 2.75(0.82) | 1.72(0.15) | 1.40, 2.03 | <.001 |
| ระยะทดลอง | 36 | 4.47(0.37) | | | |

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซีสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกทั้ง 3 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ ($F= 18.82$, $p < .001$) เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างกัน โดยการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คู่ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิกของคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) หลังระยะควบคุมและหลังระยะทดลองมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 14.72 mmHg รองลงมา คือ คู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) ก่อนระยะควบคุมและหลังระยะทดลองเท่ากับ 14.00 mmHg ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อน และหลังได้รับส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ (n= 36)

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ภายในกลุ่ม | 4948.13 | 1.63 | 3024.25 | 18.82 | <.001 |
| ความคลาดเคลื่อน | 9192.25 | 5.30 | 159.28 | | |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ (n=36)

| ระยะเวลา | Mean difference ของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนระยะควบคุม) | | สัปดาห์ที่ 8 (ก่อนระยะทดลอง) | | สัปดาห์ที่ 15 (หลังระยะทดลอง) | |
| | d | p | d | p | d | p |
| สัปดาห์ที่ 1 | - | - | 0.72 | 1.00 | -14.00 | .001 |
| สัปดาห์ที่ 8 | | | | | -14.00 | .001 |
| สัปดาห์ที่ 15 | | | | | - | - |

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยใช้สถิติวิเคราะห์ One way repeated measures ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 3 ครั้งพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 8.82$, $p < .001$) เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คู่ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คู่ที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 15) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.22 mmHg (0< .01) และคู่ที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 15) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.11 mmHg. ($p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ (n=36)

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ภายในกลุ่ม | 1311.49 | 1.80 | 729.16 | 8.81 | <.001 |
| ความคลาดเคลื่อน | 5202.14 | 163.14 | 82.56 | | |

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ (n=36)

| ระยะเวลา | Mean difference ของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนระยะควบคุม) | | สัปดาห์ที่ 8 (ก่อนระยะทดลอง) | | สัปดาห์ที่ 15 (หลังระยะทดลอง) | |
| | d | p | d | p | d | p |
| สัปดาห์ที่ 1 | - | - | -2.11 | 0.717 | -8.22 | .004 |
| สัปดาห์ที่ 8 | | | | | -6.11 | .011 |
| สัปดาห์ที่ 15 | | | | | - | - |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่า 1.72 คะแนน (95%CI: 1.40, 2.03) เช่นเดียวกับการศึกษาในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสงขลาที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.50$, $p<.001$)[13-14]

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังระยะทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกหลังระยะควบคุมกับหลังระยะทดลองมีค่าสูงสุดเท่ากับ 14.72 mmHg รองลงมาคือ ก่อนระยะควบคุมกับหลังระยะทดลองเท่ากับ 14.00 mmHg. และกลุ่มตัวอย่าง

มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกก่อนระยะควบคุมกับหลังระยะทดลองเท่ากับ 8.22 mmHg มากที่สุด รองลงมาคือ ก่อนระยะทดลองและระยะหลังระยะทดลองเท่ากับ 6.11 mmHg สอดคล้องกับทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์, พัชรี คมจักรพันธ์ และแสงอรุณ อิสระมาลัย[13] พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 18.87, p< .001) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 15 (d =14.00, p<.001) และสัปดาห์ที่ 8 กับสัปดาห์ที่ 15 (d =14.72, p< .001) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=8.82, p< .01) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 15 (d = 8.22, p<.01) และสัปดาห์ที่ 8 กับสัปดาห์ที่ 15 (d=6.11, p<.01)[15-16]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก พบว่าแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีของโคล์บที่กล่าวว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการพื้นฐานที่ต่อเนื่องอันเนื่องมาจากประสบการณ์ของผู้เรียน ประกอบด้วยขั้นตอนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การคิดสะท้อนกลับจากการสังเกตการณ์ การเกิดความคิดรวบยอด และการลงมือปฏิบัติ (Kolb)[5] เป็นการทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (Tynjala)[18] อย่างไรก็ตามกระบวนการกลุ่มยังเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมบรรลุเป้าหมาย ซึ่งกระบวนการกลุ่มของมาแรม (Marram)[7] กล่าวว่า สมาชิกกลุ่มจะทำกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ มีผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนไหวไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pusurinkham[17] ที่กล่าวว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผ่านกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการดำเนินกิจกรรม และบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มในระยะเวลาไม่นาน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร รวมถึงการรับประทานอาหารต้านความดันสูตรแดช (DASH) เป็นอาหารที่ใช้ในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายเพื่อการลดความดันโลหิต เน้นการบริโภคผัก ผลไม้ และธัญพืชถั่วประเภทต่างๆ (ผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ รวมถึงการควบคุมปริมาณโซเดียมในมื้ออาหาร เพื่อสร้างสมดุลระหว่างแมกนีเซียม โปแตสเซียม และแคลเซียม การรับประทานอาหารต้านความดันสูตรแดช (DASH) ที่เหมาะสม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท[11] ดังนั้น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการรับประทานอาหารต้านความดันสูตรแดช (DASH) โดยผ่านกระบวนการกลุ่มเป็นกลวิธีหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลาอันสั้น ทำให้สามารถบรรลุผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้สำเร็จ

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้** (1) หน่วยงานด้านการสาธารณสุข สามารถนำกิจกรรม และกระบวนการของโปรแกรมนี้ไปสอดแทรกในกิจกรรมการให้สุขศึกษาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ (2) หน่วยงานบริการที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ ควรนำกิจกรรมการให้ความรู้เชิงประสบการณ์ในการรับประทานอาหารต้านความดันสูตรแดช โดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคไตเพื่อป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย

**ข้อเสนอแนะสำหรับศึกษาวิจัยครั้งต่อไป** (1) การออกแบบการวิจัยโดยการศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และใช้วิธีสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม และลดตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตและ (2) ควรมีการประเมินพฤติกรรมการบริโภค

อาหารทั้งก่อนและหลังการดำเนินการทั้งในระยะควบคุมและระยะทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) ควรมีการศึกษาที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการบริโภคอาหารในรูปแบบการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ (4)ควรมีการออกแบบโปรแกรมการศึกษาที่สอดคล้องกับวิถีปฏิบัติ และศึกษาการวิจัยติดตามในระยะยาว เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และการคงอยู่ของพฤติกรรมที่สามารถเห็นผลที่เกิดขึ้นจริงจากการนำแนวทางจากการวิจัยครั้งนี้ไปปฏิบัติ **กล่าวได้ว่า** แนวทางการลดความดันโลหิตด้วยวิธีการทางเลือกนั้นมีหลากหลายวิธี ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการผสมผสานวิธีการที่หลากหลายและปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกสุมตัวอย่าง ที่ดำเนินอยู่ ซึ่งจะเป็นวิธีการทางเลือกสำหรับการนำกระบวนการไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมความดันโลหิตต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Maki D D, Ma J Z, Louis T A, Kasiske B L. Long-term effects of antihypertensive agents on proteinuria and renal function. Arch Intern Med. 1995;15(2):15-25.
2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการกาว:ความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ; 2559.
4. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข. งานยุทธศาสตร์; 2565.
5. Kolb D A. Organizational Psychology : A Book of Readings. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice – Hall; 1984.
6. สุภณิตา ปุสุรินทร์คำ. การพัฒนารูปแบบการแบ่งปันความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารด้วยวิธีการเรียนแบบร่วมมือเพื่อพัฒนาความเป็นชุมชนนักปฏิบัติของครูในโรงเรียนเข้าร่วมในที่โครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งโรงเรียนในฝันของกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
7. Marram G D. The Group Approach in Nursing Practice. (2nded). St. Louis: C. V. Mosby; 1978.
8. Polit M, Beck C. Nursing research: Generating assessing evidence for nursing practice (9” Edition). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
9. สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2554;19(3):89-98.
10. เสาวลักษณ์ มูลสาร, เกษร สำเภาทอง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบรูพา. 2559;11(1):89-98.
11. James P A, Oparil S, Carter B L, Cushman W C, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Ortiz E. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311:507-20.
12. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยความดันเลือดสูง. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 ปรับปรุง พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2558.
13. ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์, พัชรี คมจักรพันธ์, แสงอรุณ อิสระมาลัย. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับ

ความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1): 179-94.

14. คณิตตา อินทบุตร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการ สคร. 9. 2563:26(1):73-83.
15. พิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิลัย. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
16. วรวุฒิ ชมพูพาน, ฐากูร เกชิต, วรางคณา ชมพูพาน, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, จรียา ยมศรีเคน, อัจฉรา ชนะบุญ. ผลของโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1);45-57.
17. Pusurinkham S. Participatory learning [Internet]. [cited 2023 April 19]. Available from: http://opalnida.blogspot.com/2008/06/blog-post_13.html
18. Tynjala P. Traditional Studying for Examination Versus Constructivist Learning Tasks; Do learning Outcome Differ?. Journal Studies in Higher Education. 1988;23:173-89.

# ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขัง อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

# Effects of Developing Potential in Village Health Volunteers Program on Knowledge and Attitude in Basic Life Support for People in Flooded Area Risk Changhan District, Roi Et

**สายสุนีย์ บุตรศรีรักษ์* ทิพย์อาภา ภิบาลศิลป์** ธเนศ กุมภวา*****
**Saisunee Butsriruk, Tiparpar Phibansil, Tanad kumpava**
Corresponding author: E-mail: Saisunee1669@gmail.com
(Received: February 7, 2024; Revised: February 14, 2024; Accepted: March 14, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขังอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว (The one group pretest-posttest design)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 60 คน และประชาชนที่เป็นตัวแทนครอบครัว 40 คนที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบที่มีค่ายากง่ายตั้งแต่ 0.43-0.79 ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ 0.89 และความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

**ผลการวิจัย :** (1) หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 15.04 คะแนน (95% CI: 10.72, 19.34) และคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.13 คะแนน (95% CI:1.02, 1.23) และ (2) หลังการทดลอง พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนโดยรวมเพิ่มขึ้น 21.15 คะแนน (95% CI: 15.64, 26.65) และ คะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.11 คะแนน (95% CI: 0.99,1.24)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการศึกษาครั้งนี้ควรเผยแพร่และสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมสมรรถนะของประชาชนมีความรู้และสามารถนำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปใช้ได้จริงเพื่อดูแลผู้บาดเจ็บที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ :** พัฒนาศักยภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ความรู้; ทัศนคติ; ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
****นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลจังหาร

## Abstract

**Purposes :** To compare knowledge and attitudes about to basic life support in Flooded Area Risk Changhan District, Roi-Et.

**Study design :** Quasi-experimental research; The one group pretest- posttest design.

**Materials and Methods :** 60 of village health volunteers (VHVs) and 40 of people representing their families were sample who obtained from simple random sampling, conducted between January and December 2023. Data were collected using the test had a difficulty ranging from 0.43-0.79. The reliability of (KR-20) was equal to 0.89 and the Cronbach's Alpha Coefficient of questionnaire was equal to 0.87, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

**Main findings :** (1) After intervention, it was found that e village health volunteers had mean score of knowledge about basic life support that increased more than before the experiment (p<.001). The mean score of knowledge basic life support increased more than before experiment (p<.001), overall basic life support by 15.04 (95% CI: 10.72, 19.34) and the mean score of attitude towards basic life support overall increased more than before experiment (p<.001) with mean score overall attitude towards basic life support increased 1.13 score (95% CI: 1.02, 1.23) and after experiment, it was found that people's mean knowledge score about basic life support increased more than before experiment (p<.001). The mean score of knowledge about basic life support increased more than before experiment (p<.001), of the people as a whole increased 21.15 score (95% CI: 15.64, 26.65) and the mean score of attitude towards basic life support overall increased more than before experiment (p<.001), with the mean score of attitude towards basic life support as a whole increasing 1.11 score (95% CI: 0.99, 1.24)

**Conclusion and recommendations** : The results of this study should be disseminated and encourage relevant agencies to use this program as a guideline for promoting people's competency, knowledge and ability to actually use basic life support to provide effective care for injured.

**Keywords :** Developing Potential; Village Health Volunteers; Knowledge; Attitude; Basic Life Support

*,**Registered Nurse, Professional Level

***Paramedic, Changhan Hospital.

**บทนำ**

การแพทย์ฉุกเฉิน “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรง ทั้งนี้ได้มีการแยกระดับความฉุกเฉินของผู้รับบริการเป็น 5 ประเภท คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ผู้ป่วยทั่วไป และผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นๆ[1] เช่นเดียวกับประเทศไทยพบว่ากลุ่มโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อลดการบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิต ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันและอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 1 ทั้งเพศชายและเพศหญิงอีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควร ส่วนอุบัติเหตุเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรในเพศชายสูงถึงร้อยละ 20 เช่นเดียวกับกลุ่มโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยโดยติดอันดับ 1 ใน 3 มาโดยตลอด ในขณะที่อุบัติการณ์ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเสียชีวิตเท่ากับ 28.96 ต่อประชากรแสนคน หรือ 18,375 รายต่อปี[2] และคาดว่าร้อยละ 15-20 ของผู้ที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักจะเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ส่วนการจมน้ำยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับหนึ่งของเด็กวัยเรียน โดยในปี พ.ศ.2564 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ 658 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตประมาณ 5 ต่อแสนประชากรเด็ก และเมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 1,807,929 ราย เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุจำนวน 4,437 ราย เสียชีวิตระหว่างนำส่ง 499 ราย และเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง 14,822 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอุบัติเหตุยานยนต์ จำนวน 436,751 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด[3]

ทั้งนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินดังที่กล่าวมาข้างต้น หากได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างทันท่วงทีและนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (OHCA : Out of hospital cardiac arrest) ซึ่งมีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับ 2- 11% เท่านั้น จึงนับว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนตามขั้นตอนของห่วงโซ่การรอดชีวิต โดยเฉพาะการรับรู้ถึงเหตุการณ์และสามารถขอความช่วยเหลือของผู้เห็นเหตุการณ์ (Bystander) และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) อย่างมีคุณภาพ จะเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินมากขึ้นร้อยละ 40 เช่นเดียวกับการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติโดยเร็วภายใน 3-5 นาที และการเข้าถึงของทีมกู้ชีพขั้นสูงอย่างรวดเร็ว จะสามารถเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนี้สมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกา[4] ให้ข้อมูลสนับสนุนว่ากระบวนการห่วงโซ่การรอดชีวิต ประเด็นการโทรขอความช่วยเหลือผ่านเบอร์โทรฉุกเฉิน (The emergency telephone number) เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลซึ่งผู้พบเห็นเหตุการณ์นับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่พบตรงกันว่า การให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพด้วยวิธีการกดนวดหัวใจโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น[5] แต่ทั้งนี้ผู้พบเห็นเหตุการณ์จำเป็นต้องมีความรู้เบื้องต้นด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถประเมินสถานการณ์ ประเมินอาการเบื้องต้น แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และหากผู้ป่วยหมดสติก็สามารถทำการนวดหัวใจหรือ และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (AED) ให้เร็วที่สุดและทำการช่วยเหลือต่อไปจนกระทั่งผู้ให้บริการทางการแพทย์เข้ามาช่วยเหลือหรือจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัว[3]

การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) เป็นการช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจ

และหัวใจหยุดเต้น ทำให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจ หรือมีการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและเกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะสมองกับหัวใจ จนกระทั่งระบบต่างๆ กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ เป็นการป้องกันการเสียชีวิต หรือเนื้อเยื่อได้รับความเสียหายอย่างถาวรจากการขาดออกซิเจน[6] เช่นเดียวกับสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหากเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลไว้ว่า หากต้องการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตควรมีการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (Basic life support: BLS) ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถประเมินผู้ป่วย ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีการศึกษาปัจจัยที่เพิ่มอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล โดยถ้าหากว่าผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถให้การช่วยเหลือการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพตามขั้นตอนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นได้มากถึงร้อยละ 50[7] ด้วยเหตุนี้การฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้และทักษะให้แต่ละบุคคลจึงมีความจำเป็น เนื่องจากเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถปฏิบัติงานหรือกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง[8]

อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักและไม่เข้าใจการแพทย์ฉุกเฉิน และที่สำคัญการสำรวจพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถประเมินสถานการณ์ ประเมินอาการเบื้องต้น ไม่สามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (AED) จากปัญหาดังกล่าวทำให้ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเฉพาะสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งการรับรู้สัญญาณเตือน การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ รวมถึงมีการจัดฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (AED) ให้กับประชาชนทั่วไป หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการดำเนินการดังกล่าวอาจจะต้องใช้เวลาและทรัพยากรเป็นจำนวนมากหากจะให้ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข และมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถนำความรู้ที่ถูกต้องไปถ่ายทอดให้กับประชาชน การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นจะเป็นแนวทางให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปใช้และปฏิบัติในการดูแลคนในครอบครัวลุมชนหรือหากพบผู้ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นหรือการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างถูกวิธี ก่อนส่งต่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะสามารถช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[9] จะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะเพิ่มจำนวนประชากรที่มีความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มากขึ้น เพราะ อสม.เรียนรู้ได้รวดเร็วประกอบกับสามารถจัดการเรียนรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ เพราะมีพื้นฐานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแล้ว เมื่อผ่านการเรียนรู้ อสม. แล้วสามารถทำให้มีความรู้ และทักษะติดตัวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทั้งกับตนเอง ครอบครัว คนรอบข้าง ในการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การขอความช่วยเหลือจากบุคคลและแหล่งต่างๆ เมื่อเกิดเหตุร้ายหรืออุบัติเหตุ วิธีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางน้ำและทางบก การปฐมพยาบาลเบื้องต้นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างถูกวิธี

เช่นเดียวกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนเข้ารับ

การพัฒนาศักยภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และผ่านการประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ร้อยละ 100 โดยแบ่งเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 88.00 และระดับดี ร้อยละ 12.00 และยังพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจในการที่จะให้การช่วยเหลือในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และเกิดความความภาคภูมิใจในตนเองที่คาดหวังว่าจะได้ช่วยผู้อื่น[9] จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขังอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้นเพื่อให้ อสม.มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน และนำไปช่วยเหลือชาวบ้านอยู่พื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขังได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ อสม.มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฐมพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมต่อปไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขังอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขังอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียว (The one group pretest- posttest design) โดยทำการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ระยะที่ 2 เป็นการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลวัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีรูปแบบการวิจัยดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยคัดเลือกมาจากจำนวนอสม.ในตำบลม่วงลาด ตำบลดงสิงห์ และตำบลแสนชาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขังจากแม่น้ำชี อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ อสม. เข้าร่วมโปรแกรม 60 คน (2) ประชาชนที่เป็นตัวแทนครอบครัว มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว อาศัยอยู่ในตำบลม่วงลาด ตำบลดงสิงห์ และตำบลแสนชาติ โดยการกำหนดคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาที่ได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) 40 คน โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากสูตรของกลาส (Glass)[10]

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลม่วงลาด ตำบลดงสิงห์ และตำบลแสนชาติเนื่องจากต้องให้ อสม. ตำบลม่วงลาดเป็นกลุ่มทดลองเพื่อไปถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Information confounding) (2) มีความสามารถในการในการถ่ายทอดข่าวสารทางสุขภาพแก่ประชาชนโดยพิจารณาจากฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคเนื่องจากมีการทำงานร่วมกันเป็นประจำ (3) สามารถเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้สมบูรณ์ ครบถ้วนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค อย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มีการนัดประชุมประจำเดือนเป็นเวลา 1 ปี และ (4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา โดยมีการเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** คือ (1) ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเองได้ (2) ไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล และ (3) มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็น และการสื่อสาร

**เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย** (Discontinuation criteria) คือ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตามโปรแกรมที่กำหนด และ (2) มีการย้ายที่อยู่หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากเข้าร่วมโครงการไประยะหนึ่ง

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดโดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากสูตรของกลาส (Glass)[10] (กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เนื่องจากป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างโพริท และฮังเลอร์ (Polit & Hungler)[11] จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน (1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน (แบบสอบถามชุดเดียวกัน) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 40 ข้อ และแบบสอบถามด้านทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 16 ข้อ (2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพคู่มือการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน VCD เรื่อง “ความสำคัญของ EMS” และแผนการสอน

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .90

**การตรวจสอบความเชื่อมั่น** (Reliability) โดยนำแบบทดสอบความรู้ และทัศนคติของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย คำนวณหาความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) สูตร KR-20[11] ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 ส่วนแบบวัดทัศนคติคำนวณหาความเที่ยงโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น 0.87

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ อสม.** โดย 1) จัด อสม.เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ประเมินศักยภาพเดิม ค้นหาส่วนขาดที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) นำส่วนที่ อสม.ยังขาดและต้องการพัฒนามาวางแผนการให้ความรู้และส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) จัดให้ อสม.เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพใช้ระยะเวลา 1 วัน ทำการฝึกปฏิบัติ (Work shop) โดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพมี อสม.เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 20 คน มีขั้นตอนการดำเนินตามโปรแกรมดังนี้ (1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยระหว่าง อสม. โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ (2) ซักถามประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเข้ารับการอบรมอาสาสมัครชุมชน (อสช.) เพื่อประเมินภาวะผู้นำในด้านการสื่อสารโดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ อสม.แสดงความเห็น และได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (3) แนะนำการใช้คู่มือการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (4) ใช้สื่อวีดีทัศน์เรื่อง “ความสำคัญของ EM5” เป็นกิจกรรมที่มุ่งกระตุ้นจูงใจ หรือโน้มน้าวให้อสม. เกิดความรู้สึกเห็นความสำคัญต่อระบบ EMS หลังจากจบการนำเสนอ ผู้วิจัยกระตุ้นให้อสม. วิเคราะห์ VCD ร่วมกันถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (4) ผู้วิจัยนำเสนอสรุป ประโยชน์ที่ได้จากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจาก VCD หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ด้านระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ อสม.เพื่อให้ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกต้อง (5) ผู้วิจัย บรรยายเรื่อง “ภาวะผู้นำ” เพื่อส่งเสริมการมีภาวะผู้นำของ อสม. และกระตุ้นให้ อสม. ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ชื่อ “สายพานมนุษย์” โดยให้ อสม.คัดเลือกตัวแทน 1 คน ออกมายืนหัวแถว แล้วให้ อสม.ที่เหลือเข้าแถวตอนลึก 2 แถว ยืนหันหน้าเข้าหากันวางมือ ประสานกัน แล้วให้เพื่อนที่อยู่หัวแถวนอนลงบนแขน แล้วให้เพื่อนที่อยู่ในแถว ช่วยกันยกส่งเพื่อนไปเรื่อย ๆ จนถึงเพื่อนที่อยู่ท้ายแถว เพื่อสร้างความไว้วางใจยอมรับซึ่งกันและกัน ตระหนักถึงความร่วมมือ และสามัคคีกันในกลุ่มก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และ (7) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม โดย แบ่ง อสม. ออกเป็น 4 กลุ่มกลุ่มละ 5 คนสาธิตย้อนกลับ วิธีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้โจทย์สถานการณ์ หลังจากนั้นให้ อสม. ร่วมกันอภิปรายผลการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ 4) ประเมินภาวะผู้นำจากการร่วมกิจกรรมและการทำกิจกรรมกลุ่ม และ 5) หลังจากประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมิน (Post-test) มีอสม.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80 จำนาน 10 คน และจากการสังเกตพฤติกรรมมี อสม. ที่มีภาวะผู้นำสามารถถ่ายทอดความรู้ได้จำนวน 5 คน ผู้วิจัยนัดหมาย อสม.ทั้งหมดเพื่อวางแผนร่วมกันในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน

**ขั้นตอนที่ 2** อสม. ถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน โดย (1) ผู้วิจัยพบประชาชนกลุ่มทดลองตามที่นัดหมายแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ และแนะนำ อสม.ให้ประชาชนรู้จัก (2) ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้ลงชื่อยินยอมในแบบฟอร์ม (Inform Consent) และแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ (3) อสม. เป็นผู้อธิบายและให้ข้อมูลแก่ประชาชนให้ประชาชนตอบแบบสอบถาม (Pre-test) (4) อสม. ดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม 4 กลุ่มละ 10 คน แบ่งเป็น 4 ฐาน มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับที่ อสม.เคยได้รับ (5) หลังจาก อสม. ถ่ายทอดความรู้และการปรับทัศนคติ ผู้วิจัยถามย้อนกลับสิ่งที่ประชาชนได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ และ (6) หลังจากประชาชนได้รับการถ่ายทอดความรู้จาก อสม. ให้ประชาชนตอบแบบสอบถาม (Post -test)

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) ด้วยความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ($\alpha$ <.05) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการวัดแบบ Interval scale และ Ratio scale ได้แก่ อายุ ข้อมูลระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเยี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวที่มีระดับการวัดแบบ Nominal scale และ Ordinal scale ได้แก่ เครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้าน สวัสดิการการรักษา ประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติของ อสม. และประชาชน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

(1) ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1342565 ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความถึงสาธารณสุขอำเภอจังหารเพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล (2) สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งนำหนังสือพิทักษ์สิทธิ์ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม เพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ผลดีและผลเสียในการเข้าร่วมวิจัย จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ กลุ่มตัวอย่างทุกรายที่รับทราบและยินดีร่วมในการวิจัยจะต้องลงนามในใบยินยอมที่ผู้วิจัยแนบมากับแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะใช้ลายเซ็นต์แทนได้ (3) การทำทดสอบถาม ผู้วิจัยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ซักถาม

ข้อสงสัย และอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายจนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเป็นอย่างดี และ (4) สิทธิความเป็นส่วนตัวและรักษาสัญญาเป็นความลับส่วนบุคคล เอกสาร และแบบสอบถามทุกฉบับผู้วิจัยทำเก็บรักษาไว้เป็นอย่างดี โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นั้นจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่เป็นที่ปรึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยจะมีการทำลายเอกสารทั้งหมดเมื่อผู้วิจัยได้มีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

## ผลการวิจัย

**1. ลักษณะทางประชากร** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (80.0%) อายุเฉลี่ย 57.60 ปี (SD.= 8.91) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (43.3%) รายได้ 1,943.33 บาทต่อเดือน (SD.=842.78) มีโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อ (100.0%) ยานพาหนะในครอบครัวเป็นรถมอเตอร์ไซด์ (70.0%) และรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยพาไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (50.0%) ส่วนประชาชนที่เป็นตัวแทนครอบครัว พบว่า ส่วนเป็นหญิง (85.0%) อายุเฉลี่ย 58.60 ปี (SD.=9.89) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (45.0%) รายได้เฉลี่ย 2,235 บาทต่อเดือน (SD.=1,411) มีโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อ (100.0%) ยานพาหนะที่ใช้ในครอบครัวเป็นรถมอเตอร์ไซด์ (62.5%) และรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยพาไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (60.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

| ลักษณะทางประชากร | | อสม. (n=60) | ประชาชน (n=40) |
|---|---|---|---|
| | | n(%) | n(%) |
| **เพศ** | ชาย | 12(20.0) | 6(15.0) |
| | หญิง | 48(80.0) | 34(85.0) |
| **อายุ (ปี)** | Mean(SD.) | 57.60(8.91) | 58.60(9.89) |
| **ระดับการศึกษา** | ประถมศึกษา | 16(26.7) | 12(30.0) |
| | มัธยมศึกษาตอนต้น | 15(25.0) | 7(17.5) |
| | อนุปริญญา | 26(43.3) | 18(45.0) |
| | ปริญญาตรี | 3(5.0) | 3(7.5) |
| **รายได้** | Mean(SD.) | 1,943.33(842.78) | 2,235(1,411) |
| **มีโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อ** | มี | (60)100.0 | 40(100.0) |
| **ยานพาหนะในครอบครัว** | รถจักรยาน | 3(5.0) | 4(10.0) |
| | รถมอเตอร์ไซด์ | 42(70.0) | 25(62.5) |
| | รถยนต์ | 15(25.0) | 11(27.5) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ลักษณะทางประชากร | | อสม. (n=60) | ประชาชน (n=40) |
|---|---|---|---|
| | | n(%) | n(%) |
| **รอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยพาไปรักษาที่** | | | |
| | โรงพยาบาลจังหาร | 1(1.7) | 1(2.5) |
| | โรงพยาบาลร้อยเอ็ด | 29(48.3) | 15(37.5) |
| | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 30(50.0) | 24(60.0) |

2. หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 15.03 คะแนน (95% CI: 10.72, 19.34) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.12 คะแนน (95% CI: 1.02, 1.23)

3. หลังการทดลอง พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนโดยรวมเพิ่มขึ้น 21.15 คะแนน (95% CI: 15.64, 26.65) และประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.11 คะแนน (95% CI: 0.99, 1.24)

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean difference | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความรู้ระบบบริการ EMS** | | | | | |
| หลังการทดลอง | 60 | 36.90(8.79) | 15.04(2.15) | 10.72, 19.34 | <.001 |
| ก่อนการทดลอง | 60 | 21.86(13.11) | | | |
| **เจตคติต่อระบบบริการ EMS** | | | | | |
| หลังการทดลอง | 60 | 1.46(0.23) | 1.13(0.15) | 1.02, 1.23 | <.001 |
| ก่อนการทดลอง | 60 | 2.59(0.31) | | | |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

| ตัวแปร | n | Mean(SD.) | Mean difference | 95%CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความรู้ระบบบริการ EMS** | | | | | |
| หลังการทดลอง | 40 | 36.82(9.41) | 21.15(2.72) | 15.64, 26.65 | <.001 |
| ก่อนการทดลอง | 40 | 15.67(13.99) | | | |
| **เจตคติต่อระบบบริการ EMS** | | | | | |
| หลังการทดลอง | 40 | 2.59(0.29) | 11.11(0.06) | 0.99, 1.24 | <.001 |
| ก่อนการทดลอง | 40 | 1.48(0.24) | | | |

## วิจารณ์

**ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย** ดังนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 15.03 คะแนน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.12 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างขาง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย และการพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรในพื้นที่ดอยอ่างขางกระบวนการในการพัฒนาระบบ แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรในพื้นที่ดอยอ่างขาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการขอความช่วยเหลือสำหรับแกนนำชุมชน และ 2) สื่อวิดีทัศน์เกี่ยวกับการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จำนวน 3 ชิ้น โดยใช้ภาษา 3 ภาษา ได้แก่ ภาษาดาราอั้ง ภาษาลาหู่และภาษาจีนยูนนาน ผลลัพธ์จากการนำระบบไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพและการขอความช่วยเหลือ ก่อนและหลังการนำระบบไปใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.433$, $p < .01$) และผลความเป็นไปได้ในการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100.0 มีความคิดเห็นว่าระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่ดอยอ่างขาง และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติในระดับมาก[12] ; ภายหลังการพัฒนากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและทักษะการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา[13] หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถะตนเองในการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และในระหว่างการนำส่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[14] และสอดคล้องกับงานวิจัยของบรรจง กาวิละมูล[15] ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาฉุกเฉินชุมชน ความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชนในตัวแทนหลังคาเรือน สัดส่วนเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งถึงที่เกิดเหตุ (Response time) ในสถานการณ์จำลอง หลังและก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .001, .001, .001, .001, .005$ ตามลำดับ)

2. หลังการทดลอง พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนโดยรวมเพิ่มขึ้น 21.15 คะแนน และประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.11 คะแนน สอดคล้องกับจารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์[16]ได้ศึกษาการพัฒนา คุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น พัฒนาและเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และแบบประเมินคุณภาพการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินในการปฏิบัติการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าเจตคติ และการปฏิบัติงาน ด้านการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น หลังการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมีเจตคติโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมากกว่าก่อนการพัฒนา เช่นเดียวกับการศึกษาในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร พบว่า 1) ภายหลังการทดลอง และระยะติดตาม 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการปฏิบัติงาน และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 7.406$, $p=.001$ และ $F= 79.530$, $p < .001$ ตามลำดับ) และภายหลังการทดลอง และระยะติดตาม 2 เดือน กลุ่มทดลองทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และทักษะการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 40.390$, $p <.001$, $F = 4.068$, $p = .023$ และ $F = 36.295$, $p < .001$ ตามลำดับ)[17]

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้** การศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการจัดรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของ แบนดูรา (Bandura) และใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ส่งผลให้กลุ่มตัวอบย่างเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้นจากการที่ได้ทดลองฝึกในสถานการณ์จำลอง โดยเน้นการทำซ้ำๆ จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมั่นใจในความสามารถส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลได้

**ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป**

1. ด้านปฏิบัติ ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ระดับอื่น ๆ เพื่อให้มีความสามารถในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารควรกำหนดให้จัดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการติดตามและประเมินผลโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

3. ด้านการวิจัย ควรเพิ่มการศึกษาสมรรถนะของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในด้านอื่นๆ ให้ครบทุกด้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป และควรมีการศึกษาติดตามและประเมินความคงอยู่ของความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาลของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์เพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551); 2551.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน. กลุ่มงานวิจัย สำนักวิจัย และพัฒนาวิชาการ; 2564 .
3. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรดิลก. รายงานฉบับสมบูรณ์การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในโรงเรียน. สำนักวิจัย

และพัฒนาวิชาการ; 2565.

4. American Heart Association. About Cardiac Arrest 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 May21]. Available from: https://bit.ly/2PqcExk.
5. Soholm H, Hassager C, Lippert F, Winther-Jensen M, Thomsen J H, Friberg H, et al. Factors associated with successful resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest And temporal trends in survival and comorbidity. Annals of emergency medicine. 2015;65(5):523-31.e2.
6. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์สภากาชาดไทย. หนังสือการปฐมพยาบาลฉุกเฉิน และการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ จำกัด; 2563.
7. Daya M R, Schmicker R H, Zive D M, Rea T D, Nichol G, Buick J E, et al. Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). Resuscitation. 2015;91(1):108-15.
8. Waelveerakup W. Effects of basic life support training program on knowledge, perceived self-efficacy, and basic life support performance of village health volunteers. Interdisciplinary Research Review. 2019;14(5):25-30.
9. โรชินี อุปรา, ชยธิตา นนท์เมธาวัฒน์, ทิพย์ ลือชัย, วราภรณ์ บุญยงค์, ปวีณา ยศสุรินทร์, ชลกนก ธนาภควัตกุล. ผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2564;13(2):73-86.
10. Glass G V. Primary, secondary and meta-analysis of research. Educational Researcher. 1976;10(5):3-8.
11. Polit D F, Hungler B P. Nursing research: Principles and method (6th ed.). United States of America: Lippincott; 1995.
12. ธนกฤต จินดาภัทร์. โครงการการพัฒนาระบบการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครบวงจรในระดับตำบลชุมชนชาติพันธุ์พื้นที่สูง อำเภอฝางจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด; 2564.
13. กฤษฎ์ โพธิ์ศรี. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครกู้ชีพในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของหน่วยกู้ชีพขั้นฟื้นฐานอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
14. ฮิชาม อาแว, เนตรนภา คู่พันธวี, จินตนา ดำเกลี้ยง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะต่อความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุและในระหว่างการนำส่งของพนักงานฉุกเฉินตนเองการแพทย์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(3):5-25.
15. บรรจง กาวิละมูล. ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าหุ่งอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2561.
16. จารุณี สุธีร์, สุรซา อมรพันธุ์, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2555;15(3);46-56.
17. อาทิตนันท์ สมิงนิล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติและทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

# การพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี

# Development of Operational on Hospital Food Safety Udon Thani Province

**นงนภัส ขันธ์ดวง***

**Nongnapat Khunduang**

Corresponding author: E-mail: np101lion@gmail.com

(Received: March 8, 2024; Revised: March 11, 2024; Accepted: March 23, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จำนวน 33 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการวิจัย :** ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 6 ขั้น ได้แก่ (1) การกำหนดและประกาศนโนบาย “โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย” โดยผู้บริหาร และประชาสัมพันธ์ทั้งใน และนอกเครือข่ายสุขภาพ (2) แต่งตั้งคณะทำงาน“โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย” (3) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) และนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (4) คัดเลือก จัดทำมาตรฐาน และดำเนินการตรวจสอบ 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่ายสุขภาพ และ (6) กำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นควรนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติเพื่อการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์

**คำสำคัญ :** การดำเนินงาน; โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

## Abstract

**Purposes :** To lesson learned on operational on hospital food safety Udon Thani Province.

**Study design :** Action research

**Materials and Methods :** 33 of key informants were involved in implementation of operational on hospital food safety policy. We were collected it using a questionnaire and questions for interviews and analyzed the data using frequency, percentage, mean and standard deviation and content analysis.

**Main findings :** Results of lessons learned a guidelines for operating a food safety hospital in Udon Thani province were consisted of 6 steps: (1) setting and announcing policies "Food Safe Hospital" by administrators and public relations both within and outside the health network (2) Appoin t a "Food Safe Hospital" working group (3) Create an action plan and put the plan into practice ( 4) Select, prepare standards, and conduct inspections. 5) Develop personnel potential. And health networks and (6) continuously supervise, inspect and evaluate.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research resulted in operational guidelines that were appropriated to context of area. Therefore, such guidelines should be put into practice in order to achieve objectives.

**Keywords** : Operational; Hospital Food Safety

* Registered Nurse, Professional Level, Udon Thani Provincial Health Office

## บทนำ

อาหารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ มนุษย์จำเป็นต้องบริโภคอาหารเพื่อความเจริญเติบโตความอยู่รอด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้น อาหารที่มนุษย์บริโภคควรเป็นอาหารที่ปลอดภัยไม่มีสิ่งปนเปื้อนที่จะทำให้เกิดอันตราย ซึ่งความปลอดภัยของอาหารนั้น ต้องเริ่มตั้งแต่กระบวนการเพาะปลูก การเก็บเกี่ยวผลผลิต การคัดเลือกวัตถุดิบ การขนส่งวัตถุดิบ การประกอบอาหารการขนส่งอาหาร จึงต้องมีการควบคุมตรวจสอบความปลอดภัยในทุกกระบวนการ เพื่อให้ได้อาหารที่สะอาดปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค[1] ทั้งนี้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยฉบับที่สอง พ.ศ. 2560-2579 ได้เชื่อมโยงทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับอาหารจากภาคการเกษตร การแปรรูป การบริการ สู่โภชนาการ สุขภาพผู้บริโภค ตลอดจนถึงวัฒนธรรม การท่องเที่ยวการบริการและการค้า โดยน้อมนำหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นหลักคิดพื้นฐานในการวางกลยุทธ์เพื่อให้เกิดการพัฒนาในทุกมิติอย่างสมดุลเน้นการนำความรู้และปัญญามาสู่การปฏิบัติที่มีคุณธรรมและจริยธรรมรวมทั้งคำนึงถึงการปฏิรูปและพัฒนาด้านต่างๆ ทั้งระดับโลกและประเทศ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และนโยบายการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0[2] และมีการวิเคราะห์ประเด็นท้าทายสำคัญครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ให้สอดรับกับทิศทางการพัฒนาในอนาคต โดยมีความมุ่งหมายให้เป็นแผนชี้นำการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในห่วงโซ่อาหารให้เกิดการรวมพลัง และประสานบูรณาการการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน[3]

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลโดยทั่วไปจะมีการบริการอาหารให้แก่ผู้ป่วยการดูแลให้โภชนบำบัดที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยไม่ว่าโรคใดก็ตามเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาและรักษาความเจ็บป่วยนั้นได้รวมทั้งป้องกันกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการในขณะที่รับการรักษาและย่นระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลให้สั้นเข้า อาหารที่แผนกอาหาร หรือหน่วยอาหารของแต่ละโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบดำเนินการเตรียม ผลิต และบริการ คืออาหารที่ให้ทางระบบทางเดินอาหาร (Enteral diet) ซึ่งแบ่งได้เป็นอาหารที่ให้ทางปาก (Oral feeding) เป็นอาหารที่จัดเตรียมให้แก่ผู้ป่วยที่สามารถเคี้ยว กลืน และรับประทานทางปากได้ และอาหารที่ให้ทางสายให้อาหารหรืออาหารสายยาง (Tube feeding) อาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร หมายความถึงอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวที่สามารถผ่านทางสายให้อาหาร ส่วนมากเป็นสายยาง เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยโดยไม่ติดขัดและมีคุณค่าทางอาหารสูง เพียงพอแก่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน[4-5] อย่างไรก็ตามปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยเมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤติขณะผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล คือปัญหาเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการซึ่งเป็นสภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้รับสารอาหารไม่ครบ ทำให้ขาดสารอาหารร่วมกับการขาดพลังงาน ทำให้เกิดโรค เช่น โรคขาดโปรตีน โรคขาดวิตามินต่างๆ และภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ เป็นต้น[6] สาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ 1) การรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืนจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของโรค และ 2) ภาวะที่ร่างกายต้องการสารอาหารและพลังงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วย เกิดภาวะเครียด ความเครียดทางกายภาพ และอยู่ในภาวะวิกฤตต่างๆ การเจ็บป่วย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น (Hypermetabolism) และสลายโปรตีนมากขึ้น สูญเสียไนโตรเจน (Nitrogen loss) เพิ่มขึ้นกว่าปกติ เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการใช้พลังงาน และสารอาหารที่ได้รับ[7] ผลของภาวะทุพโภชนาการต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เกิดความผิดปกติของเซลล์สมองในส่วนของโครงสร้าง หน้าที่ และความสามารถในกระบวนการปรับตัวของเซลล์ประสาท เพิ่มระดับการตอบสนองต่อความเครียด และไวต่อการกระตุ้น[8] เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบปัสสาวะ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย จึงกำหนดนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็น “โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย” ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงการสำคัญของกระทรวงเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579 ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) และถือเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีประชาชนใช้บริการเป็นจำนวนมาก มีความต้องการใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยและมีร้านอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการทั่วไป จากสถิติของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) รวม 896 แห่ง มีผู้ป่วยนอก 45.5 ล้านคน/ 184.1 ล้านครั้งและผู้ป่วยใน 9.9 ล้านคน/38.5 ล้านวันนอนโรงพยาบาล ญาติและบุคคลทั่วไปประมาณ 2 เท่าจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อปี และบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า 5 แสนคน ซึ่งผู้ป่วยในเหล่านี้ต้องได้รับอาหารจากโรงพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการต้องซื้ออาหารจากร้านอาหารภายในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงจำเป็นจะต้องผลิตอาหารที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้มารับบริการ เพื่อไม่ให้ได้รับสารพิษหรือเชื้อโรคที่ปนเปื้อนซึ่งจะก่อให้เกิดโทษต่อผู้ป่วยหรืออาจจะกระทบต่ออาการการป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย[9]

“การถอดบทเรียน”เป็นกระบวนการหนึ่งที่อยู่ภายใต้ “การจัดการความรู้” (Knowledge management)[10] ดังนั้น ความรู้ที่ถูกจัดการอย่างเป็นระบบสามารถนำไปใช้ได้ ก็หมายถึงเราก็ได้บทเรียนพร้อมใช้ไปด้วย ความรู้ และบทเรียนคือสิ่งเดียวกัน นักวิจัยทราบกันดีว่าความรู้มีสองชนิด ความรู้ภายนอก (Explicit knowledge)ที่เป็นความรู้หาได้จากตำรา ทฤษฎี งานเขียนที่เป็นลายลักษณ์อักษร สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ พร้อมใช้ได้ในทันที การจัดการความรู้ประเภทนี้ไม่ท้าทายความสามารถเท่าไหร่ แต่ความรู้ประเภทหลังนี้ท้าทายมากสำหรับนักถอดบทเรียน นักจัดการความรู้ ความรู้ที่กล่าวถึงว่าท้าทาย คือ “ความรู้ฝังลึก” (Tacit knowledge) ยากมาก[11] สำหรับการดึงความรู้เหล่านี้ออกมา เพราะนักถอดบทเรียนไม่ได้มีทักษะแกร่งศาสตร์แต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีศิลปะด้วย อย่างไรก็ตาม “การแลกเปลี่ยนเรียนรู้” (Knowledge sharing) จึงเป็นหัวใจของการจัดการความรู้ และเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมที่มีการปะทะสังสรรค์กันตลอดเวลา หน้าที่ของผู้นำกระบวนการถอดบทเรียนเพียงแต่บริหารจัดการบรรยากาศและสร้างกติกาเพิ่มอีกนิดหน่อย เพียงเท่านี้ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะเป็นขุมทรัพย์ของ “บทเรียน” ที่พร่างพรูเป็นธรรมชาติที่สุด[12]

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ผู้ป่วยได้บริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัยภายในโรงพยาบาล จึงได้มีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และเป็นการเฝ้าระวังและประกันคุณภาพของอาหาร รวมทั้งเป็นการพัฒนาและสร้างความรู้แก่บุคลากรที่รับผิดชอบและที่เกี่ยวข้องให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกซื้ออาหาร และวัตถุดิบที่ปลอดภัยอย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้รับบริการภายในโรงพยาบาลได้บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ปราศจากสารพิษ และสารปนเปื้อนต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติตามกรอบแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของ William Edwards Deming[13] โดยศึกษาตามนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยกระทรวงสาธารณสุข[9] โดยดำเนินการถอดบทเรียนในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2567

**พื้นที่ศึกษา** การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 16 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหนองแสง, โรงพยาบาลหนองวัวซอ, โรงพยาบาลนายูง,

โรงพยาบาลอุดรธานี, โรงพยาบาลศรีธาตุ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม, โรงพยาบาลน้ำโสม, โรงพยาบาลกุมภวาปี, โรงพยาบาลวังสามหมอ, โรงพยาบาลโนนสะอาด, โรงพยาบาลทุ่งฝน, โรงพยาบาลไชยวาน, โรงพยาบาลสร้างคอม, โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จำนวน 1,860 เตียง และบุคลากรที่ดำเนินงานตามนโยบาย จำนวน 363 คน

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือเกี่ยวข้องในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยซึ่งถูกเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จำนวน 16 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดำเนินงาน และแบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

**ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ** ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (2) ศึกษาวิธีสร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (3) กำหนดโครงสร้างเครื่องมือวิจัย ทั้ง 3 ฉบับ ให้ครอบคลุมการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในจังหวัดอุดรธานี (4) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างให้ที่ปรึกษาตรวจสอบและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ (5) นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้ว เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (6) แก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือวิจัยตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ และ (7) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วจัดทำแบบสัมภาษณ์เพื่อนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย

**ขั้นตอนการถอดบทเรียน** ขั้นวางแผน (Plan) โดย (1) ขั้นเตรียมการ ทีมถอดบทเรียน (คุณอำนวย คุณเอื้อ คุณลิขิต) สถานที่ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการประชุม เลขานุการการประชุมเพื่อถอดบทเรียน ผู้เข้าร่วมประชุม ผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 16 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล (2) ระบุบทเรียนที่จะถอดเรียน โดยกำหนดให้มีการนำเสนอผลการดำเนินงานประมาณหนึ่งชั่วโมงให้ภาคีต่าง ๆ กล่าวถึงผลที่ได้รับ ความคุ้มทุน ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่เกิดขึ้นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดหรือที่จะดำเนินการต่อไป (3) ประสานเจ้าของบทเรียน และ (4) รวบรวมและศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับบทเรียนที่จะถอด ขั้นดำเนินการ (Do) โดยใช้เทคนิคการถอดบทเรียน (Lessons learned technique) ขั้นที่ 1 ฟัง-ถาม-ทบทวน-เทคนิคการค้นหาคำตอบที่อยากรู้โดย (1) ใช้วิธีการแบบมองย้อนอดีต (2) เน้นการพรรณนาบรรยาย เหตุการณ์ดำเนินการที่ผ่านมา ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการทุกคนมีส่วนต่อเติมเล่าเสริม (3) บันทึกครึ่งหน้ากระดาษ (แบ่งกระดาบพับครึ่งซ้าย - ขวา บันทึกข้อมูลครึ่งซ้าย) ขั้นที่ 2 ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล (ถอดรหัสความรู้) (1) แกนทำงาน (ฝ่ายถอดบทเรียน) วิเคราะห์เนื้อหาสกัดความคิดรวบยอด (Concepts) และคำอธิบาย (2) แยกแยะองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หาความจริงและคุณสมบัติของความจริง ขั้นที่ 3 ขั้นสังเคราะห์ความรู้ โดย (1) เชื่อมโยงความคิดรวบยอด บันทึกเป็นเรื่องราว “แห่งความรู้” (2) ค้นหาสิ่งดี ๆ (Best practice) ในกระบวนการที่ผ่านมา (3) ค้นหาข้อเสนอแนะที่ทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม เมื่อมีโอกาสได้ทำอีกครั้ง และ (4) เสนอผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อที่ประชุมพร้อมรับความเห็นเพิ่มเติม ขั้นตรวจสอบ (Check) จัดเวทีคืนข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูลสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย และนำข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารระดับโรงพยาบาล และการปรับปรุง (Action) ผู้วิจัยได้ประชุมคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย สรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค ที่รวบรวมได้จากการปฏิบัติงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุง/พัฒนาแล้วนำไปดำเนินการใหม่เป็นวงรอบการพัฒนาแล้วจึงสรุป/รายงานผลการดำเนินงานต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** (1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเสนอการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยหลักการวิเคราะห์เนื้อหา จำแนกคำ/หลักสำคัญ และตีความ (Construct and interpretation) โดยนำผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้[14] โดย (1) จำแนกคำ /หลักการสำคัญ จากข้อมูลสนามและจากแนวคิดการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (2) วิเคราะห์และตีความ (Analytic/interpretive knowledge) ทั้งแนวคิดหลักการ และ การปฏิบัติ (Technical knowledge) และ (3) พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ที่ใช้นั้นว่าให้ความรู้อะไรบ้างและสังเคราะห์องค์ความรู้โดยอาจรวมกันเป็นหนึ่งเพื่อพัฒนาให้เกิดสิ่งใหม่เป็นความรู้ใหม่ นำไปสู่การได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC6467 ลงวันที่ 21 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เมื่อได้รับการอนุมัติ ได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดสอบความเชื่อมั่น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยประโยชน์สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคนที่เข้าร่วม การวิจัยต้องเซ็นใบยินยอม (Consent Form) และผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีสิทธิ์เพิกถอน บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และข้อมูลการสังเกตจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อสกุลกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกนำไปเผยแพร่

## ผลการวิจัย

**ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้**

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 33 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (66.67%) อายุเฉลี่ย 35 ปี ($\sigma$=8.67) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (84.85%) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักโภชนาการ (54.54%) และประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 4 ปี ($\sigma$=1.84) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มเป้าหมาย (N=33)

| ลักษณะทางประชากร | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **เพศ** | ชาย | 11(33.33) |
| | หญิง | 22(66.67) |
| **อายุ (ปี)** | $\mu(\sigma)$ | 35.00(8.67) |
| | Min(Max.) | 24(57.00) |
| **ระดับการศึกษา** | อนุปริญญา | 4(12.12) |
| | ปริญญาตรี | 28(84.85) |
| | ปริญญาโท | 1(3.03) |

**ตารางที่ 1 (ต่อ)**

| | ลักษณะทางประชากร | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **ตำแหน่ง** | นักโภชนาการ | 18(54.54) |
| | นักวิชาการสาธารณสุข | 8(24.24) |
| | จพ.การเงินและบัญชีชำนาญงาน | 3(9.09) |
| | พนักงานพัสดุ | 2(6.06) |
| | จพ.ธุรการอาวุโส | 1(3.03) |
| | นักจัดการงานทั่วไป | 1(3.03) |
| **ประสบการณ์ทำงาน** | $\mu(\sigma)$ | 3.93(1.84) |
| | Min(Max) | 1(6.00) |

2. ผลการประเมินการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในจังหวัดอุดรธานีจำแนกเป็นราย ด้านอาหารผู้ป่วยมี 2 องค์ประกอบย่อย คือ การบริหารจัดการการดำเนินงาน คิดเป็น 94.56% และการดำเนินงาน คิดเป็น 75.00% ด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงครัวของโรงพยาบาล มี 6 องค์ประกอบย่อย คือ บริเวณ ที่เตรียม-ปรุงอาหาร คิดเป็น 97.5% ตัวอาหาร น้ำดื่ม และเครื่องดื่ม คิดเป็น 100.0% ภาชนะอุปกรณ์ คิดเป็น 91.06% การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก คิดเป็น 91.06% ห้องน้ำห้องส้วม คิดเป็น 78.13% ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ คิดเป็น 100.0% และการเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ คิดเป็น 100.0% ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าองค์ประกอบ ด้านการดำเนินงานการส่งเสริมให้มีแหล่งผลิตอาหารปลอดภัยในพื้นที่ อย่างยั่งยืน และน้ำมันทอดซ้ำ ระยะเวลาการตรวจ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง มีการดำเนินงานน้อยที่สุด

นอกจากนั้นยังพบว่าด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงครัวของโรงพยาบาล ประเด็นการใช้เครื่องล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการทำความสะอาด และฆ่าเชื้อโรคหรือมีตู้อบภาชนะ ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม-ปรุง ที่ล้างและเก็บ ภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วมและมีห้องส้วม และอ่างล้างมือสำหรับผู้ปรุง – ผู้เสิร์ฟโดยเฉพาะมีการดำเนินงานน้อยกว่าด้านอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดอุดรธานี (N=16)

| แนวทางการประเมิน | จำนวน(%) |
|---|---|
| **ด้านอาหารผู้ป่วย** | |
| **องค์ประกอบที่ 1 : การบริหารจัดการ** | |
| 1. มีนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนากร เพื่อ กำหนดแผนงานการพัฒนา | 15(93.75) |
| 2. มีนโยบาย/มาตรการสู่การปฏิบัติ และมีแผนปฏิบัติงาน | 15(93.75) |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| แนวทางการประเมิน | จำนวน(%) |
|---|---|
| 3. มีการรณรงค์ ส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ หรือ อาหารเฉพาะโรค ให้ผู้ป่วย และประชาชนผู้มารับบริการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 15(93.75) |
| 4. นำนโยบาย/มาตรการสู่การปฏิบัติ และมีแผนปฏิบัติงานรองรับ | 15(93.75) |
| 5. มีมาตรฐานอาหารทั่วไป (General diet) | 16(100.00) |
| 6. มีมาตรฐานอาหารเฉพาะโรค (Therapeutic diet) | 15(93.75) |
| 7. มีมาตรฐานอาหารทางสายให้อาหาร (Tube feeding) | 15(93.75) |
| 8. จัดหาวัตถุดิบ อาหารปลอดภัย ตามนโยบายอาหาร ปลอดภัยของกระทรวง สธ. | 15(93.75) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 15.13(94.56) |
| **องค์ประกอบที่ 2 : การดำเนินงาน** | |
| 1. มีคณะทำงานโครงการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล | 15(93.75) |
| 2. จัดซื้อวัตถุดิบจากแหล่งผลิต จำหน่ายที่ผ่านการรับรอง อาหารปลอดภัยเชื่อถือได้ | 15(93.75) |
| 3. ส่งเสริมให้มีแหล่งผลิตอาหารปลอดภัยในพื้นที่ อย่างยั่งยืน | 12(75.00) |
| 4. สุ่มตรวจสารปนเปื้อน 6 ชนิดในวัตถุดิบที่นำมา ปรุงอาหารได้แก่ สารฟอกขาว ฟอร์มาลีน สารกันรา บอแรกซ์ | 14(87.50) |
| 5. น้ำมันทอดซ้ำระยะเวลาการตรวจ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง | 3(18.75) |
| 6. มีการตรวจสอบสารกำจัดศัตรูพืชที่สำคัญ 4 ชนิด ได้แก่ Organophosphate Cabarmate Organochlorine pyrithroid | 15(93.75) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 12.3(75.00) |
| **ด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงครัวของโรงพยาบาล** | |
| **บริเวณ ที่เตรียม-ปรุงอาหาร** | |
| 1. สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักขยะ หรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย | 16(100.0) |
| 2. พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวร แข็ง เรียบ มีสภาพดี และสะอาด | 16(100.0) |
| 3. โต๊ะเตรียมปรุงอาหาร และผนังบริเวณเตาไฟ ต้องทำด้วยวัสดุทำความสะอาดง่าย (เช่น แสตนเลส กระเบื้อง) มีสภาพดี และพื้นโต๊ะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. | 16(100.0) |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| แนวทางการประเมิน | จำนวน(%) |
|---|---|
| 4. มีการป้องกันแมลงวัน เช่น กรุด้วยมุ้งลวด หรือเป็นห้องปรับอากาศ | 15(93.15) |
| 5. มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่น และควันจากการทำอาหารได้ดี เช่น มีปล่องระบายควันหรือพัดลมดูดอากาศที่ใช้การได้ดี | 15(93.75) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 15.60(97.5) |
| **ตัวอาหาร น้ำดื่ม และเครื่องดื่ม** | |
| 6. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเลขทะเบียนตำรับอาหาร | 16(100.0) |
| 7. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง | 16(100.0) |
| 8. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีคุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม. | 16(100.0) |
| 9. มีห้องเก็บอาหารแห้งโดยเฉพาะ ที่โปร่งสะอาด จัดเป็นระเบียบและชั้นเก็บของชั้น ล่างสุด ต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม. | 16(100.0) |
| 10. มีห้องเย็นหรือตู้เย็นเก็บอาหาร ขนาดที่เพียงพอ จัดเป็นระเบียบ และสะอาด ถ้าเป็นห้องเย็นต้องมีชั้นวางของ ซึ่งชั้นล่างสุดต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม. | 16(100.0) |
| 11. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. | 16(100.0) |
| 12. การลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด | 16(100.0) |
| 13. น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ต้องสะอาด ใส่ภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด และมีก๊อกหรือทางเทรินน้ำ หรือมีอุปกรณ์กรณีสำหรับตักโดยเฉพาะ และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. | 16(100.0) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 16(100.0) |
| **ภาชนะอุปกรณ์** | |
| 14. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่เป็นอันตราย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาว หรือสีอ่อน | 16(100.0) |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| แนวทางการประเมิน | จำนวน(%) |
|---|---|
| 15. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน | 16(100.0) |
| 16. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี | 15(93.75) |
| 17. ใช้เครื่องล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคหรือมีตู้อบภาชนะ | 7(43.75) |
| 18. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด | 16(100.0) |
| 19. จาน ชามถ้วย แก้วน้ำและภาชนะใส่อาหารให้กับผู้ป่วย เก็บคว่ำในภาชนะโปร่งสะอาดในที่มิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด | 16(100.0) |
| 20. เขียงต้องมีสภาพไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเขียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบแยกจากกันมีฝาชีครอบ (ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวันแล้ว) | 16(100.0) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 14.57(91.06) |
| **การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก** | |
| 21. ใช้ถังขยะสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด | 16(100.0) |
| 22. มีท่อหรือรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าว ระบายน้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ลงสู่ท่อระบายหรือแหล่งบำบัดได้ดี และต้องไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง | 16(100.0) |
| 23. มีบ่อดักเศษอาหาร และดักไขมันที่ใช้การได้ดี ก่อนปล่อยลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย | 15(93.75) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 15.67(97.94) |
| **ห้องน้ำ ห้องส้วม** | |
| 24. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม-ปรุง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม | 13(81.25) |
| 25. มีห้องส้วม และอ่างล้างมือสำหรับผู้ปรุง - ผู้เสิร์ฟโดยเฉพาะ | 12(75.00) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 12.5(78.13) |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| แนวทางการประเมิน | จำนวน(%) |
|---|---|
| **ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ** | |
| 26. แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ | 16(100.0) |
| 27. ผู้ปรุงอาหารต้องผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว และสวมหมวกสีขาว | 16(100.0) |
| 28. ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรค และโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบ | 16(100.0) |
| 29. มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน | 16(100.0) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 16(100.0) |
| **การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ** | |
| 30. อาหารและภาชนะต้องสะอาด โดยมีการตรวจตัวอย่างอาหารปรุงสำเร็จ (อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) และภาชนะ (อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) ทางด้านแบคทีเรียและต้องได้มาตรฐานคือ ตัวอย่างอาหารไม่เกิน 10” โคโลนี / กรัมของอาหาร ตัวอย่างภาชนะไม่เกิน 10” โคโลนี /ภาชนะ 1 ชิ้น / 4 ตารางนิ้ว (โดยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการตัดสินไม่เกิน 2 เดือน) | 16(100.0) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 16(100.0) |

3. ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานตามนโยบาย “โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย” จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การกำหนดและประกาศนโนบาย “โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย” โดยผู้บริหาร และประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกเครือข่ายสุขภาพ (2) แต่งตั้งคณะทำงาน“โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย” (3) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) และนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (4) คัดเลือก จัดทำมาตรฐานและดำเนินการตรวจสอบ 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่ายสุขภาพ และ (6) กำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของโรงพยาบาลแพร่ที่ดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามแนวทาง 3 กลยุทธ์ 10 มาตรการ ได้ครบถ้วน ผลการประเมินมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล และมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานด้านอาหารผู้ป่วย (การบริหารจัดการและการดำเนินงาน) มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารของสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมาตรฐาน ด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารใน

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก[15] และสอดคล้องกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จังหวัดสงขลา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดเลือกวัตถุดิบและอาหารแปรรูป มี 6 องค์ประกอบย่อย คือ กลไกความร่วมมือวิสาหกิจชุมชน สร้างความเข้มแข็งวิสาหกิจชุมชน รับรองมาตรฐานผลผลิต สถานที่ผลิตพัฒนาเครือข่ายเกษตรกรและจับคู่ธุรกิจระหว่างผู้ซื้อผู้ขาย 2) การตรวจสอบสารปนเปื้อน สารตกค้างในวัตถุดิบ มี 2 องค์ประกอบย่อย คือ จัดระบบการแบ่งพื้นที่ และพัฒนาทักษะการตรวจสารปนเปื้อนของเจ้าหน้าที่ 3) การจัดทำเมนูล่วงหน้า มี 4 องค์ประกอบย่อย คือ ปรับเมนูอาหารตามฤดูกาล จัดตั้งกลุ่มไลน์ นำวัตถุดิบคงเหลือทำอาหารสำหรับการประชุม และแปลงเมนูล่วงหน้าเป็นรายการวัตถุดิบ 1) การจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ จัดซื้อจัดจ้างผ่านวิสาหกิจชุมชน ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นคนกลาง และมีระบบกองทุนสำรองของวิสาหกิจชุมชน และ 5) การจัดตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มี 4 องค์ประกอบย่อย คือ จัดตลาดสีเขียว 1 วัน/สัปดาห์ เปิดพื้นที่จำหน่ายสินค้าให้เกษตรกร ตั้งชื่อตลาดเป็นเอกลักษณ์ และส่งเสริมกิจกรรมสอดแทรกความรู้[16]

เมื่อนำแนวทางการดำเนินงานไปสู่การปฏิบัติแล้ว พบว่า ส่งผลให้มาตรฐานด้านอาหารผู้ป่วย มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารของสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินอยู่ในระดับดีมาก พบผลเช่นเดียวกับการจัดบริการงานด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ปฏิบัติงานโภชนาการมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการงานด้านโภชนาการภาย ในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.959, SD.= 0.54) แต่หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.02, SD.=0.48) และเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพบริการ จากผลการวิจัยควรนำใช้แนวทางการพัฒนาในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทดสอบผลลัพธ์ และปรับปรุงคุณภาพแนวทางต่อไป[17]; พบว่า การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดสดในครั้งนี้ได้โครงการจากการประชุม AIC จำนวน 3 โครงการ ได้แก่ โครงการ Big cleaning day โครงการเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยในตลาดสดตำบลเปลือยน้อย และโครงการพัฒนาผู้จำหน่ายอาหารในตลาดสดตำบลเปลือยน้อย และหลังการพัฒนาการดำเนินงานจากการสุ่มตรวจสารปนเปื้อนในอาหาร จำนวน 64 ตัวอย่าง ไม่มีตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และระดับการปฏิบัติด้านอาหารปลอดภัยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา[18]

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีประเด็นที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน เช่น องค์ประกอบด้านการดำเนินงานการส่งเสริมให้มีแหล่งผลิตอาหารปลอดภัยในพื้นที่อย่างยั่งยืน และน้ำมันทอดซ้ำระยะเวลาการตรวจ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง มีการดำเนินงานน้อยที่สุด ประเด็นการใช้เครื่องล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคหรือมีตู้อบภาชนะ ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม-ปรุง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วมและมีห้องส้วม และอ่างล้างมือสำหรับผู้ปรุง – ผู้เสิร์ฟโดยเฉพาะมีการดำเนินงานน้อยกว่าด้านอื่นๆ

2) จากผลการพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมได้กระบวนการที่ชัดเจนโดยได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเหมาะที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ในบริบทเดียวกัน รวมถึงประยุกต์ใช้กับงานสาธารณสุขด้านอื่น ที่ต้องการความร่วมมือของชุมชนในการดำเนินงาน เช่น งานควบคุมโรคติดต่อ งานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน งานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

3) การพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยนั้น จะต้องสร้างการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และ

สร้างความตระหนักในการเป็นเจ้าของ ทำเพื่อตนเอง พึ่งตนเอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาตลาดสดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

4) ควรส่งเสริมให้แต่ละโรงพยาบาลมีเมนูเฉพาะโรคและเมนูชูสุขภาพ นำเมนูเข้าโปรแกรมรับรองเมนูชูสุขภาพออนไลน์ของกองโภชนาการ กรมอนามัย ถ้าผ่านก็จะได้ใบรับรองออนไลน์พิมพ์ออกมาไว้เป็นหลักฐานต่อไป

**ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป**

1) ควรมีการวิจัยการพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยพัฒนากิจกรรมอื่นที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีบุญต่างๆ หรือกิจกรรมตลาดสีเขียวในโรงพยาบาล และชุมชน

2) ควรมีการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลที่มีการเปิดดำเนินการตลาดนัดสีเขียวอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีผู้เข้ามาจำหน่ายไม่มาก และบางวันจะขายไม่ดี แต่เกษตรกรก็ยังพอมีรายได้ เช่น รพร.บ้านดุง รพ.กู่แก้ว รพ.พิบูลย์รักษ์ รพ.ประจักษ์ศิลปาคม รพ.ทุ่งฝน รพ.ไชยวาน และ รพ.หนองแสง

## เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: บอร์นทูบีพับลิชชิ่ง; 2561.
2. นปภัช นฤคนธ์. ระบบบริการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(5):884-96.
3. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยฉบับที่สอง พ.ศ.2560-2579. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2560.
4. Krause M V. Hunscher M A. Food. Nutrition and Diet Therapy. Philadelphia : W.B. Saunders Company; 1972.
5. Lawler, Marilyn R. Normal and Therapeutic Nutrition. New York : Macmillan Publishing Co Inc; 1977.
6. พงศ์ธร เกียรติดำรงศ์, บรรณาธิการ. Nutrition update. กรุงเทพฯ: พราวเพรส (2002) จำกัด; 2556.
7. Prosser-Loose E J, Verge V M, Cayabyab F S, Paterson P G. Protein-energy malnutritionalters hippocampal plasticity-associated protein expression following global ischemia in the gerbil. Curr Neurovasc Res. 2010;7(4):341-60.
8. Kang Y, Lee H S, Paik N J, Kim W S, Yang M. Evaluation of enteral formulas for nutrition, health, and quality of life among stroke patients. Nutr Res Pract. 2010;4(5):393-9.
9. กองบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปถอดภัย (Food Safety Hospital). นนทบุรี: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2560.
10. วิจารณ์ พานิช. การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง : Transformative Learning. วารสารบัณฑิตศึกษา. 2563;14(2):241-50.
11. จตุพร วิศิษฎ์โชติอังกูร. ถอดบทเรียน (นอกกรอบ) เรื่องเล่าวิธีวิทยาถอดบทเรียนผ่านประสบการณ์การทำงาน. กรุงเทพฯ: โครงการระบบออนไลน์เพื่อการจัดการความรู้สุขภาวะ; 2553.
12. วิจารณ์ พานิช. การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม; 2548.
13. Deming w. Edwards. Out of the Crisis. MIT Center for Advanced Engineering Study; 1986.
14. อภิชัย พันธเสน. สังเคราะห์องค์ความรู้เศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ: กองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2550.
15. น้ำทิพย์ จองศิริ, วัชรพงษ์ แสนใจยา. การพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2564;29(1):65-79.
16. วิไลวรรณ สาครินทร์. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;15(1):226-40.
17. พิสมัย บุษบุญ, มะลิวรรณ อังคณิตย์. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย.

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(1):153-65.

18. พรสวรรค์ ไชยคุณ, นฤมล สินสุพรรณ, สุทิน ชนะบุญ. การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดสด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเปลือยน้อย อำเภอเปลือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):407-13.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในชุมชน: กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย

# Nursing care for patients with type 2 diabetes who cannot control their sugar levels in the community: Case study comparing 2 cases

**อัญธิชา ถามาโยค***

**Anthicha Thamayok**

Corresponding author: E-mail: Antie.infinity@gmail.com

(Received: February 19, 2024; Revised: February 26, 2024; Accepted: March 25, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นกรณีศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

**รูปแบบการวิจัย :** กรณีศึกษา (Cases study) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในชุมชน เปรียบเทียบ 2 ราย

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ที่มารับบริการที่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 เก็บรวบข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต และการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของของกอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลสรุปผลและวิเคราะห์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ในชุมชน

**ผลการวิจัย :** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานานมากกว่า 10 ปี ทั้ง 2 รายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการปวดเข่า และเริ่มมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะสุดท้าย สิ่งที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนทางไตแล้วคือ มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 3 (โรคไตเรื้อรังระยะปานกลาง) เป็นระยะที่จะต้องเพิ่มการดูแลภาวะแทรกซ้อนของไต และต้องระวังในเรื่องของโรคหัวใจที่จะเป็นภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยโรคไตเสียชีวิตได้มากผู้ป่วยรายนี้ต้องปรับพฤติกรรมและจำกัดอาหารประเภทโปรตีน แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโรคไตเสื่อมระยะที่ 2 เป็นระยะที่เราจะเริ่มประเมินและชะลอการเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมและลดอาหารเค็ม ซึ่งเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายจำต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปรับการบริโภคอาหาร เพื่อชะลอความเสื่อมของไตและลดโอกาสการดำเนินโรคเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งภายหลังที่กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาล พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในชุมชน

**คำสำคัญ :** กระบวนการพยาบาล; โรคเบาหวานชนิดที่ 2; ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย

## Abstract

**Purpose :** To compared a nursing practices for diabetic patients with uncontrollable glucose levels in community.

**Study design :** Cases study**.**

**Materials and Methods :** The sample with type 2 diabetes were selected from e purposive selection who received services at primary and holistic work groups between January 2023 and December 2023. Data were collected using a medical record form, patient records Interviews with patients and relatives, observation and data collection for analysis. We were compared data based on Gordon's 11 health models, to assess patient problems. Define nursing diagnosis nursing activities evaluate nursing results, summarize results and analyze to obtain guidelines for nurses in nursing for diabetic patients with uncontrollable glucose levels in community.

**Main findings :** Both case studies had type 2 diabetes for more than 10 years. Both cases had hyperglycemia have knee pain and began to worry about complications from end-stage chronic kidney disease. The difference was that case study 1; already started to have kidney complications. Have stage 3A renal impairment (moderate stage chronic kidney disease). This patient needs to adjust his behavior and limit protein intake. But the second case study had chronic kidney disease in the early stages. Patients must adjust their behavior and reduce salty foods. The goal of treatment for both patients were to adjust lifestyle habits and adjust food consumption. To slow down the deterioration of the kidneys and reduce the chance of the disease progressing faster than it should. After the two case studies received nursing care It was found that there were more appropriate health behaviors. This study shows that nurses play an important role in patient care by using the nursing process. Causes effective nursing results Can prevent or delay complications in for diabetic patients with uncontrollable glucose levels in community**.**

**Conclusion and recommendations :** The results of this study will be used as a guideline for nursing patients with type 2 diabetes who cannot control their sugar levels in the community.

**Keywords :** Nursing process; Type 2 diabetes; Hyperglycemia

*****Registered Nurse, Professional Level, Kokphochai Hospital.

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปพบว่าโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.9 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2561-2563 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 586.13, 539.39, 522.28 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[1] และในอำเภอโคกโพธิ์ไชย ปี พ.ศ. 2561-2563 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 579.54, 525.88, 505.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7[2] ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมานาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา[3] ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงเกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม[4] โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ เข้ารับการตรวจรักษาช้าทำให้การดำเนินการของโรคมากขึ้นนำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ทำให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิมต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญกับการบำบัดและการเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงเศรษฐกิจของผู้ป่วยเองและประเทศชาติ[5] โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย ในปี พ.ศ. 2561–2563 ร้อยละ 5.67, 5.63 และ 6.09 ตามลำดับ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้จึงได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น ที่ให้การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไปเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษา: เปรียบเทียบ 2 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ที่มารับบริการที่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแล มีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของของกอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลสรุปผลและวิเคราะห์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ในชุมชน

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของของกอร์ดอน เพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** มีดังนี้

1) ดำเนินการศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในชุมชนในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ไชย ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2) ประสานงานพยาบาลที่รับผิดชอบในงานปฐมภูมิ และองค์รวมเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วยติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย 3) ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (1) ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (2) ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล (3) วางแผนการพยาบาล (4) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (5) ประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และ 4) สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการ และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เผยแพร่ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย และทางสื่ออิเลคทรอนิคส์

## ผลการศึกษา

**1. ผลการประเมินภาวะสุขภาพ** การเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 53 ปี เป็นโรคเบาหวานมามากกว่า 10 ปี มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเบาหวานมานานและมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงกับปกติได้ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบวมที่ขาทั้งสองข้าง ค่า Estimate Glomerular Filtration Rate (eGFR) 54.70 มล./นาที/1.73 ตร.ม ค่า Creatinine 2.30 mg/dl ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 48 ปี ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 9 ปี มีโรคร่วมคือโรคไทรอยด์ ผู้ป่วยหยุดยาไทรอยด์เอง มา 3 ปี เริ่มมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงกับปกติได้ ค่า eGFR 88.70 มล./นาที/1.73 ตร.ม ค่า Creatinine 1.86 mg/dl

**2. วิเคราะห์** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานานมากกว่า 10 ปี ทั้ง 2 รายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการปวดเข่า และเริ่มมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สิ่งที่แตกต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 3 (โรคไตเรื้อรังระยะปานกลาง) เป็นระยะที่จะต้องเพิ่มการดูแลภาวะแทรกซ้อนของไต และต้องระวังในเรื่องของโรคหัวใจที่จะเป็นภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยโรคไตเสียชีวิตได้มากผู้ป่วยรายนี้ต้องปรับพฤติกรรมและจำกัดอาหารประเภทโปรตีน แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 เป็นระยะที่เราจะเริ่มประเมิน และชะลอการเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมและลดอาหารเค็ม ซึ่งเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายจำต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปรับการบริโภคอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและลดโอกาสการดำเนินโรคเร็วกว่าที่ควรจะเป็น

**3. การวินิจฉัยการพยาบาล**

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|
| 1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน | 1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน |
| 2. มีภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมระยะที่ 3 เนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม | 2. มีภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมระยะที่ 2 เนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|
| 3. มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม กับโรคความดันโลหิตสูง | 3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากมีอาการชาบริเวณปลายมือและเท้าทั้งสองข้าง |
| 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า | 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า |
| 5. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมเนื่องจากขาดความรู้การชะลอความเสื่อมของไต | 5. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมเนื่องจากขาดความรู้การชะลอความเสื่อมของไต |

เปรียบเทียบการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน พบว่า **ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1** มีภาวะสุขภาพที่มีปัญหาคือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่เหมาะสม มีความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่ถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมในเรื่องต่างๆ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาชุดแก้ปวดเข่า แบบแผนที่ 2 โภชนาการ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน อุจจาระค่อนข้างแข็ง ปัสสาวะปกติ วันละ 8 – 9 ครั้ง สีเหลืองใส บางครั้งมีฟองขาวขุ่น แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะคิดว่าการรดน้ำต้นไม้ การทำงานการทำงานบ้าน การเดินไปทำสวนเป็นการออกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ มีปัญหาการนอนไม่หลับรับประทานยานอนหลับบ่อยๆ แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รับทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวแต่ก็ปฏิบัติตามเป็นบางครั้ง เพราะว่าตัวเองอายุมากแล้วโรคก็ไม่หายแน่นอน แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด มีความห่วงกังวลเกี่ยวกับบุตร **ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2** พบว่า มีภาวะสุขภาพที่มีปัญหาคือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสมในบางประการ มีอาการชาบริเวณปลายมือและเท้าทั้งสองข้างอาจเนื่อง มาจากการทำงานคอมพิวเตอร์บ่อยๆ แบบแผนที่ 2 โภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมชอบรับประทานผลไม้รสหวาน

**วิเคราะห์** จากการประเมินภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาในแบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพเหมือนกันทั้ง 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่เหมาะสม มีความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่ถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมในเรื่องต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สมตัว และคณะ[6] ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยคือการรับรู้ของบุคคล

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาล

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **ข้อวินิจฉัย** | - มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรม | - มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรม |
| **การพยาบาลที่ 1** | การดูแลตนเอง ไม่เหมาะสมกับ โรคเบาหวาน | การดูแลตนเอง ไม่เหมาะสมกับ โรคเบาหวาน |
| **ข้อมูลสนับสนุน** | - เป็นเบาหวานมา 10 ปี ควบคุมระดับ | - เป็นเบาหวานมา 9 ปี ควบคุมระดับ |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | น้ำตาลไม่ได้<br>- คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายก็ได้<br>- ปรุงอาหารด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา/ซีอิ๊ว รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก<br>- ชอบรับประทานอาหารทอดและมัน<br>- ชอบหวาน มัน เค็ม<br>- ดื่มเหล้าดองยาบางวัน<br>- รับประทานยาชุดแก้ปวด ไม่ออกกำลังกายเมื่อปวดเข่า<br>- แรกรับ DTX 215mg%, HbA1C 10.50%<br>- คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกายก็ได้<br>- ปรุงอาหารด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา/ซีอิ๊ว รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก<br>- ชอบรับประทานอาหารทอดและมัน<br>- ชอบหวาน มัน เค็ม | น้ำตาลไม่ได้<br>- ชอบรับประทานอาหารทอดและมัน<br>- ชอบหวาน มัน เค็ม<br>- แรกรับ DTX 117mg%, HbA1C 7.10 % |
| **วัตถุประสงค์** | - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม<br>- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน | - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม<br>- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | - มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออก | - มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออก |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | กำลังกายการใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน<br>- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้<br>- ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว | กำลังกายการใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน<br>- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้<br>- ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว |
| **กิจกรรมการพยาบาล** | 1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวานและจัดโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ<br>2. การสร้างแรงจูงใจเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถ ทักษะการดูแลตนเอง การจัดการกับอาหาร การเคลื่อนไหว อารมณ์ ความเครียด<br>3. ปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยใหม่โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคลโดยใช้แนวคิดประเมินความเสี่ยงตามปิงปอง | 1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวานและจัดโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ<br>2. การสร้างแรงจูงใจเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถ ทักษะการดูแลตนเอง การจัดการกับอาหาร การเคลื่อนไหว อารมณ์ ความเครียด<br>3. ปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยใหม่โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคลโดยใช้แนวคิดประเมินความเสี่ยง |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | จราจร | ตามปิงปองจราจร |
| **การประเมินผล การพยาบาล** | - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน<br>- ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ตามเป้าหมาย<br>- ออกกำลังกายตามคำแนะนำวันละ 30 นาที<br>- ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง | - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร เหมาะสมกับโรคเบาหวาน<br>- ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ตามเป้าหมาย<br>- ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง |
| **ข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่ 2** | - มีภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมระดับ 3 เนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม | มีภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมระดับ 2 เนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม |
| **ข้อมูลสนับสนุน** | - การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาชุดแก้ปวด<br>- ไตเสื่อมระยะที่ 3 (eGFR = 54.70) Creatinine 2.30 mg/dl<br>- ขาบวม กดบุ๋มทั้ง 2 ข้าง | - การดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรค เช่น รับประทานผลไม้รสหวาน<br>- ไตเรื้อรังระยะที่ 2 (eGFR 88.70) Creatinine = 1.86mg/dl |
| **วัตถุประสงค์** | - เพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากไตเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม | - เพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากไตเสื่อม |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | - ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม<br>- อัตราการกรองของไต ระดับ Creatinine และระดับไขมัน LDL | - ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม<br>- อัตราการกรองของไต ระดับ Creatinine และระดับไขมัน LDL |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | cholesterol ดีขึ้น<br>- ไม่มีภาวะน้ำเกิน | cholesterol ดีขึ้น<br>- ไม่มีภาวะน้ำเกิน |
| **กิจกรรมการพยาบาล** | 1. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่น การจำกัดโปรตีน การเลือกไขมันอิ่มตัว การจำกัดโซเดียมการดื่มน้ำ | 1. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่น การจำกัดโซเดียม |
| | 2. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายมีแบบแผนชัดเจนเหมาะสมกับสภาพร่างกาย | 2. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายมีแบบแผนชัดเจนเหมาะสมกับสภาพร่างกาย |
| | 3. การรับประทานยาตามแผนการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 mmHg | 3. การรับประทานยาตามแผนการรักษา |
| | 4. แนะนำการรับประทานยาในการควบคุมระดับไขมัน | 4. แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง |
| | 5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ ใช้ยาสมุนไพรอย่างระมัดระวัง เพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น | 5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ ใช้ยาสมุนไพรอย่างระมัดระวัง เพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น |
| **การประเมินผลการพยาบาล** | - ผู้ป่วยรับประทานตรงเวลา รับประทานข้าวสวย/ข้าวกล้องงดของหวาน ลดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊วในอาหาร ลดการรับประทานอาหารทอดและมัน<br>- ออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 20 นาที<br>- รับประทานยาตามแผนการรักษา งดยาชุดแก้ปวด และเหล้าดองยา<br>- อัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 3 (eGFR = 53.25),cholesterol ปกติ (189mg/dl) | - ผู้ป่วย งดผลไม้รสหวาน<br>- ออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 50 นาที<br>- รับประทานยาตามแผนการรักษา<br>- อัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 2 (eGFR = 93.25)<br>- ไม่มีภาวะน้ำเกิน |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | - ไม่มีภาวะน้ำเกิน | |
| **ข้อวินิจฉัย** | - มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรม | |
| **การพยาบาลที่ 3** | การดูแลตนเองไม่เหมาะสม กับโรค | |
| | ความดันโลหิตสูง | |
| **ข้อมูลสนับสนุน** | - แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิต | |
| | - แรกรับไว้ในความดูแลความดันโลหิต | |
| | 150/89 mmHg, Cholesterol | |
| | 198mg/dl | |
| | - ชอบอาหารทอดมันและเค็ม | |
| | - ชอบอาหารทอดมันและเค็ม | |
| | - ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ | |
| **วัตถุประสงค์** | - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการ | |
| | ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง | |
| | - สามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ใน | |
| | ภาวะปกติไม่ เกิน 140/90 มิลลิเมตร | |
| | ปรอท | |
| | - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการ | |
| | รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย | |
| | - ความดันโลหิต ค่า BMI และเส้นรอบเอว | |
| | ไม่เพิ่มมากกว่าเดิม | |
| **กิจกรรมการพยาบาล** | 1. ให้ความรู้สาเหตุความดันโลหิตสูง | |
| | มีสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรม | |
| | การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม | |
| | ตามเกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักตัว | |
| | และเส้นรอบเอวอันตรายของโรค | |
| | ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง | |
| | และอ้วนลงพุง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด | |
| | โรคหลอดเลือดหัวใจ | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | 2. สอนการวัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนัก<br>3. แนะนำการใช้ยา ตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน<br>4. ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเอง เปิดโอกาส<br>5. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและสอบถามความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ | |
| **การประเมินผลการพยาบาล** | - ลดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ลดการรับประทานอาหารทอดและมัน<br>- ออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 20 นาที<br>- รับประทานยาตามแผนการรักษา<br>- ความดันโลหิตไม่สูงกว่าเดิม (140/90mmHg)<br>- ค่าBMI เท่าเดิมเล็กน้อย (20.96)<br>- รอบเอวลดลง (78 ซม.) | |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** | - | เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากมีอาการชาบริเวณปลายมือและเท้าทั้งสองข้าง |
| **ข้อมูลสนับสนุน** | - | - ประสาทรับความรู้สึกที่มือและเท้าผิดปกติ มีอาการชาที่ปลายมือและเท้าทั้ง 2 ข้าง<br>- ผู้ป่วยชอบสวมรองเท้าฟองน้ำแบบคีบไม่มีรองเท้าปลายปิด |
| **วัตถุประสงค์** | | - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากอาการชาบริเวณปลายมือ |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | | และเท้า |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | | - ไม่เกิดอันตรายจากอาการชาบริเวณปลายมือและเท้าได้แก่ มือและเท้ามีบาดแผล การพลัดตกหกล้ม |
| **กิจกรรมการพยาบาล** | | 1. ให้ความรู้เรื่องการดูแลมือและเท้า การตรวจมือ/เท้าสอนการทำความสะอาดผิวหนังตามซอกอับต่างๆ ให้ความรู้เรื่องการตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง การเลือกรองเท้า การบริหารมือ/เท้า อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์/พยาบาล<br>2. ให้คำแนะนำการป้องกันการหกล้มที่บ้าน ได้แก่การจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน เสื้อผ้า/รองเท้าการออกกำลังกาย การใช้ยา/อาการข้างเคียงของยา การเคลื่อนไหวร่างกาย แหล่งประโยชน์ในชุมชน<br>3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีกระดูกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรง<br>4. ให้ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม<br>5. แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน กู้ชีพ/กู้ภัย อสม. |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | | และพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีได้ |
| **การประเมินผลการพยาบาล** | | - ผู้ป่วยสามารถดูแลมือและเท้าได้ไม่มีแผลที่มือและเท้า<br>- ผู้ป่วยบอกว่าปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านสะอาด เป็นระเบียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง สวมรองเท้าขนาดพอดีกับเท้าปลายปิด เคลื่อนไหว/เปลี่ยนอิริยาบถด้วยความระมัดระวัง<br>- ไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** | - ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า | - ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า |
| **ข้อมูลสนับสนุน** | - มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน<br>- มีอาการปวดเข่า รับประทานยาชุดแก้ปวดเดือนละ 2-3 ครั้ง และดื่มยาดองเป็นบางครั้ง<br>- ผู้ป่วยบอกว่าปวดข้อเข่า ท่าทางการเดินลำบาก สีหน้าไม่สดชื่น<br>- Pain score = 6 คะแนน | - มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน<br>- ซื้อยา Paracetamol แก้ปวดมารับประทาน<br>- ปวดเข่าขวา Pain score 3 คะแนน |
| **วัตถุประสงค์** | - ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น อาการปวดเข่าลดลง | - ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น อาการปวดเข่าลดลง |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | - Pain score น้อยกว่า 6 คะแนน<br>- ไม่รับประทานยาชุดแก้ปวด | - Pain score น้อยกว่า 3 คะแนน |
| **กิจกรรมการพยาบาล** | 1. แนะนำการลด/บรรเทาอาการปวดเข่า<br>2. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า | 1. แนะนำการลด/บรรเทาอาการปวดเข่า<br>2. แนะนำการออกกำลังกายที่และเหมาะสมกับสภาพร่างกายบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| | 3. แนะนำการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร<br>4. แนะนำการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย ปรับสิ่งแวดล้อมภายใน ภายนอกบ้าน<br>5. แนะนำการใช้ยาแก้ปวด ลดยาชุดแก้ปวดเพราะมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และมีผลต่อการทางานของไต | 3. แนะนำการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร<br>4. แนะนำการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย ปรับสิ่งแวดล้อมภายใน ภายนอกบ้าน |
| **การประเมินผลการพยาบาล** | - ผู้ป่วยมีอาการสุขสบายขึ้น อาการปวดของเข่าลดลง Pain score 4 คะแนน<br>- ผู้ป่วยยังซื้อยาชุดแก้ปวดรับประทานเมื่อมีอาการปวด แต่ลดลงเหลือเดือนละครั้ง แนะนำให้งดการใช้ยาชุดแก้ปวดเพราะมีผลต่อการทางานของไต ทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น | - ผู้ป่วยมีอาการสุขสบายขึ้น อาการปวดของเข่าลดลง Pain score 2 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** | - มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมเนื่องจากขาดความรู้การชะลอความเสื่อมของไต | มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม เนื่องจากขาดความรู้การชะลอความเสื่อมของไต |
| **ข้อมูลสนับสนุน** | ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อประเมินความรู้เรื่องโรคไต<br>- ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวต้องไปล้างไต”<br>- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า estimate Glomerular Filtration Rate 45.30 มล./นาที/1.73 ตร.ม | ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อประเมินความรู้เรื่องโรคไต<br>- ผู้ป่วยบอกว่า” ไม่อยากให้เกิดไตวายจนต้องไปล้างไต”<br>- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า estimate Glomerular Filtration Rate 88.70 มล./นาที/1.73 ตร.ม |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม | เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **เกณฑ์การประเมินผล** | 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น<br>2. มีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม<br>3. ระดับการกรองของไตดีขึ้น | 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น<br>2. มีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม<br>3. ระดับการกรองของไตดีขึ้น |
| **กิจกรรมการพยาบาล** | 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ พูดคุยให้กำลังใจ<br>2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม<br>3. ประสานโภชนากรสอนอาหารชะลอไตเสื่อม<br>4. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/80 mmHg | 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ พูดคุยให้กำลังใจ<br>2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม<br>3. ประสานโภชนากรสอนอาหารชะลอไตเสื่อม<br>4. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 120/70 mmHg |
| **การประเมินผลการพยาบาล** | - ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น คลายความกังวลเรื่องภาวะไตวาย<br>- มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังการประเมินความรู้ | - ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น คลายความกังวลเรื่องภาวะไตวาย<br>- มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังการประเมินความรู้ |

**วิเคราะห์** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานานมากกว่า 10 ปี ทั้ง 2 รายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการปวดเข่า และเริ่มมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สิ่งที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีภาวะไตเสื่อมในระยะที่ 3 (โรคไตเรื้อรังระยะปานกลาง) เป็นระยะที่จะต้องเพิ่มการดูแลภาวะแทรกซ้อนของไต และต้องระวังในเรื่องของโรคหัวใจที่จะเป็นภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยโรคไตเสียชีวิตได้มากผู้ป่วยรายนี้ต้องปรับพฤติกรรมและจำกัดอาหารประเภทโปรตีน แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 เป็นระยะที่เราจะเริ่มประเมินและชะลอการเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมและลดอาหารเค็ม ซึ่งเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายจำต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต และปรับการบริโภคอาหาร[7] เพื่อชะลอความเสื่อมของไต และลดโอกาสการดำเนินโรคที่รุนแรงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น พยาบาลต้องประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ สร้างแรงจูงใจ และเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติ สามารถจัดการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เพิ่มมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**ผลลัพธ์การพยาบาล** ใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรค จึงทำให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อชะลอความเสื่อมของไตและลดโอกาสการดำเนินโรคที่รุนแรงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาล

| รายการ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| 1. มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและมีการดูแลสุขภาพ | - มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพเหมาะสมขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวถูกต้อง | - มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพเหมาะสมขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวถูกต้อง |
| - เป้าหมายในการรักษา | - เพื่อชะลอความเสื่อมของไตและลดโอกาสการดำเนินโรคที่รุนแรงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น | - เพื่อป้องกันชะลอความเสื่อมของไตและลดโอกาสการดำเนินโรคที่รุนแรงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น |
| - อาหารและโภชนาการ | - เหมาะสม | - เหมาะสม |
| - การออกกำลังกาย | - เหมาะสม | - เหมาะสม |
| - การใช้ยา | - เหมาะสม | - เหมาะสม |
| - การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน | - การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาล และผลจากแรงกระตุ้นนี้ส่งให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดีขึ้น | - การได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล และผลจากแรงกระตุ้นนี้ส่งให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดีขึ้น |
| 2. การเสริมแรง การสร้างแรงจูงใจ | - ใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรค ทำให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง | - ใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรค ทำให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง |

## วิจารณ์

จากการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติไม่ถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมในเรื่องต่างๆ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สมตัว และคณะ[6] พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยคือ การรับรู้ของบุคคล ความสนใจและการเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรม การได้รับการสนับสนุน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์และพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องการแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและจากปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล ในเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล และผลจากแรงกระตุ้นนี้ส่งให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดีขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของสุรัสวดี พนมแก่น และคณะ นิภา ทองทับ และสุรีรัตน์ ปิงสุทธิวงศ์[5,7-8] พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ลืมรับประทานยาหรือการใช้สมุนไพรอย่างอื่นร่วมด้วยโดยไม่ปรึกษาแพทย์ รับประทานอาหารไม่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ดังนั้นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยการประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อไปกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการป้องกัน และควบคุมโรค ทำให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี [9-16]

## ข้อเสนอแนะ

การจัดทำผลงานกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย พบว่ายังมีข้อจำกัดบางประการสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน โดยสามารถสรุปข้อค้นพบเพื่อเสนอแนะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

สำหรับทีมบุคลากรด้านสุขภาพรวมทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น (1) การจัดการด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาที่เกิดจากไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือทำได้เพียงบางครั้งเพราะขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการรับรู้ทางลบ ดังนั้นควรกระตุ้นส่งเสริมทัศนคติการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้อง จนสามารถพัฒนาทักษะการจัดการตนเองได้ เช่น การทำ Focus Group ในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ พร้อมทั้งวางแผน การติดตามผู้ป่วย (2) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ให้กำลังใจ เอาใจใส่ กระตุ้นเตือน รวมทั้งให้เวลาในการพูดคุยซักถามด้านสุขภาพ เพราะมีผลทำให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ และ (3) สำหรับคลินิกเบาหวานควรออกแบบกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย การทำ Family Group ลงเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้พัฒนาปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ และ

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรค ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงไวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งประโยชน์จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังและพยาบาลในกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน จากผลผลิตที่เกิดจากการศึกษา/งานวิจัยและนำมาพัฒนาในงานประจำ เพื่อสนับสนุนภารกิจขององค์กร เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจและมั่นใจในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

## เอกสารอ้างอิง

1. คลังข้อมูลการแพทย์ และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center: HDC. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. สกาวเดือน สำรวย. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยืน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;8(1):61-72.
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. กรุงเทพฯ: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
4. เฉลาศรี เสงี่ยม. การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: ศิริอร สินธุ, พิเชต วงรอต, บรรณาธิการ. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย; 2558. หน้า 9–46.
5. สุรัสวดี พนมแก่น, ปราณี แสดคง, สมใจ เจียระพงษ์, จรรยา คนใหญ่. บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559;34(4):14-8.
6. พรทิพย์ สมตัว, ปาหนัน พิชยภิญโญ, วีณา เที่ยงธรรม, ดุสิต สุจิรารัตน์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2559;30(1):3-12.
7. นิภา ทองทับ. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2558;30(3):191–202.
8. สุรีรัตน์ ปิงสุทธิวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. 2562;2(3):59-74.
9. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด; 2561.
10. กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11. มุทิตา ชมพูศรี, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ดิลกา ไตรไพบูลย์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. พยาบาลสาร. 2551;35(4):120-31.
12. วิทยา ศรีดามา. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
13. วิทยา ศรีดามา, วชิรา ธนาปทุม, ประศาสน์ ลักษณะพกกุ. อาการแทรกซ้อนในโรคเบาหวาน. ใน: วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ, การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ยูนตี้พับลิเคชั่น; 2541.

14. วีระศักดิ์ ศรินนภากร. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน. ใน: วีระศักดิ์ ศรินนภากร, ชัญชาญ ดีโรจนวงศ์, ทองคำ สุนทรเทพวรากุล, สถิต นิรมิตมหาปัญญา, บรรณาธิการ. โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. นนทบุรี: บริษัทศรี เมืองการพิมพ์จำกัด; 2553. หน้า 89-99.
15. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557.
16. อนุสรณ์ พยัคฆาคม, อัจฉรา ภักดีพินิจ. การเสริมสร้างแรงจูงใจ. ใน: ธิดารัตน์ อภิญญา, บรรณาธิการ. หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษา ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

# ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

# A study of using perceived self-efficacy promoting program at home on expressed emotion of caregivers of person with schizophrenia, Banlat District Phetchaburi Province

**บังเอิญ ทองสมนึก***

**Bangearn Thongsomnuk**

Corresponding author: E-mail: thongbangeran96@gmail.com

(Received: February 28, 2024; Revised: March 3, 2024; Accepted: March 28, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ Paired-samples t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ผลการวิจัย :** ผลการเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ ในภาพรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 65.30 คะแนน (95%CI; 56.42, 74.18) ดังนั้น ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับเหมาะสมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เสริมสร้างพลังอำนาจให้มีความสามารถในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมีความมั่นใจในตนเองที่จะแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำสำคัญ :** โรคจิตเภท; ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท; โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

## Abstract

**Purposes :** To study and compare the emotional expressions of caregivers of person with schizophrenia before and after receiving self-efficacy promoting program in caring for person with schizophrenia at home.

**Study design :** Quasi-experimental research: one group, pre-test and post-test.

**Materials and Methods :** The sample group consisted of 20 caregivers of person with schizophrenia *at home.* Data were collected using an interview form. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum and paired-samples t test. Statistical significance was set at the .05 level.

**Main finding :** Comparative results of the emotional expressions of caregivers of person with schizophrenia at home between before and after the experiment. It was found that after the experiment, the sample group had an average score of emotional expression overall, it was significantly more than before the experiment (p<.001), with an average emotional expression score of more than 65.30 points (95%CI; 56.42, 74.18). Therefore, after receiving self-efficacy promoting program in caring for person with schizophrenia at home, the sample group had a significantly more appropriate level of emotional expressions (p<.001).

**Conclusion and recommendation :** The self-efficacy promoting program in caring for person with schizophrenia should be implemented in other areas. By promoting caregivers to have correct knowledge and understanding. Empowering caregivers to have the ability to face stress with a solution focus and have self-confidence to express emotions appropriately in caring for person with schizophrenia.

**Keywords :** Schizophrenia; Caregivers of person with schizophrenia; Self-efficacy promoting program

*Expert professional nurse, Banlat Hospital, Phetchaburi Province

## บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมด้วย เป็นโรคที่พบมากที่สุดในโรคทางจิตเวชด้วยกัน จากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ประชากร และพบในช่วงอายุ 15-54 ปี เป็นส่วนใหญ่[1] จากข้อมูลภาระโรคระดับโลกโดยสถาบัน Institute for Health Metrics and Evaluation ได้มีการรายงานจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ (Year Lived with Disability, YLDs) จากปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2562 พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่ประชากรมีปัญหาทางด้านจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการของโรคจิตเภทอยู่ในอันดับต้นๆ[2] ผู้ป่วยที่มารับบริการโรคจิตเภทย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2564 ของกรมสุขภาพจิต พบ 480, 422, 380, 401, 375, 026, 273, 817, 283, 065 และ 284, 273 คน ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ.2560 ลดลงประมาณ 100,000 คน จากปี พ.ศ.2559 ในปี พ.ศ.2562-2564 มีแนวโน้มลดลง และเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น[3]

ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการป่วยซ้ำ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีแนวคิดว่าครอบครัวคือแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและดีที่สุดสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย[4] โดยดูแลตั้งแต่กิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตอาการต่างๆ รวมทั้งการพาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานมักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมๆ เป็นเวลาที่ยาวนาน[5] ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่าย และก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม[6]

การแสดงออกทางอารมณ์ประกอบด้วยด้านลบ และด้านบวก การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึงการแสดงรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้าท่าทาง และความรู้สึกประกอบด้วย 1) การวิพากษ์วิจารณ์ และ/หรือการใช้น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การแสดงความไม่เป็นมิตร เช่น การตำหนิติเตียน การไม่ยอมรับผู้ป่วย จิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ตำหนิวิจารณ์ มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป เช่น มีความห่วงใยในผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละกระทำแทนผู้ป่วย ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึงการแสดงในรูปแบบน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกที่แสดงความอบอุ่นเป็นมิตร แสดงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และมีความสนใจในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ การแสดงความชื่นชม ความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และการแสดงความชื่นชมยินดีต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลจึงมีผลต่อตัวผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายใน 9 เดือนผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำมากถึงร้อยละ 58[7]

ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 219 คน[8] ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสุทธิรัตน์ อุทัย[9] มาพัฒนาโดยใช้การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura[10] ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ Danielson, Bissell and Fry[11] โดยจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อลดภาระการดูแล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เกิดความมั่นใจ และมีการ

แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research: One group, Pre-test and Post-test) ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 219 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 คน

**เกณฑ์การคัดเข้า** (Inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วมากกว่า 6 เดือน 3) มีระยะเวลาเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มากกว่า 35 ชั่วโมง 4) มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ระหว่าง 1.00-2.49 คะแนน 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ตามปกติ และ 6) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** (Exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน และมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

**เกณฑ์การยกเลิกการศึกษาวิจัย** (Discontinuation criteria) 1) มีการย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอบ้านลาดในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) มีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ได้แก่ 1) ครั้งที่ 1 การกระตุ้นความพร้อมทางอารมณ์และสรีระ การให้ความรู้และคำแนะนำโดยการชักจูงด้วยคำพูด 2) ครั้งที่ 2 การทบทวนความสำเร็จการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) ครั้งที่ 3 การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และการผ่อนคลายความเครียด และ 4) ครั้งที่ 4 การทบทวนความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล และการเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น[9-11] ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน/อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 28 ข้อ เป็นลักษณะให้พิจารณาข้อความว่าใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom[12] คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับความรู้ต่ำ 0-16 คะแนน, คะแนนร้อยละ 60-79.99 ระดับความรู้ปานกลาง 17-22 คะแนน, คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้สูง 23-28 คะแนน

2.3 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน, น้อย มีค่า 2 คะแนน, ปานกลาง มีค่า 3 คะแนน, มาก มีค่า 4 คะแนน, มากที่สุด มีค่า 5 คะแนน[13] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (60 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (12 คะแนน) หารด้วย 3[14] แปลผลดังนี้ คะแนน 12.00-28.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำ, คะแนน 28.01- 44.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาปานกลาง, คะแนน 44.01-60.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสูง วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40

มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามาก, คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด

2.4 ความมั่นใจในตนเอง จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน, น้อย มีค่า 2 คะแนน, ปานกลาง มีค่า 3 คะแนน, มาก มีค่า 4 คะแนน, มากที่สุด มีค่า 5 คะแนน[13] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (65 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (13 คะแนน) หารด้วย 3[14] แปลผลดังนี้ คะแนน 13.00-30.33 มีความมั่นใจในตนเองต่ำ, คะแนน 30.34-47.66 มีความมั่นใจในตนเองปานกลาง, คะแนน 47.67-65.00 มีความมั่นใจในตนเองสูง วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 มีความมั่นใจในตนเองน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 มีความมั่นใจในตนเองน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 มีความมั่นใจในตนเองปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 มีความมั่นใจในตนเองมาก, คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มีความมั่นใจในตนเองมากที่สุด

2.5 การแสดงออกทางอารมณ์ จำนวน 33 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 5 คะแนน), น้อย มีค่า 2 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 4 คะแนน), ปานกลาง มีค่า 3 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 3 คะแนน), มาก มีค่า 4 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 2 คะแนน), มากที่สุด มีค่า 5 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 1 คะแนน)[13] วิเคราะห์ผล ในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (165 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (33 คะแนน) หารด้วย 3[14] แปลผลดังนี้ คะแนน 33.00-77.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต้องปรับปรุง, คะแนน 77.01-121.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับพอใช้, คะแนน 121.01-165.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับเหมาะสม วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก, คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมากที่สุด

1) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (100 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (20 คะแนน) หารด้วย 3[14] แปลผลดังนี้ คะแนน 20.00-46.66 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต้องปรับปรุง, คะแนน 46.67-73.32 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับพอใช้, คะแนน 73.33-100.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับเหมาะสม

2) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก จำนวน 13 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (65 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (13 คะแนน) หารด้วย 3[14] แปลผลดังนี้ คะแนน 13.00-30.33 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต้องปรับปรุง, คะแนน 30.34-47.66 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับพอใช้, คะแนน 47.67-65.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับเหมาะสม

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 3 คน และนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยใช้ KR-20[15] สำหรับวิเคราะห์

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.916 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[16] สำหรับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา, ความมั่นใจในตนเอง และการแสดงออกทางอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.904, 0.937 และ 0.923 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว และอธิบายให้ทราบว่าผู้วิจัยกำลังศึกษาเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นตอนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยทำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์แล้วผลปรากฏว่ามีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมคือมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.49 คะแนน และผู้ดูแลผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบวัดความมั่นใจในตนเอง และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ หลังจากนั้นจึงดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 เมื่อดำเนินการตามโปรแกรมฯ ครบถ้วนทั้ง 20 คน แล้วจึงเก็บข้อมูลหลังการใช้โปรแกรมฯ ตามแบบวัดข้างต้นอีกครั้ง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7-15 กุมภาพันธ์ 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และความมั่นใจในตนเอง และตัวแปรตาม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) 2) ทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความมั่นใจในตนเอง และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้สถิติ Paired-samples t-test และ 3) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ. 045/2566 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

## ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 14 คน (70.00%) มีอายุเฉลี่ย 47.55 ปี (SD.=12.31) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน (55.00%) โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 26 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 59 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบิดา/มารดามากที่สุดจำนวน 10 คน (55.00%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาจำนวน 12 คน (60.00%) อาชีพ/ลักษณะงานที่ทำส่วนใหญ่คือรับจ้างจำนวน 12 คน (60.00%) มีรายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอทั้ง 20 คน (100.00%) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.85 ปี (SD.=6.73) โดยมีระยะเวลาดูแลต่ำสุดเท่ากับ 2 ปี ระยะเวลาดูแลสูงสุดเท่ากับ 20 ปี และมีระยะเวลาพูดคุยอยู่ด้วยกันหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยในแต่ละวัน

เฉลี่ย 10 ชั่วโมง (SD.=2.24) โดยมีระยะเวลาต่ำสุด 6 ชั่วโมง ระยะเวลาสูงสุด 15 ชั่วโมง

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (90.00%) (Mean=19.10, SD.=2.14) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ โรคจิตหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดจากคนทั่วไป (ใช่) (100.00%) ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ คนที่เป็นโรค จิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น (ไม่ใช่) (65.00%) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก (100.00%) (Mean=23.85, SD.=1.08) ข้อที่ตอบถูกร้อยละ 100.00 มีจำนวน 9 ข้อ และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยแยกตัวไม่สังคมกับใครไม่ควรเข้าไปรบกวนผู้ป่วย (ไม่ใช่) และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉยๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น (30.00%) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

3. ผลการวิเคราะห์การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง (95.00%) (Mean=32.75, SD.=2.99) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (Mean=2.85, SD.=.55) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด (Mean=2.50, SD.=.60) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก (Mean=49.95, SD.=1.79) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (Mean=4.25, SD.=.71) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านพยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม (Mean=3.90, SD.=.64) สรุปได้ ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

4. ผลการวิเคราะห์ความมั่นใจในตนเอง พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (95.00%) (Mean=39.10, SD.=3.71) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมักปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านต้องการรู้ (Mean=3.20, SD.=.61) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีความรู้เรื่องการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี (Mean=2.90, SD.=.55) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับมาก (Mean=53.40, SD.=3.47) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมักปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านต้องการรู้ (Mean=4.35, SD.=.48) และท่านมีความพอใจในความเป็นอยู่ของครอบครัว (Mean=4.35, SD.=.41) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีความรู้เรื่องการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี (Mean=3.90, SD.=.55) และท่านสามารถพูดต่อหน้าคนจำนวนมากโดยไม่ประหม่า (Mean=3.90, SD.=.55) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

5. ผลการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (90.00%) (Mean=36.95, SD.=8.82) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ คิดว่าคงจะดีหากผู้ป่วยตายไป (Mean=2.65, SD.=1.18) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ อยากให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป (Mean=1.30, SD.=.47) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสม (90.00%) (Mean=84.10, SD.=8.54) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ คิดว่าคงจะดีหากผู้ป่วยตายไป (Mean= 4.50, SD.=.51) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ไม่ชอบพฤติกรรมหลายๆ อย่างของผู้ป่วย (Mean=3.90, SD.=.85) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับ

โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสมมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

6. ผลการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (50.00%) (Mean=33.75, SD.=11.17) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เฝ้าภาวนาให้ผู้ป่วยหาย (Mean=3.55, SD.=.94) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วยจะพยายามทำตาม (Mean=1.60, SD.=1.18) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean=51.90, SD.=3.26) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ รู้สึกดีเมื่อเห็นผู้ป่วยมีความสุข (Mean=4.20, SD.=.41) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ รู้สึกรักผู้ป่วย (Mean=3.70, SD.=.57) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสมมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

7. ผลการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ในภาพรวม พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (75.00%) (Mean=70.70, SD.=13.95) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการแสดงออกทางอารมณ์ในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean=136.00, SD.=9.17) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

| ระดับการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวม | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง |
|---|---|---|
| | จำนวน(%) | จำนวน(%) |
| **ต้องปรับปรุง (33.00-77.00 คะแนน)** | 15(75.00) | 0(0.00) |
| **พอใช้ (77.01-121.00 คะแนน)** | 5(25.00) | 0(0.00) |
| **เหมาะสม (121.01-165.00 คะแนน)** | 0(0.00) | 20(100.00) |
| ก่อนการได้รับโปรแกรม (Mean=70.70, SD.=13.95) (Min=43.00, Max=96.00) | | |
| หลังการได้รับโปรแกรม (Mean=136.00, SD.=9.17) (Min=123.00, Max=154.00) | | |

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวม มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 65.30 คะแนน (95%CI; 56.42, 74.18) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวมระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

| การแสดงออกทางอารมณ์โดยรวม | n | Mean(SD.) | Mean difference | 95% CI | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ก่อนการได้รับโปรแกรม** | 20 | 70.70(13.95) | -65.30 | 56.42, 74.18 | <.001 |
| **หลังการได้รับโปรแกรม** | 20 | 136.00(9.17) | | | |

## วิจารณ์

ภายหลังของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และด้านบวกเหมาะสมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ Bandur[10] ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีต การรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น การจูงใจด้วยคำพูด และสภาวะทางอารมณ์ นอกจากนี้ Luthans F[17] อธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มเติมว่า กระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของระบบการตัดสินใจทั้งทางตรงและทางอ้อมของบุคคลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูงจะเลือกงานที่ท้าทายและใช้ความสามารถ และมีแรงจูงใจอย่างสูงในการทำงานให้สำเร็จ เกิดความพยายามในการทำงานแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความยืดหยุ่น การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ได้แก่ การกระตุ้นความพร้อมทางอารมณ์และสรีระ การให้ความรู้และคำแนะนำโดยการชักจูงด้วยคำพูด การทบทวนความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การผ่อนคลายความเครียด การทบทวนความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล และการเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านลบ และด้านบวกอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ[7]

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัตชญา สมประดิษฐ และรัชนีกร เกิดโชค[18] ที่พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา จันทร์เพ็ญ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ[19] ที่พบว่าผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มานิตา ศิริพัฒน์ และจินตนา ยูนิพันธุ์[20] ที่พบว่าผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดสาคร จำมั่น และคณะ[21] ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรศักดิ์ ประจงบัว และคณะ[22] ที่พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิชามณฑน์ สวนกระจ่าง[23] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเพิ่มขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความสามารถในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเสริมสร้างพลังอำนาจ

ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในตนเองที่จะแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยเปรียบเทียบระหว่างชุมชนในเขตชนบท และชุมชนในเขตเมือง

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด ที่ได้สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
2. ณัฐพร โตภะ. โรคจิตเภทกับจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.theprachakorn.com/newsDetail.php?id=668#:~:text
3. กรมสุขภาพจิต. สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล. 2558;42(3):159-67.
5. 5. อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์. การเผชิญปัญหา และการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(3):43-56.
6. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(1):1-13.
7. Brown G W, Birley J L, Wing J K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. The British Journal of Psychiatry. 1972;121(562):241-58.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
9. สุทธิรัตน์ อุทัย. การศึกษาการใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
10. Bandura, Albert. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
11. Danielson C B, Hamel-Bissell B, Winstead-Fry P. Family health & illness perspective on coping and intervention. St. Loiuis: Mosby-Yearbook Inc; 1993.
12. Bloom B S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw-Hill; 1976.
13. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
14. Best J W. Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc; 1986.
15. บุญชัช เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
16. Cronbach, Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.

17. Luthans F. Organization Behavior. New Yok: McGraw-Hill; 2007.
18. ทัตชญา สมประดิษฐ, รัชนีกร เกิดโชค. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(2):89-102.
19. มัลลิกา จันทร์เพ็ญ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(3):126-40.
20. มานิตา ศิริพัฒน์, จินตนา ยูนิพันธุ์. ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2561;30(3):78-90.
21. สุดสาคร จำมั่น, นพพร ว่องสิริมาศ, วารีรัตน์ ถาน้อย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563;34:62-76.
22. จิรศักดิ์ ประจงบัว, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2563;31(1):93-103.
23. ธิชามณฑน์ สวนกระจ่าง. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.

# การส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ในการจัดการความเครียดผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

# The Promoting Mental Care During COVID-19 in Managing Stress in COVID-19 Observation patient, COVID-19 observation Centers, Ubon Ratchathani, Rajabhat University, Ko-e Sub-district, Khuang Nai District, Ubon Ratchathani

**สมพร ธานี* รัตนา สาธุภาค****
**Somporn Thani, Rattana Satupak**
Corresponding author: E-mail: Spb_tha@hotmail.com
(Received: February 28, 2024; Revised: March 3, 2024; Accepted: March 28, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยบความเครียดต่อการเผชิญสถานการณ์โควิด 19 ของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ One group pretest posttest design

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนผู้ที่เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ที่ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) จำนวน 25 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และ Percentage differences

**ผลการวิจัย :** หลังการทดลอง ผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 มีระดับความเครียด โดยรวมทั้ง 5 ข้อ อยู่ในระดับ 0 หรือแทบไม่มีอาการเพิ่มขึ้น คิดเป็น 134.88% เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนนอนไม่หลับหรือนอนมากอยู่ในระดับ 0 คิดเป็น 157.14%; มีสมาธิอยู่ในระดับ 0 คิดเป็น 117.24%; มีอาการหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ้นใจอยู่ในระดับ 0 เพิ่มขึ้น 200.0%; รู้สึกเบื่อเซ็งอยู่ในระดับ 0 เพิ่มขึ้น 200.0% และมีอาการรู้สึกเบื่อเซ็ง อยู่ในระดับ 0 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการทดลอง

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดความเครียดได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในการลดความเครียดให้กับผู้ป่วยได้

**คำสำคัญ :** การส่งเสริมการดูแลจิตใจ; โควิด 19; การจัดการความเครียด; ผู้พักสังเกตอาการ

*,**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ บ้านยางน้อย

## Abstract

**Purposes** : To compare the mean scores on stress in dealing with COVID 19 in observation patient, COVID-19 observation centers.

**Study design :** Quasi-experimental study; One group pretest posttest design.

**Materials and Methods :** 25 of samples consisted of who were staying for observation of COVID 19 symptoms at COVID-19 observation center who met inclusion criteria. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using frequencies, percentages and percentage differences.

**Main findings :** After experiment, those staying under observation for COVID-19 symptoms had stress levels including all 5 items at level of 0 or almost no increased symptoms, accounting for 134.88%. When considering each item, it was found that sample group had problems with insomnia or sleeping. Most were at level 0, accounting for 157.14%; Concentration was at level 0, accounting for 117.24%; Symptoms of irritability/nervousness/distraction were at level 0, an increase of 200.0%; Feeling bored and bored at level 0 increased by 200.0% and feeling bored and bored at level 0. There was no change

**Conclusion and recommendations :** The results of this research result in patients being able to reduce stress. Therefore, relevant agencies should use it to reduce stress for patients.

**Keywords :** Promoting Mental Care; Managing Stress; COVID 19; Observation patient

*,** Public Health Technical Officer, Professional Level, Chaloem Phrakiat Sirikit Health Station, Ban Yang Noi

## บทนำ

สำหรับประเทศไทยจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ระบาดไปทั่วโลก กรมควบคุมโรค[1] ได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ตั้งแต่ 4 มกราคม พ.ศ.2563 เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทยเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ.2563 ภายในเวลา 2 สัปดาห์ และเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยชาวไทยรายแรก มีอาชีพขับรถแท็กซี่ ซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ แต่มีประวัติขับรถแท็กซี่ให้บริการกับผู้ป่วยชาวจีน ในระยะต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้า ๆ ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษาโดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID -19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย[2]

ในระยะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่ โดยเป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตรายในระย ะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่ โดยเป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) คือ การแพร่ระบาดในสนามมวย และสถานบันเทิง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมากและมีความแออัด ประกอบกับในระยะดังกล่าวมีการประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรออกไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทำให้ผู้สัมผัสเชื้อกระจายออกไปยังต่างจังหวัด จนทำให้ยอดผู้ติดเชื้อของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่กลางเดือนมีนาคม เป็นต้นมาเป็นเหตุให้รัฐบาลต้องยกระดับ การบริการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยให้อยู่ในวงจำกัด โดยสั่งการให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน ภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายและจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563[3] การยกระดับมาตรการในการเฝ้าระวัง และควบคุมการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและขอให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐและเอกชนทุกแห่งดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยมาตรการดังกล่าว แบ่งออกเป็น 2 มาตรการสำคัญ ประกอบด้วย (1) การป้องกัน และสกัดกั้นการนำเชื้อเข้าสู่ประเทศไทย และ (2) การยับยั้งการระบาดภายในประเทศกระทรวงสาธารณสุข หลังจากมีการออกประกาศต่าง ๆ ประเทศไทยพบจำนวนผู้ติดเชื้อลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยในช่วงเดือนพฤษภาคมเป็นต้นมาผู้ติดเชื้อ ที่พบส่วนใหญ่เป็น ผู้ที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศและอยู่ในสถานที่กักกันเพื่อสังเกตอาการ[2]

จนกระทั่งเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั้งสิ้น 25,323 ราย เป็นการติดเชื้อระลอกใหม่ 21,086 ราย โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ในวันนี้มีจำนวน 82 ราย เป็นการติดเชื้อในประเทศ 71 ราย คัดกรองผู้ที่เดินทางเข้า-ออกระหว่างประเทศ 4,235 ราย ผู้เดินทางที่เฝ้าระวังอาการ ณ พื้นที่กักกันแห่งรัฐ 81,676 ราย โดยยังคงพบผู้ติดเชื้อจากการค้นหาเชิงรุกในชุมชน และผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงขอความร่วมมือประชาชนและผู้ดูแลสถานประกอบการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังคงพบผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะการสวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น หลีกเสี่ยงสถานที่เสี่ยงที่มีคนรวมกันอยู่อย่างแออัด สแกนไทยชนะหรือใช้หมอชนะ เฝ้าระวังสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน หลังไปตลาดที่มีรายงานผู้ติดเชื้อ และหากมีอาการไข้ไอเจ็บคอ มีน้ำมูก หรือจมูกไม่รับกลิ่นลิ้นไม่ รับรสให้รีบพบแพทย์และเปิดเผยประวัติการเดินทางให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้[1,3]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้มีแผนการเตรียมความพร้อมกรณีมีการระบาดมากขึ้นระดับที่ควบคุมยาก/การเคลื่อนย้ายประชาชนดำเนินการโดย (1) ให้ทุกอำเภอเตรียมหาสถานที่เพื่อเปิดเป็นโรงพยาบาลสนาม ให้รองรับผู้ป่วยในพื้นที่รวมถึงการเปิด Hospitel และโรงพยาบาลเอกชน (2) เตรียมการเปิดโรงพยาบาลสนามยางน้อย 5 กรกฎาคม 2564 และ (3) เตรียมการเปิด Cohort Ward โรงพยาบาลแม่ข่ายรองรับผู้ป่วยอาการรุนแรง ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีจำนวนมากและมีการรับผู้ป่วยที่เดินทางกลับจังหวัดอุบลราชธานี การดำเนินการโดย (1) มีการเปิด Cohort Ward เพิ่มเติม Hospitel และโรงพยาบาลสนาม 24 แห่ง รวม 3,293 เตียง และมีการจัดหาวัสดุที่จำเป็นเพื่อใช้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องตรวจวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว และ (2) การทบทวน CPG การรักษาตามแนวทางของกรมการแพทย์ มีการปรับแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการเตรียมความพร้อมกรณีมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ประสานงานกับโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลกองบิน 21 และ โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง เปิด Cohort Ward, Hospitel และระยะที่ 4 ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้น การดำเนินการโดย (1) เปิด Hospitel ที่โรงแรมกิจตรงวิลล์ และโรงแรมเนวด้าอินน์ รวม 421 เตียง (2) เปิดโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 40 เตียง (3) เปิด Community Isolation: CI ทุกอำเภอ (4) การจัดทีมตรวจคัดกรอง โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่าง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (รถเก็บตัวอย่างโรคติดเชื้อชีวนิรภัย พระราชทาน) ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เทศบาลนครอุบลราชธานี เทศบาลเมืองวารินชำราบ ฯลฯ) ออกค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในพื้นที่ ตลอดจนชุมชน ตลาด บริษัท ห้างสรรพสินค้า โรงเรียน โรงงาน และอื่นๆ ไม่เว้นวันหยุดราชการ (5) ทุกอำเภอให้มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ให้สอบสวนควบคุมโรคเมื่อมีการระบาด มีทีมปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ (6) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดได้ประเมินสถานการณ์การระบาดทุกวันประชุมทุกสัปดาห์ เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมโรค มาตรการที่สำคัญที่สามารถควบคุมการระบาด (7) สื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชน หากมีสถานที่เสี่ยงให้ประกาศแจ้งเตือนประชาชนทันที พร้อมปิดทำความสะอาด กำจัดเชื้อทันที และแจ้งเตือนประชาชนเน้นใช้หลัก VUCA +UP ในการป้องกันโรค และ (8) หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ร้านอาหาร ตลาด สถานบริการ ห้างสรรพสินค้า ทุกแห่งให้ทำ Covid free setting ทุกหน่วยงาน ฯลฯ[4]

จากมาตรการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ข้างต้นส่งผลกระทบจากกรระบาดเป็นวงกว้าง นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพของร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตใจโดยเฉพาะความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาจากประเทศจีน พบว่า ในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนาม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีภาวะความกังวลร้อยละ 18.6 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4[5] ในระหว่างเดือนเมษายน-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดสายพันธุ์อู่ฮั่น (Serine) มีการศึกษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่กรุงเทพมหานคร พบความชุกภาวะเครียดร้อยละ 30.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และสถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศและมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป[6]

เช่นเดียวกับจากสถานการณ์ดังกล่าวจังหวัดอุบลราชธานีได้มีการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการจัด Local Quarantine ของจังหวัดอุบลราชธานีมีการประเมินความเครียด (ST-5) ในผู้เข้าพักสังเกตอาการโควิด19 ที่ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีภาวะเครียดน้อย จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีภาวะเครียดปานกลาง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.67 และมีภาวะเครียดมาก จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.66[4] จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงใช้กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ในการจัดการความเครียด

ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดตามหลัก การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับการกิจกรรม MCATT อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี และนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเครียดในภาวะโควิด 19 เพื่อเป็นกิจกรรมการจัดการและลดภาวะความเครียดในช่วงภาวะโควิด 19 ในปัจจุบันและขยายผลสู่การปฏิบัติในชุมชนในวงกว้างทั้งในระดับชุมชนในระดับ Local Quarantine และ State Quarantine เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดต่อการเผชิญสถานการณ์โควิด 19 ของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบ One group pretest posttest design โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดต่อการเผชิญสถานการณ์ โควิด 19 ของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

**1. ประชากร** ประชากรศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ที่ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีระหว่างเดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 จำนวน 368 คน

**2. กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนผู้ที่เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ที่ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 83 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นผู้ที่เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ที่ Local Quarantine มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) จำนวน 25 คน ซึ่งจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ในการจัดการความเครียด โดยกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและมาตรการการป้องกัน การจัดการอารมณ์และความเครียดด้วยตนเอง การเสริมสร้างพลังทางจิตใจด้วยตนเองหลักปรับ 4 เติม 3 ฝึกสติและสมาธิ แล้วมีภาวะเครียดลดลงซึ่งเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกาย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ (1) ผู้พักสังเกตอาการโควิดศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย (2) สามารถสื่อสารได้ดีเข้าใจและสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ (3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ (4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ (1) พิการ เสียชีวิต ในระหว่างการทดลอง (2) มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดคุยไม่รู้เรื่องตอบแบบสอบถามด้วยตนเองไม่ได้ในระหว่างการทดลอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

**1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และอาชีพหลัก และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยข้อมูลคือแบบประเมินความเครียด (ST-5)

ระดับอาการแทบไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการ หรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง

ระดับอาการเป็นบางครั้ง หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย

ระดับอาการบ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

ระดับอาการเป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้น

ทุกวัน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

คะแนนรวมเท่ากับ 0-4 หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเองยังสามารถ จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

คะแนนรวมเท่ากับ 5-7 หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษา หารือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความเครียดหรือคลี่คลายที่มาของปัญหาและอาจใช้การหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ หลายครั้ง หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อความคลายกังวล

คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 8 ขึ้นไป หมายความว่ามีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว นอนไม่หลับฯลฯ ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมาตรการการป้องกัน การจัดการอารมณ์ และความเครียดด้วยตนเอง การเสริมสร้างพลังทางจิตใจด้วยตนเองปรับ 4 เติม 3 การฝึกสติและสมาธิ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดตามหลัก การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับการกิจกรรม MCATT อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี แล้วมีภาวะเครียดลดลงซึ่งเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม การจัดการความเครียดส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกาย โดยมีกิจกรรมรายละเอียดดังนี้

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ กลุ่มที่สงสัยว่าติดเชื้อต้องกักตัวอยู่ที่ ศูนย์พักพิงสังเกตอาการ (Local Quarantine) ระยะเวลา 14 วันแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันจัดตามรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมดังนี้

**ระยะแรก** เป็นกลุ่มที่กักตัวในระยะเวลา 1-7 วันแรก

**ระยะที่ 2** เป็นกลุ่มที่กักตัวในระยะเวลา 8-14 วันหลัง

ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team : MCATT) หมายถึง ทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้ที่เกี่ยวข้อง

**3. การพัฒนาเครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** โดย 1) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวิจัยที่เป็นมาตรฐานโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST- 5) โดยเป็นแบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญาที่มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เป็น 0.85 ที่พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปะกิจ แบบประเมินมี 5 ข้อ แต่ละข้อสามารถใส่คะแนนได้ตั้งแต่ 0 - 3 รวมคะแนนแล้วแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 - 4 เครียดน้อย คะแนน 5 -7 เครียดปานกลาง คะแนน 8 - 9 เครียดมากและคะแนน 10 มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้แก่ การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเครียด (ST5) โดยนำแบบประเมินที่ได้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมวิจัย คือ กลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิด 19 ของศูนย์พักคอยตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานีที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ ๆ ใช้พักสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิด 19 มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ทำการศึกษาจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าคะแนนโดยวิเคราะห์ความเที่ยง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.80 โดยใช้ค่าของสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Conbrah Alpha Coefficient) ถือว่าอยู่ในระดับสูง จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการทดลองใช้นำไปใช้จริง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้กำหนดข้อตกลงและทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายขั้นตอนการดำเนินการทดลองและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบแบบประเมินความเครียด (ST-5) ในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง (Pre-test)

2. จัดกิจกรรมกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ประกอบด้วย การปรับมุมมองทัศนคติในการเผชิญสถานการณ์โควิค -19, การจัดการอารมณ์ และความเครียดด้วยตนเอง, ฝึกสติและสมาธิ, การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง, และเสริมสร้างพลังใจด้วยตนเอง ปรับ 4 เติม 3 ที่ได้กำหนดไว้ทั้ง 5 กิจกรรม จัดโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาทีรวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ทั้ง 5 กิจกรรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทำการทดสอบหลังการทดลองอีกครั้งด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ชุดเดิมภายหลังจากการทดลองสิ้นสุดลง

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความเครียดก่อนทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้ Percentage differences (%differences)

## จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการสอบถาม หรือสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ ขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลที่จะไม่ตอบคำถามหรือออกจากการวิจัยในระยะใดก็ได้

## การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัย ประโยชน์คุณค่าของข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึก การถ่ายภาพ โดยลงนามอนุญาตให้สัมภาษณ์

2. ความเป็นอิสระในการให้สัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัย โดยการสัมภาษณ์ทุกครั้งคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความพร้อมของผู้ร่วมวิจัย การตอบข้อสัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจไม่จำเป็นต้องตอบหากไม่ประสงค์จะตอบข้อสัมภาษณ์นั้น และสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้เมื่อต้องการแล้วนัดสัมภาษณ์ใหม่ครั้งต่อไป

3. ความเป็นอิสระในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

4. การเข้ากลุ่มในกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดให้มีขึ้นตามกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การถามคำถามใด ๆ ของผู้วิจัยจะไม่เจาะจงรายบุคคลหรือระบุชื่อของผู้ร่วมวิจัย

5. การรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อบุคคลลงในผลงานวิจัย การนำเสนอ เว้นแต่การระบุตำแหน่ง หรือการระบุเพื่อยกย่องเชิดชู ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลังจากงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายด้วยการเผา

6. ขณะที่เก็บข้อมูลหรือปฏิบัติการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการสุขภาพหรืออาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะทำการช่วยเหลือโดยการประสานงานผู้เกี่ยวข้อง และให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัย

## ผลการวิจัย

**1. ลักษณะทางประชากร** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (72.0%) ช่วงอายุ 26-35 ปี (56.0%) สถานภาพสมรสแยกกันอยู่ (44.0%) ไม่มีโรคประจำตัว (96.0%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (76.0%) และประกอบอาชีพรับจ้าง (72.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของลักษณะทางประชากร (n=25)

| ลักษณะทางประชากร | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **เพศ** | ชาย | 18(72.0) |
| | หญิง | 7(28.0) |
| **อายุปัจจุบัน (ปี)** | 15-25 ปี | 1(4.0) |
| | 26-35 ปี | 14(56.0) |
| | 36-45 ปี | 7(28.0) |
| | 46-55 ปี | 3(12.0) |
| **สถานภาพ** | โสด | 9(36.0) |
| | คู่ | 5(20.0) |
| | หย่า (ตามกฎหมาย) | 1(4.0) |
| | แยกกันอยู่ | 11(44.0) |
| **ระดับการศึกษา** | มัธยมศึกษาตอนต้น | 6(24.0) |
| | มัธยมศึกษาตอนปลาย | 19(76.0) |
| **โรคประจำตัว** | โรคเก๊า | 1(4.0) |
| | ไม่มีโรคประจำตัว | 24(96.0) |
| **ประกอบอาชีพ** | เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) | 2(8.0) |
| | ค้าขาย | 5(20.0) |
| | รับจ้าง | 18(72.0) |

**2. ผลการศึกษาระดับความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19** ผลการประเมินความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) จำแนกเป็น 5 ประเด็น พบว่า หลังการทดลองผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 มีระดับความเครียด โดยรวมทั้ง 5 ข้อ อยู่ในระดับ 0 หรือแทบไม่มีอาการเพิ่มขึ้น คิดเป็น 134.88% เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนนอนไม่หลับหรือนอนมากอยู่ในระดับ 0 คิดเป็น 157.14% กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิอยู่ในระดับ 0 คิดเป็น 117.24% กลุ่มตัวอย่างมีอาการหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจอยู่ในระดับ 0 เพิ่มขึ้น 200.0% กลุ่มตัวอย่างมีรู้สึกเบื่อเซ็งอยู่ในระดับ 0 เพิ่มขึ้น 200.0% และกลุ่มตัวอย่างมีอาการรู้สึกเบื่อเซ็ง อยู่ในระดับ 0 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ก่อนและหลังการทดลอง (n=25)

| ประเภทอาการเครียด | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | %differences |
|---|---|---|---|
| **มีปัญหาการนอนนอนไม่หลับหรือนอนมา**ก | | | |
| ระดับ 0 (แทบไม่มี) | 3(12.0) | 25(100.0) | +157.14 |
| ระดับ 1 (เป็นบางครั้ง) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0.0 |
| ระดับ 2 (บ่อยครั้ง) | 22(88.0) | 0(0.0) | -200.0 |
| ระดับ 3 (เป็นประจำ) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0.0 |
| **มีสมาธิน้อยลง** | | | |
| ระดับ 0 (แทบไม่มี) | 6(24.0) | 23(92.0) | +117.24 |
| ระดับ 1 (เป็นบางครั้ง) | 19(76.0) | 2(8.0) | -161.9 |
| ระดับ 2 (บ่อยครั้ง) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0.0 |
| ระดับ 3 (เป็นประจำ) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0.0 |
| **หงุดหงิด / กระวนกระวาย/ว้าวุ้นใจ** | | | |
| ระดับ 0 (แทบไม่มี) | 0(0.0) | 24(96.0) | +200.0 |
| ระดับ 1 (เป็นบางครั้ง) | 0(0.0) | 1(4.0) | +200.0 |
| ระดับ 2 (บ่อยครั้ง) | 25(100.0) | 0(0.0) | -200.0 |
| ระดับ 3 (เป็นประจำ) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0.0 |
| **รู้สึกเบื่อเซ็ง** | | | |
| ระดับ 0 (แทบไม่มี) | 0(0.0) | 25(100.0) | +200.0 |
| ระดับ 1 (เป็นบางครั้ง) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0.0 |
| ระดับ 2 (บ่อยครั้ง) | 21(84.0) | 0(0.0) | -200.0 |
| ระดับ 3 (เป็นประจำ) | 4(16.0) | 0(0.0) | -200.0 |
| **ไม่อยากพบปะผู้คน** | | | |
| ระดับ 0 (แทบไม่มี) | 25(100.0) | 25(100.0) | 0(0.0) |
| ระดับ 1 (เป็นบางครั้ง) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| ระดับ 2 (บ่อยครั้ง) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| ระดับ 3 (เป็นประจำ) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |

## วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับในผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเตอร์เน็ตในผู้ป่วยโควิด-19 มีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อนร่วม Mean = 9.53, SD.= 2.55; หลัง Mean=1.33, SD.=1.25) และมีคะแนนการเผชิญปัญหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อน Mean=40.40, SD.=9.94; หลัง Mean= 57.80, SD.= 6.15)[7] ; ค่าคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยยอดและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม[8]; กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับเครียดของวัยทำงานในสถานการณ์โควิด 19 ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.12, SD. = 1.67) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.21, SD.= 1.33) ซึ่งระดับคะแนนระดับเครียดของวัยทำงานในสถานการณ์โควิด 19 ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p< .05$)[9] และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา โดยภาพรวมก่อนการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 52.0 และหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 76.7 จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน หลังการพัฒนาโปรแกรมค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 92.3 ในส่วนของความเครียดพบว่าเครียดน้อย ร้อยละ 92.31 และไม่พบภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเมื่อเครียด โกรธ เสียใจ ผิดหวัง ดีใจ จัดการอารมณ์ด้วยการร้องเพลง ฟังเพลง ร้อยละ 61.5 เมื่อประสบปัญหาปรึกษาสามี ร้อยละ 69.2 การทำบัญชีครัวเรือนรายรับมากกว่ารายจ่าย ร้อยละ 76[10]

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของเอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ[11] ซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพจิตจากการแพร่ระบาดของ COVID19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เจ็บป่วยเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดครั้งใหญ่เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพในเดือนเมษายน ค.ศ. 2020[2] จากการแพร่ระบาดของ COVID-19 สถานการณ์รุนแรงเป็นระลอกหลายระลอกต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจที่ทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์ปัญหาความเครียด ความวิตกกังวลวิธีการเผชิญเครียด แนวทางการช่วยเหลือตนเองของประชาชน รวมถึงการช่วยให้ประชาชนมีทักษะในการคิดเชิงบวกในการแก้ปัญหาเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีต่อสุขภาพกายและจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อลดภาวะเครียด และวิตกกังวลจากผลกระทบ COVID-19 สำหรับประชาชนการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เว็ปแอปพลิเคชันและใช้เว็ปแอปพลิเคชันในการศึกษาระดับความเครียด ความวิตกกังวล การเผชิญเครียด สังเคราะห์แนวทางการช่วยเหลือตนเองของประชาชนในภาวะวิกฤติจากความเครียดและวิตกกังวลจากสถานการณ์การระบาด COVID-19 และศึกษาผลของการใช้เว็บแอปพลิเคชันที่มีต่อการลดความวิตกกังวลจากผลกระทบ COVID-19

อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพครั้งนี้ยังพบว่า แนวทางการช่วยเหลือตนเองของประชาชนในภาวะวิกฤติจากความเครียดและวิตกกังวลจากสถานการณ์การระบาด COVID-19 ที่ทำแล้วได้ผลดีในการลดความเครียดและวิตกกังวล ได้แก่ การผ่อนคลายโดยการดูภาพยนตร์ฟังเพลง การทำอาหาร ปลูกต้นไม้อยู่กับธรรมชาติ และปรับความคิดในทางบวก การป้องกันตนเองในรูปแบบป้องกันการได้รับเชื้อโดยตรงและรูปแบบทางอ้อม ได้แก่ การลดการเสพข่าวที่อ่านแล้วทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เลือกเสพข่าวที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และวิธีอื่น ๆ เช่นการใช้สติในการแก้ปัญหา การส่งเสริมสุขภาพจิต ทำใจยอมรับ เป็นต้น ในทางกลับกัน แนวทางการช่วยเหลือตนเองที่ทำแล้วแต่ไม่ค่อยได้ผลในการลดความเครียดและวิตกกังวล ได้แก่การไม่สามารถปรับ

ความคิด พยายามลืมเรื่องเครียดแต่ทำไม่ได้ ไม่สามารถตั้งสติหรือทำจิตใจให้สงบ และปล่อยวางไม่ได้ การเสพข่าวมากเกินไป การไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงเพราะจำเป็นต้องเดินทางไปทำงานและใช้ชีวิตประจำวันทำให้มีความวิตกกังวลอยู่

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้** สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ ด้านนโยบาย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการบริหารจัดการส่งเสริม และให้การช่วยเหลือให้สอดคล้องกับแนวทางการช่วยเหลือตนเองของประชาชน และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ว่ามีระดับความเครียด ความวิตกกังวล วิธีเผชิญเครียดอย่างไร เพื่อให้กำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตต่อไป รวมถึงการบรรจุกิจกรรมส่งเสริมทักษะในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองให้กับประชาชน เพื่อลดปัญหาการเหนื่อยหน่ายท้อแท้ ปัญหาการฆ่าตัวตาย ช่วยประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหาต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป** ควรพัฒนาแอปพลิเคชันที่ประเมินภาวะจิตใจ เหนื่อยหน่ายของ Long COVID ที่มีคำแนะนำ หรือ Intervention ให้ประชาชนปฏิบัติ และหากผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติที่มีแนวโน้มอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ให้มีช่องทางแนะนำให้พบแพทย์หรือบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด19 สำหรับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2565]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_ protection_030164.pdf
2. World Health Organization. WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part [Internet]. [Cited 2022 Sep 2]. Available from: https://www.who.int
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2565]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_041263.pdf
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชานี. มาตรการควบคุมโรคโควิด 19. กลุ่มควบคุมโรค; 2564.
5. Dai L L, Wang X, Jiang T C, Li P F, Wang Y, Wu S J, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jianghan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. PLoS One. 2020;28;15(8):e0238416.
6. วรินทิพย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสิตะเวช, ชลธิชา แย้มมา, ณัฐปพน รัตนตรัย, ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(2): 114-24.
7. รับบุญ ค้าไกล, นรากร สารีแหล้. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเตอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2565;5(2):34-41.
8. จารุมน ลัคนาวิวัฒน์, สาโรจน์ นาคจู. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):182-73.
9. รัชนี สว่างเนตร. ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะเครียดของวัยทำงานในสถานการณ์โควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหมากตำบลคำไหล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย. 2565;1(2):51-63.

10. จารุวรรณ ประภาสอน. การพัฒนาพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(3):1108-24
11. เอื้อญาติ ชูชื่น, ปวีณา นันทวิสิทธิ์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อลดภาวะเครียด และวิตกกังวลจากผลกระทบ COVID-19 สำหรับประชาชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต; 2565.

# ผลของโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่อการรับรู้การจัดการอาการปวดและคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย

# Effects of a Case-Based Management Nursing Care Plan on Symptom Pain and Perceived Quality in Palliative Care of Patients

**นพรัตน์ ศรีสุวรรณ์***

**Nopparat Srisuwan**

Corresponding author: E-mail: nui20031971@gmail.com

(Received: February 20, 2024; Revised: February 28, 2024; Accepted: March 29, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้จากความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและการรับรู้คุณภาพการพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลังการทดลอง

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2566 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและมีการสั่งกลุ่มยา Opioids โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 20 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรคและแพทย์ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย 4) ดำเนินการตามแผน และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ (Edmonton Symptom Assessment System) และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.76 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยการวิเคราะห์สถิติทีคู่ (Paired t-test)

**ผลการวิจัย :** ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแล สูงกว่า ($p<.001$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองควรมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** การวางแผนพยาบาลจัดการรายกรณี; การจัดการอาการปวด; คุณภาพการดูแล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

## Abstract

**Purposes :** The study aims to examine how a Case-Based Management Nursing Care Plan influences symptom pain and to investigate its impact on the perceived quality of palliative care in patients.

**Study design :** The study design involves a single-group experimental approach comprising both pre-test and post-test assessments.

**Materials and Methods :** This study was conducted between July and November 2023 at Thawatchburi Hospital in Roi Et province. A purposive sampling method was employed to recruit 30 adult patients who met specific criteria: 1) diagnosed with terminal illnesses and referred by their physicians to the palliative care center: 2) informed by their physicians about their terminal illnesses and advised to undergo palliative care; and 3) possessing full mental capacity. The program involved five stages: 1) identification and selection of patients; 2) assessment and examination of their issues; 3) formulation of case-based care methods tailored to identified problems; 4) execution of the program as per the devised plan; and 5) evaluation of program outcomes. Data collection involved three methods: 1) extraction from the patient's general records; 2) utilization of the Thai version of the Edmonton Symptom Assessment System; and 3) implementation of the Thai version of the Palliative Care Outcome Assessment Scale. Validation tests using Cronbach's alpha coefficients were conducted for both the Edmonton Symptom Assessment System and the Palliative Care Outcome Assessment Scale, resulting in scores of 0.76 and 0.73 (n=20), respectively. Descriptive statistics were applied for the analysis of general data, while paired t-tests were employed to compare perceptions of symptom-induced suffering and palliative care outcomes.

**Main findings :** Following program participation, patients exhibited a notably reduced average score in symptom-induced suffering ($t=11.793$, $p<.001$) and a significantly elevated average score in the perception of palliative care quality ($t=-44.819$, $p<.001$).

**Conclusion and recommendations :** The utilization of this case-based nursing care plan is recommended in palliative care centers as an effective approach for mitigating symptom pain and enhancing the perceived quality of palliative care for patients.

**Keywords :** Case-Based Management Nursing Care Plan; Symptom pain; Quality in palliative care

*Registered Nurse Professional Level, Thawatchburi Hospital.

## บทนำ

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[1] โดยผู้ป่วยระยะท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด กระวนกระวาย หายใจลำบาก ซึมเศร้าและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ[2] ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการให้คุณค่า ความเชื่อ ปัจจัยเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละบุคคล[3] ดังนั้น การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริงและสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นการดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมินและให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วยรวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย[4] ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไปโดยไม่ได้แยกผู้ป่วยไว้ต่างหากและมักถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้าย ๆ ทำให้ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม[5] การดูแลมุ่งเน้นที่การรักษามากกว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว วุฒิภาวะ สภาพทางจิตใจ สังคม วัฒนธรรมและความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านพยาบาล เช่น อายุและประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ระบบบริการและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ[6] และในปัจจุบันหลายหน่วยงานได้กำหนดรูปแบบวิธีการดำเนินงาน การดูแลแบบประคับประคองไว้เพื่อเป็นมาตรฐาน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและเชื่อมโยงสู่ชุมชน ซึ่งการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองดังกล่าวจะยังคงมุ่งเน้นไปยังผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิตในระยะต่างๆ ตามเกณฑ์การประเมิน Palliative Performance Scale ในต่างประเทศได้มีการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและสามารถวางแผนการดูแลได้ด้วยตนเอง[7] การศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายในต่างประเทศ พบว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแลแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในระยะวิกฤติและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว[8]

การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย เป็นกระบวนการร่วมมือกันของทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อการติดตามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณี โดยมีการประเมินปัญหาและสถานการณ์ กำหนดเป้าหมายการดูแล การวางแผนการช่วยเหลือสนับสนุน การส่งต่อตลอดจนการประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิอย่างเหมาะสม ได้รับข้อมูล ความรู้ ได้รับการพัฒนาทักษะ ความสามารถในการดูแลตนเองและการตัดสินใจจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล[9] นอกจากนี้ รูปแบบบริการการจัดการรายกรณีสามารถช่วยควบคุมอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว[10] ดังนั้น การจัดการรายกรณี จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม[11] โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาความต้องการการดูแลที่หลากหลายมิติของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลมีหน้าที่หลักในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การวางแผนการดูแล การอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ใช้บริการ

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลธวัชบุรีที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 มีการอบรมพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาระบบการดูแลที่บ้าน เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้าย มีแนวทางการวางแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ ตอบสนองความต้องการตามสิทธิ์ผู้ป่วยและญาติ โดยจัดการบริการดูแลในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ จัดหาอุปกรณ์สนับสนุนการดูแลที่บ้านและเชื่อมต่อเครือข่ายในชุมชน เน้นการดูแลแบบองค์รวมครบทุกมิติตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับ Service Plan ที่มีนโยบายและตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การเข้าถึงกลุ่มยา Opioids เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวการณ์จัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความทุกข์ทรมาน ประกอบกับมีการเตรียมการสำหรับผู้ป่วยและญาติหากต้องกลับไปดูแลที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลยังไม่สามารถครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินผลลัพธ์การดูแลที่เป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามอาการรบกวนและสภาพจิตใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลและไม่มีการบันทึก ดังนั้น จึงไม่สามารถที่จะประกันคุณภาพบริการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทำงานได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่อการรับรู้การจัดการอาการปวดและคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับ ประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้จากความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและการรับรู้คุณภาพการพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

## สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบของการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre- Post Test Design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการสั่งใช้ยา Opioids และได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด และศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม – พฤศจิกายน 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 20 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรคและแพทย์ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยมีระดับคะแนน PPS (The Palliative Performance Scale) อยู่ระหว่าง 40–100 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.210 โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) .53 กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของกิตติกร นิลมานัตและกัลยา แซ่ซิต[12] คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 ราย และคำนวณ Drop out ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 30 ราย เพื่อป้องกันการหล่นหายของกลุ่มตัวอย่าง

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย** ดำเนินการวิจัยตามตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรม

แล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2. ประเมินและวินิจฉัยปัญหา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบ ประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr) และแบบประเมิน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

3. วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย แนวทางการควบคุมอาการปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ รวมทั้งให้ข้อมูลประเด็นปัญหา ประสานองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4. ดำเนินการตามแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีและติดตามเยี่ยมบ้าน

5. ประเมินผลลัพธ์ของการวางแผนพยาบาลจัดการรายกรณีโดยการตอบแบบตอบถามหลังการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้อยู่ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยระยะท้ายและการรักษาที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Care Performance Scale for Suandok)[13] แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งจะใช้ในการประเมินผู้ป่วย 5 ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกตัว ซึ่งคะแนนระดับความสามารถมีตั้งแต่ 0 -100 แปลผลแบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 70% – 100% ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีอาการคงที่ ระดับ 40% - 60% ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และระดับ 0 - 30% ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

1.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr)[14] เพื่อประเมินระดับความรุนแรง[9] อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย มีระดับคะแนน 0 ไม่มีอาการนั้นเลยและ 10 รู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงที่สุด โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการนั้นรุนแรง ซึ่งแบบประเมิน ESASr ที่นำมาใช้เป็นฉบับแก้ไขจาก ESAS ฉบับดั้งเดิม ในส่วนของการเรียงข้อคำถามของอาการซึ่งมีฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลรามาธิบดี

1.4 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) เป็นแบบประเมินที่ได้รับใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล[15] แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลฉบับภาษาไทย[16] จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนเป็นคำถามปลายปิด 10 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการรบกวน ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การได้รับข้อมูล ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การสิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 0–4 คะแนน แต่ละข้อมีการระบุเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน และแตกต่างกันตามประเด็นข้อคำถามและข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมาและข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่าท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเองหรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพช่วยเหลือในการตอบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–40 ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีอาการรบกวนต่าง ๆ น้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเป็นแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 แนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงตามขั้นตอน

การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของพิกุล นันทชัยพันธ์[9] การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปแนวทางการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหาและเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินและวินิจฉัยปัญหา 3) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ 4) ดำเนินการตามแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ 5) ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณี

2.2 คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา จัดทำโดยฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง[17]

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำแนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 2 ท่าน และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษาตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะและได้ตรวจสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ ในการนำไปใช้โดยการนำแนวปฏิบัติฯ และคู่มือที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งขอคำปรึกษามายังหน่วยการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76 และ .73 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** 1) เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2) เมื่อได้รับการพิจารณารับรองแล้ว ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) เมื่อได้รับการอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย 4) ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกช่วยคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ และ 5) ดำเนินการวิจัยตามแผน

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยการวิเคราะห์สถิติทีคู่ (Paired t-test)

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 หมายเลขรับรอง COE0812566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับการรักษาความลับของข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (50.0%) และเพศชาย (50.0%) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี (40.0%) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.08 ปี (SD.=11.70) สถานภาพสมรสคู่ (66.7%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (70.0%) นับถือศาสนาพุทธ (100.0%) สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นสิทธิบัตร

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (76.7%)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง (100.0%) พบเป็นมะเร็งตับ (26.7.0%) ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะท้ายประมาณ 3 เดือน (23.3.0%) เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการมากที่สุด (66.7%) โดยพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (PPS) ระหว่าง 30-50 คะแนน และ 50-70 (46.7.0%) และมีระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (PPS) ระหว่าง 50-70 คะแนน (6.70%)

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยระยะท้าย ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรมแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานลดลง 0.79 คะแนน (95% CI:1.45, – 4.10) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณี (n=30)

| การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ | Mean(SD.) | Mean Difference | 95% CI | P |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 1.81(0.37) | 0.79 | 1.45, – 4.10 | <.001 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 1.02(0.06) | | | |

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรมแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น 1.57 คะแนน (95% CI:-1.49, -1.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนพยาบาลจัดการรายกรณี (n=30)

| คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแล | Mean(SD.) | Mean Difference | 95% CI | p |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 2.85(0.18) | 1.57 | -1.49, -1.67 | <.001 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 4.42(0.07) | | | |

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการดูแล ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ออาการปวดและการรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า คะแนนผลลัพธ์การรับรู้คุณภาพการดูแล ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ออาการปวดและรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า

มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ พึงพอใจต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษา (Mean=5.00, SD.=0.00) รองลงมาเป็นระดับมาก ได้แก่ มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจหรือซักถามกับแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพการที่ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือตามการร้องขอ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การที่ได้มีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือไม่ทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแผนการรักษาของผู้ป่วย การได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจากพยาบาลและทีมสุขภาพและการได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาตามลำดับ โดยมีคะแนนรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean =4.67, SD. =0.50) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อแผนการพยาบาลจัดการอาการปวดและการรับรู้คุณภาพการดูแลหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี (N=30)

| ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล | Mean(SD.) | แปลผล |
|---|---|---|
| 1. ได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแผนการรักษาของผู้ป่วย | 4.53(0.73) | ระดับมาก |
| 2. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | 4.70(0.59) | ระดับมาก |
| 3. ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือตามการร้องขอ | 4.73(0.52) | ระดับมาก |
| 4. พึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือไม่ทุกข์ทรมาน | 4.53(0.73) | ระดับมาก |
| 5. มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจหรือซักถามกับแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ | 4.93(0.36) | ระดับมาก |
| 6. ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจากพยาบาลและทีมสุขภาพ | 4.46(0.62) | ระดับมาก |
| 7. ท่านมีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย | 4.70(0.47) | ระดับมาก |
| 8. ท่านได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา | 4.43(0.50) | ระดับมาก |
| 9. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลของทีมผู้ให้การดูแลรักษา | 5.00(0.00) | ระดับมากที่สุด |
| โดยรวม | 4.67(0.50) | ระดับมาก |

## วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่มีคะแนน PPS อยู่ที่ 30–50 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้าย มีการลุกลามของโรค และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล อาการทางกายที่รบกวนผู้ป่วย เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยระยะท้าย[18-19] การจัดการรายกรณีจึงเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่ง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลสุขภาพในฐานะตัวแทนของผู้ป่วยในการประเมิน วางแผน อำนวยความสะดวกและพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการผ่านการประสานงาน และความร่วมมือการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดของผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ การรับรู้

ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย[12] ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเน้นการบรรเทาและควบคุมอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ดังนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องวางแผนประเมินภาวะสุขภาพ แผนการดูแลและการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อใช้ในการสื่อสารการดูแลกับทีมสหวิชาชีพให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่ดีมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลที่อยู่ในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการวางแผนการพยาบาลจัดการรายกรณีต่ออาการปวดและรับรู้คุณภาพของผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่กำหนดขึ้นเป็นการจัดการอาการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยกิจกรรมทางด้านร่างกาย เน้นการบรรเทาอาการความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น สำหรับทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เน้นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มั่นใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น การที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้มั่นใจได้ว่าเมื่ออยู่ที่บ้านผู้ป่วยและญาติก็จะช่วยกันดูแลและจัดการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้[20] โดยบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประกอบด้วย การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การสอนและการให้คำแนะนำ การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอาการทางกายและจิตใจได้ครบถ้วน ทั้งการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การเยี่ยมบ้านหรือการติดต่อให้ข้อมูลทางไลน์หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่สามารถสื่อสารกันได้ง่าย ซึ่งการได้รับการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยระยะท้ายช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย[9-10,21-22] และการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่พบว่า การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมช่วยเพิ่มความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย[23]

## ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยระยะท้ายมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและเพิ่มการรับรู้ถึงคุณภาพการดูแล ดังนั้น ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อแก้ปัญหาและดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ และการรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในระยะยาวและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประกาศ เจริญราษฎร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ และสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ขอขอบคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา, ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์ และ

นางสาวนิรัฐฐา ยะราไสย์ พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดีและท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวผู้ร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้โอกาสในการดูแล

## เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
2. สถาพร ลีลานันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
4. WHO. WHO definition of palliative care [Internet]. 2005 [cited 2014 Jan 31]. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
5. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต อายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
6. ทัศนีย์ ทองประทีป. เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์. 2547;11(2):36-46.
7. Ferrell B R, Temel J S, Temin S, Alesi E R, Balboni T A, Basch E M, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112.
8. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Handbook for palliative guidelinds NHK, U.K. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
9. พิกุล นันทชัยพันธ์. การจัดการกรณีในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารพยาบาลสาร. 2558;42(1):153-58.
10. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients With cancer. Am J Hosp Palliat Med. 2014;31(6):655-64.
11. Plas A G M, Onwuteaka-Philipsen B D, Watering M, Jansen W J, Vissers K C, Deliens L. What is case management in palliative care? An expert panel study. BMC Health Serv Res. 2012;12:63.
12. กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ชิต. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(3):51-66.
13. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing G M, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med. 2012;26(8):1034-41.
14. Watanabe S M, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multi-centre comparison of two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2011;41(2):456-68.
15. Collins E S, Witt J, Bausewein C, Daveson B A, Higginson I J, Murtagh F E M. A systematic review of the use of the Palliative Care Outcome Scale and the support team

assessment schedule in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2015;50(6): 842-53.e19.

16. Sapinan L. Manual for Palliative care outcome scale: POS. Chiang Mai: Klang Veing Publisher; 2013.
17. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS). ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
18. Chotetanaprasit N. Common symptoms in cancer patients referred to palliative care department. Bulletin of the Department of Medical Services. 2014;39(1):1-6.
19. Chaithanasarn A. Manual of end of life care and family. Bangkok: Beyond enterprice company; 2016.
20. Lo C, Hales S, Rydall A, Panday T, Chiu A, Malfitano C, et al. Managing cancer and living meaningfully: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015;16:391.
21. Aiken L S, Butner J, Lockhart C A, Volk-Crafy B E, Hamilton G, Williams F G. Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare Intervention: program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. J Palliat Med. 2006;9(1):111-25.
22. Head B A, LaJoie S, Augustine-Smith L, Cantrell M, Hofmann D, Keeney C, et al. Palliative care case management increasing access to community-based palliative care for medicaid recipients. Prof Case Manage. 2010;15(4): 206–17
23. Sumruayphol P, Ratchukul S. Effects of case management in patients with breast cancer on patient's satisfaction in services and perceived professional value of staff nurses. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2015;27(1):95-109.

# การพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
# Development of Performance Appraisal for Nurse as Work place at Community Hospital, Roi-Et Provincial Health Office

**วิภาพร เสมอภาค**
**Wipapron Samerphark**
Corresponding author: E-mail: Wipapon19@gmail.com
(Received: February 23, 2024; Revised: March 1, 2024; Accepted: April 1, 2024)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อสร้างและพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้างาน) 115 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 184 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับ (Guide line) สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วยเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient

**ผลการวิจัย :** แบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 9 ด้าน จำนวน 54 ข้อ มีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) ตั้งแต่ .570-.885 และ .331-.744 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - total correlation) รายข้อตั้งแต่ .412-.919 และ .293 -.750 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับตั้งแต่ .989-.971 และ .927-.847 ตามลำดับ

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนได้

**คำสำคัญ :** แบบประเมิน; พยาบาลวิชาชีพ; โรงพยาบาลชุมชน

*นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

## Abstract

**Purposes :** To create and develop performance appraisal for nurse as work place at community Hospital, Roi-Et Provincial Health Office.

**Study design :** Descriptive Research.

**Materials and Methods :** 115 of head of nursing and supervisors and 184 of professional nurses working, The sample were nursing executives obtained from stratified random sampling, we were conducted from March to August 2023. Data were collected using question guideline for focus group. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and pearson product moment correlation coefficient.

**Main findings :** The develop performance appraisal for nurse as work place at community hospital were consisted of 9 items, total 54 questionnaire items with inter-rater reliability ranging from .570-.885 and .331-.744 with statistical significance. ($p<.001$). The discriminant power values for each Item - total correlation for individual items ranged from .412-.919and .293-.750 and the reliability values of the entire assessment form ranged from .989-.971 and .927-.847 respectively.

**Conclusion and recommendations :** The results from this research can be used to evaluate performance of professional nurses who practice in community hospitals.

**Keywords :** Performance Appraisal; Nurse; Community Hospital.

*Human Resources, Professional Level, Roi-Et Provincial Public Health Office.

## บทนำ

ระบบการบริหารงานภาครัฐได้รับอิทธิพลจากแนวทางการปฏิรูประบบราชการพลเรือนในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ที่ต้องการให้ระบบราชการปลอดจากการแทรกแซงทางการเมืองและระบบอุปถัมภ์ มีลักษณะความเป็นสถาบันไม่ตกเป็นเครื่องมือของชนชั้นปกครองหรือผู้นำทางการเมือง สอดรับกับสังคมอุตสาหกรรมพยายามแยกการเมืองออกจากการบริหาร วางรากฐานความเป็นมืออาชีพนิยม (Professionalism) ยึดหลักกฎหมายและความมีเหตุผลบนพื้นฐานของหลักความรู้ความสามารถและระบบคุณธรรม (Merit System) เป็นกลางทางการเมือง มุ่งรับใช้ประชาชน และคำนึงถึงผลประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก[1] และการประเมินผลการปฏิบัติงานนั้นเป็นการประเมินผลงานปัจจุบันหรือในอดีตของพนักงานโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานผลการปฏิบัติงานของพวกเขา[2] หรือการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกระบวนการประเมินผลงานของพนักงานและสื่อสารข้อมูลผลงานสู่พนักงาน (Mathis and Jackson) หรือ การประเมินผลการปฏิบัติงาน หมายถึง ระบบที่เป็นทางการของการพิจารณาทบทวนและประเมินผลบุคคลหรือทีมงานเกี่ยวกับผลงาน[3]

การบริหารผลการปฏิบัติราชการเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อผลักดันให้ผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการบรรลุเป้าหมาย โดยการเชื่อมโยงเป้าหมายผลการปฏิบัติราชการในระดับองค์กร หน่วยงานและบุคคลเข้าด้วยกัน โดยผ่านกระบวนการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม การติดตามผลการปฏิบัติราชการอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลการปฏิบัติราชการที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด[4] และมีการนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการพิจารณาตอบแทนความดีความชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน 1) การกำหนดให้มีการวางแผนปฏิบัติราชการเป็นรายบุคคล นอกจากช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนรับทราบเป้าหมายผลการปฏิบัติราชการของตนอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นรอบการประเมินแล้วยังช่วยให้เห็นภาพความเชื่อมโยงของงานที่ตนรับผิดชอบกับผลสำเร็จขององค์กรได้ชัดเจนขึ้นอีกด้วย 2) ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมและตรงความต้องการของแต่ละบุคคลมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการบริหารผลการปฏิบัติราชการกำหนดไว้ว่าต้องมีการติดตามผลการปฏิบัติราชการเป็นรายบุคคลเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดข้องในการทำงานอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแนวทาง/วิธีการปฏิบัติงาน และการพัฒนาตัวผู้ปฏิบัติงานให้สามารถทำงานมุ่งเป้าสู่ความสำเร็จขององค์กรได้ดียิ่งขึ้น และ 3) การประเมินผลการปฏิบัติราชการจะมีความชัดเจนและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้นเพราะสิ่งที่ผู้รับการประเมินจะได้รับทราบแล้วตั้งแต่ต้นรอบการประเมิน ทั้งนี้กระบวนการบริหารผลการปฏิบัติราชการกระบวนการบริหารผลการปฏิบัติราชการประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การวางแผนและการกำหนดเป้าหมายผลการปฏิบัติราชการ (2) การติดตาม (3) การพัฒนา (4) การประเมินผลการปฏิบัติราชการ และ (5) การให้รางวัล[5]

เช่นเดียวกับจินดาลักษณ์ วัฒนสินธุ์[6] ได้สรุปรูปแบบการบริหารจัดการภายใต้กระบวนทัศน์ใหม่ว่า เป็นลักษณะที่มีการอาศัยหลายฐานความรู้ด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็น 1) การมุ่งเน้นผลงาน โดยให้ความสำคัญกับผลการดำเนินงานในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพการบริการ ความเสมอภาคเท่าเทียม ตลอดจนความพึงพอใจของประชาชน ทั้งนี้ การมุ่งเน้นผลงานนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ระบบการจัดการใหม่ต้องคำนึงถึงด้วยการรักษามาตรฐานนี้ไว้ในระบบราชการ 2) การกระจายอำนาจ สร้างกลไกการรับฟังที่เข้มแข็ง ทำให้เกิดการจัดการที่ยืดหยุ่น 3 สภาพแวดล้อมภายนอกต้องมีขั้นตอนการปรับตัวเพื่อให้เกิดความยั่งยืน 4 การตอบรับต่อข้อมูลจากภายนอกองค์การด้วยการเสริมสร้างระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่แม่นยำถูกต้อง และเชื่อถือได้ 5) การประเมินผลจากหลายฝ่าย โดยภาครัฐต้องสนับสนุนให้หน่วยงานรัฐทุกหน่วยงานส่งเสริมการประเมินผลในระบบเปิด[6] และ 6) การสร้างความเข้มแข็งในขีดความสามารถในการวางมาตรการทางกลยุทธ์ด้วยการเริ่มต้นจากเสริมสร้างจากส่วนกลางเพื่อชี้แนวทางการปฏิรูปภาครัฐ

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทุกคนต้องยึดถือและปฏิบัติ โดยนอกจากต้องปฏิบัติงานภายใต้กฎหมาย ข้อบังคับของวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์แล้ว ยังต้องปฏิบัติตามมาตรฐานงานในบริบทที่แตกต่างกันไปตามบทบาทของพยาบาลแต่ละคนตามขอบเขตหน้าที่ของตำแหน่งในแต่ละหน่วยงาน ทั้งบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และบทบาทตามคุณสมบัติเฉพาะ ซึ่งต้องสอดคล้องกับระดับตำแหน่งของพยาบาลคนนั้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริหารทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสม คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร พยาบาล ผู้ป่วย และประชาชนผู้รับบริการ[7]

อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานและผลสัมฤทธิ์ของงานราชการพบว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานดังกล่าวมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ประการสำคัญ คือ ข้อรายการที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลได้ครบถ้วน จากทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน และแบบฟอร์มที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายละเอียดองค์ประกอบของแบบฟอร์มควรมีการปรับปรุง เพราะขาดเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ข้อรายการส่วนใหญ่เข้าใจยาก เนื่องจากมีลักษณะเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ขาดความเที่ยงความตรง และประการสำคัญคือ ได้รับการยอมรับจากพยาบาลประจำการอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากพยาบาลประจำการมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานในระดับน้อย ในการที่จะชี้แจงกับพยาบาลประจำการส่วนใหญ่ใช้วิธีบอกด้วยวาจามากกว่าเป็นลายลักษณ์อักษร การให้ข้อมูลป้อนกลับแก่พยาบาลประจำการเรื่องการปฏิบัติงาน และการพัฒนาตนเองมีในระดับน้อย รวมทั้งการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานมาใช้ประกอบการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง และการโยกย้ายมีในระดับน้อยมาก จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าการประเมินผลการปฏิบัติงานขาดความยุติธรรมส่งผลให้ขวัญและกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพต่ำลง จนเป็นสาเหตุหนึ่งของการโอนย้ายหรือลาออกไปประกอบอาชีพอื่นๆ ส่วนปัญหาของผู้ประเมินผลการปฏิบัติงาน คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ใช้วิธีการสังเกตการทำงานแล้วจดบันทึกไว้ ซึ่งมีข้อเสียในเรื่องความเที่ยงตรงในการประเมินเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังนั้น องค์กรควรมีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่พยาบาล และองค์การพยาบาลต่อไป[8] จากการประมวลเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลเพื่อให้ได้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมมีความเที่ยงความตรงและนำไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

**ประชากร** การศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ ผู้บริหารทางการพยาบาล (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างาน) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 115 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 19 แห่ง จำนวนประชากรทั้งหมด 3,420 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการกำหนดขนาด

กลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%[9] ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 115 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 299 คน 2) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้วิธีการคำนวณตามสัดส่วนประชากรจริงในแต่ละโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากการจับสลากโดยแยกจับฉลากจากบัญชีรายชื่อของหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และ 3) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการคำนวณตามสัดส่วนประชากรจริงในแต่ละโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากการจับสลาก โดยแยกจับฉลากจากบัญชีรายชื่อของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

**ชุดที่ 1** แนวคำถาม เป็นแนวคำถาม (Guide line) เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาลและด้านปฏิบัติการพยาบาลเพื่อกำหนดข้อรายการในแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ส่วนข้อแนวคำถามมีดังนี้ 1) ท่านคิดว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ควรประเมินในด้านใดบ้าง 2) ท่านคิดว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแต่ละด้านควรประเมินในเรื่องอะไรบ้าง 3) ท่านคิดว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ควรประเมินพฤติกรรมอะไรบ้าง 4) ท่านคิดว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน ควรมีมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เป็นกี่ระดับ 5) ท่านคิดว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ควรมีความหมายของแต่ละช่วงคะแนนอย่างไร และ 6) ท่านคิดว่าแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ควรมีเกณฑ์ในการพิจารณาของแต่ละช่วงคะแนนอย่างไร

**ชุดที่ 2** แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากการสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดการประเมินผลการปฏิบัติงานของ Brumback and Mcfee[10] และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมการประเมิน 9 ด้าน คือ สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาล สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในภาวะวิกฤต สมรรถนะด้านการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสาร สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเอง สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม สมรรถนะด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ และสมรรถนะด้านการบริหารทีมการพยาบาล จำนวน 54 ข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการนำข้อรายการในแบบประเมินผลการปฏิบัติงานไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีความหมายดังนี้

เป็นไปได้มากที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้มากที่สุดในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

เป็นไปได้มาก หมายถึง เมื่อผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้มากในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

เป็นไปได้ปานกลาง หมายถึง เมื่อผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้ปานกลางในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

เป็นไปได้น้อย หมายถึง เมื่อผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้น้อยในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

เป็นไปได้น้อยที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้น้อยที่สุดในการใช้

ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

**เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้**

5 คะแนน หมายถึง เป็นไปได้มากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง เป็นไปได้มาก

3 คะแนน หมายถึง เป็นไปได้ปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง เป็นไปได้น้อย

1 คะแนน หมายถึง เป็นไปได้น้อยที่สุด

**กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน** ใช้วิธีแบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) ของวิเชียร เกตุสิงห์[11] ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้มากในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้ปานกลางในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ข้อรายการนั้นมีความเป็นไปได้น้อยในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

**ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน**

แบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินผลการปฏิบัติงานและคู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานในการสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยใช้แนวคิดวิธีการสร้างเครื่องมือของ Wood and Haber[12] และศิริรัตน์ คงสุวรรณ[13] ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขอบเขตของแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดข้อรายการของแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 4 สร้างคู่มือสำหรับการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 6 หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน

**ขั้นตอนที่ 1** กำหนดขอบเขตของแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดย 1) วิเคราะห์หน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (Job Description) เพื่อกำหนดหัวข้อ หรือขอบเขตในการจัดทำแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ 2) ศึกษาค้นคว้าตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดประเมินผลการปฏิบัติงานในการบริหารองค์การและหน่วยงานของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดการพัฒนาวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของ Brumback and Mcfee[10] และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและ 3) ศึกษาวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของการประเมินวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ คือ ใช้ประกอบการพิจารณาความดีความชอบในการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งประจำปี เพื่อพัฒนาพยาบาลและประโยชน์ต่องานบริหารบุคคล

**ขั้นตอนที่ 2** กำหนดข้อรายการของแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยกำหนดข้อรายการในแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2) ศึกษา และวิเคราะห์หน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน 3) สนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามเพื่อนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านปฏิบัติการพยาบาล จากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ได้ข้อรายการในแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเป็นความคิดเห็นที่ได้จากกลุ่มมีความสอดคล้องกัน โดยไม่ได้เป็นข้อรายการที่เกิดจากผู้วิจัยกำหนดขึ้น วัตถุประสงค์ในการจัดสนทนากลุ่ม คือ (1) หาข้อรายการในแบบประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาล

วิชาชีพ (2) กำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ และ (3) กำหนดคะแนนในการประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพเพื่อไม่ให้ข้อรายการ เกณฑ์และคะแนนเกิดขึ้นจากผู้วิจัยกำหนดขึ้น และเพื่อให้มีความตรง (Face Validity) โดยการสนทนากลุ่ม 4 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** สนทนากลุ่ม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท จบการศึกษาสาขาการบริหารการพยาบาลมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**ครั้งที่ 2** สนทนากลุ่ม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ และประสบการณ์ในด้านบริหารการพยาบาล จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป จบการศึกษาสาขาการบริหารการพยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรบริหารดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**ครั้งที่ 3** สนทนากลุ่ม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 7 คน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป จบการศึกษาสาขาการบริหารการพยาบาล บริหารการศึกษา ได้รับการอบรมหลักสูตรบริหาร มีประสบการณ์ในการสอนทางพยาบาลศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**ครั้งที่ 4** สนทนากลุ่ม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านบริหารการพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญดังนี้ มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปได้รับการอบรมหลักสูตรบริหาร ดำรงตำแหน่งผู้บริหารตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทำสนทนากลุ่มทั้ง 4 ครั้ง มาถอดเทป วิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ และนำข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างเป็นข้อรายการในแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้แบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อรายการทั้งหมด 54 ข้อ

**ขั้นตอนที่ 3** การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินผลการปฏิบัติงานผู้วิจัยนำแบบประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพที่สร้างขึ้นและผ่านการแก้ไขในขั้นต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ตัวแทนผู้เชี่ยวชาญที่ทำการสนทนากลุ่มด้านบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านละ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ไม่มีการแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน

**ขั้นตอนที่ 4** สร้างคู่มือสำหรับการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

**ขั้นตอนที่ 5** การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นและผ่านการแก้ไขในขั้นต้นจากที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน โดยยึดว่าเป็นผู้ทรงคุณวุฒิสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด:ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกเท่ากับ 2:1 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จำนวน 2 คน ครอบคลุมด้านบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุมและสอดคล้องของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อรายการและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งความถูกต้องของการวัด และเกณฑ์พิจารณาคะแนนโดยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงเชิงเนื้อหาตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

**ขั้นตอนที่ 6** การทดลองใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลการปฏิบัติงานที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ รามทั้งหมด 3 แห่งๆ ละ 10 คน รวมทั้งหมดจำนวน 30 คนโดยกลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้เป็นคนละกลุ่ม

กับที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แต่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยมีผู้ประเมินพยาบาลวิชาชีพแห่งละ 2 คน คือ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างาน ใช้เวลาในการประเมิน 2 สัปดาห์

**ขั้นตอนที่ 7** การหาความเที่ยงของแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน (Reliability)

7.1 การหาความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ด้าน 9 ด้านด้านเท่ากับ .570-.885 และ .331-.744 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

7.2 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อวิเคราะห์โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนใน แต่ละข้อรายการกับคะแนนรวมของข้อรายการแต่ละด้าน (Item - total correlation) ตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .412-.919 และ .293 -.750 ตามลำดับ

7.3 การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมินผลการปฏิบัติงานตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับตั้งแต่ .989 -.971 และ .927-.847 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพมาจัดทำเป็นแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 19 แห่ง เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัว พร้อมทั้งโครงร่างโดยสังเขปและแบบสอบถาม 1 ชุด ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเพื่อแจ้งรายละเอียด และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งหนังสือชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามและรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปยังฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลด้วยตนเอง

4. กรณีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวพร้อมทั้งโครงร่างวิจัยโดยสังเขปและแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด พบหัวหน้างานฝ่ายบริหารงานทั่วไปเพื่อชี้แจงรายละเอียด และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1-31 เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 299 คน ได้รับข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 299 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Stata 17 for Windows โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

3. ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ วิเคราะห์โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแต่ละข้อรายการกับคะแนนรวมของข้อรายการแต่ละด้าน (Item - total Correlation)

4. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

5. ความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมินไปใช้วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ส่งโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัย ด้านจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1392565 ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 299 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (93.8%) อายุเฉลี่ย 41.42 ปี (SD.=11.68) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (88.9%) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.39 ปี (SD.=12.10) ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน (68.7%) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 11.74 ปี (SD.=9.35) และปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน (IPD) (27.4%) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (n=299)

| ลักษณะทางประชากร | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| **อายุ (ปี)** | Mean(SD.) | 41.42(11.68) |
| | Min(Max) | 22.0(60.0) |
| **เพศ** | ชาย | 11(6.2) |
| | หญิง | 288(93.8) |
| **ระดับการศึกษาสูงสุด** | ปริญญาตรี | 273(88.9) |
| | ปริญญาโท | 25(8.1) |
| | ปริญญาเอก | 1(0.3) |
| **ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน** | Mean(SD.) | 18.39(12.10) |
| | Min(Max) | 1.0(40.0) |
| **ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน** | ผู้บริหารทางการพยาบาล | 68(28.7) |
| | พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน | 211(68.7) |
| **ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน** | | |
| | Mean(SD.) | 11.74(9.35) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ลักษณะทางประชากร | | จำนวน(%) |
|---|---|---|
| | Min(Max) | 1.0(30.0) |
| **แผนกที่ปฏิบัติงาน** | ผู้ป่วยนอก (OPD) | 58(18.9) |
| | ผู้ป่วยใน (IPD) | 84(27.4) |
| | อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) | 29(9.4) |
| | การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ | 41(13.4) |
| | พยาบาลจิตเวช | 23(7.5) |
| | วิสัญญีพยาบาล | 14(4.6) |
| | ห้องผ่าตัด (OR) | 22(7.2) |
| | ปฐมภูมิและองค์รวม | 16(5.2) |
| | ห้องผู้คลอด (LR) | 12(3.9) |

2. การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน แบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้ง 9 ด้าน เท่ากับ .570-.885 และ .331-.744 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน จำแนกเป็นรายด้าน

| สมรรถนะรายด้าน | ผู้บริหาร | | ผู้ปฏิบัติงาน | |
|---|---|---|---|---|
| | r | p | r | p |
| 1. สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาล | 1.00 | <.001 | 1.00 | <.001 |
| 2. สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล | .690 | <.001 | .303 | <.001 |
| 3. สมรรถนะด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในภาวะวิกฤต | .885 | <.001 | .320 | <.001 |
| 4. สมรรถนะด้านการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา | .706 | <.001 | .500 | <.001 |
| 5. สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสาร | .672 | <.001 | .744 | <.001 |
| 6. สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเอง | .611 | <.001 | .455 | <.001 |
| 7. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม | .643 | <.001 | .634 | <.001 |
| 8. สมรรถนะด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ | .443 | <.001 | .606 | <.001 |
| 9. สมรรถนะด้านการบริหารทีมการพยาบาล | .570 | <.001 | .311 | <.001 |

3. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ วิเคราะห์โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแต่ละข้อรายการกับคะแนนรวมของข้อรายการแต่ละด้าน (Item – total correlation) พบว่า สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาลมีค่าตั้งแต่ .672-.793 สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าตั้งแต่ .638-.871 สมรรถนะด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในภาวะวิกฤตมีค่าตั้งแต่ .819-.875 สมรรถนะด้านการให้ความรู้ ให้คำปรึกษามีค่าตั้งแต่ .855-.969 สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสารมีค่าตั้งแต่ .883-.969 สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองมีค่าตั้งแต่ .845-.919 สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรมมีค่าตั้งแต่ .560-.919 สมรรถนะด้านทัศนคติต่อวิชาชีพมีค่าตั้งแต่ .412-.649 และสมรรถนะด้านการบริหารทีมการพยาบาลมีค่าตั้งแต่ .615-.969

แบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมตามความคิดพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาลมีค่าตั้งแต่ .618-.730 สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าตั้งแต่ .308-.559 สมรรถนะด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในภาวะวิกฤตมีค่าตั้งแต่ .388-.640 สมรรถนะด้านการให้ความรู้ให้คำปรึกษามีค่าตั้งแต่ .510- .758 สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสารมีค่าตั้งแต่ .874-.915 สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองมีค่าตั้งแต่ .661-.751 สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรมมีค่าตั้งแต่ .404-.891 สมรรถนะด้านทัศนคติต่อวิชาชีพมีค่าตั้งแต่ .293-.683 และสมรรถนะด้านการบริหารทีมการพยาบาลมีค่าตั้งแต่ .351-.707

4. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมินผลการปฏิบัติงานตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับตั้งแต่ .989-.971 และ .927-.847 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบประเมินผลการปฏิบัติงานตามความคิดเห็นของผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน จำแนกเป็นรายด้าน

| สมรรถนะรายด้าน | Cronbach's Alpha Coefficient | |
|---|---|---|
| | ผู้บริหาร | ผู้ปฏิบัติงาน |
| 1. สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาล | .989 | .971 |
| 2. สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล | .963 | .828 |
| 3. สมรรถนะด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในภาวะวิกฤต | .927 | .884 |
| 4. สมรรถนะด้านการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา | .986 | .939 |
| 5. สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสาร | .984 | .991 |
| 6. สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเอง | .991 | .985 |
| 7. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม | .928 | .862 |
| 8. สมรรถนะด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ | .970 | .847 |
| 9. สมรรถนะด้านการบริหารทีมการพยาบาล | .948 | .871 |

5. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเป็นไปได้ในการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามความคิดเห็นของผู้บริการทางการพยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเป็นไปได้มากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 9 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน จำแนกเป็นรายด้าน

| สมรรถนะรายด้าน | ผู้บริหาร | ผู้ปฏิบัติงาน | IOC |
|---|---|---|---|
| | Mean(SD.) | Mean(SD.) | >80% |
| 1. สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาล | 4.18(0.91) | 4.18(0.90) | >80% |
| 2. สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล | 4.23(0.83) | 4.26(0.69) | >80% |
| 3. สมรรถนะด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในภาวะวิกฤต | 4.25(0.84) | 4.31(0.69) | >80% |
| 4. สมรรถนะด้านการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา | 4.22(0.86) | 4.27(0.76) | >80% |
| 5. สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสาร | 4.24(0.84) | 4.22(0.87) | >80% |
| 6. สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเอง | 4.24(0.85) | 4.28(0.84) | >80% |
| 7. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม | 4.27(0.74) | 4.27(0.67) | >80% |
| 8. สมรรถนะด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ | 4.30(0.68) | 4.30(0.69) | >80% |
| 9. สมรรถนะด้านการบริหารทีมการพยาบาล | 4.25(0.79) | 4.28(0.69) | >80% |

## วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 9 ด้าน มีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) ตั้งแต่ .570-.885 และ .331-.744 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - total correlation) รายข้อตั้งแต่ .412-.919 และ .293 -.750 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับตั้งแต่ .989-.971 และ .927-.847 ตามลำดับ สอดคล้องกับการพัฒนาแบบประเมินสมรรถะพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า แบบประเมินสมรรถะพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 7 สมรรถนะ ข้อรายการสมรรถนะ 57 ข้อ ดังนี้ ด้านการคัดแยกอาการ (จำนวน 9 ข้อ) ด้านการฟื้นคืนชีพชั้นสูง (จำนวน 4 ข้อ) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (จำนวน 20 ข้อ) ด้านนิติเวชในงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (จำนวน 5 ข้อ) ด้านการติดต่อสื่อสาร (จำนวน 5 ข้อ) ด้านการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้เชิงประจักษ์ (จำนวน 8 ข้อ) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (จำนวน 6 ข้อ) การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน พบว่า แบบประเมินมีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .99 ความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ .97 และความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนของฮอยท์ (Hoyt's Analysis of Variance method) เท่ากับ.99 และเกณฑ์การตัดสินสมรรถะพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยรวมมีค่าคะแนนจุดตัดที่ $T_{51.84}$ และผลการศึกษาทำให้

ผู้บริหารหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินสามารถนำแบบประเมินไปใช้และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินต่อไป[14]; แบบประเมินสมรรถนะ พยาบาลพี่เลี้ยงมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการสร้างสัมพันธภาพและการนิเทศแบบเชิญชวน 2) ด้านภาวะผู้นำการ พัฒนาคุณภาพการบริการ 3) ด้านการคิดเชิงระบบเวชศาสตร์เขตเมือง 4) ด้านการเป็นต้นแบบจิตสาธารณะ 3) ด้านปฏิบัติการพยาบาล และ 4) ด้านความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยมีค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เท่ากับ 0.976 และผลการทดสอบ Bartlett's Sphericity มีค่า p<.001 มีค่าไอเกนแต่ละองค์ประกอบระหว่าง 5.23 -11.66 และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.27-16.19 และความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 16.19-73.67 โดยสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงทั้ง 6 ด้านผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.91 ค่าดัชนีความเชื่อมั่นรายข้อ (1-CVI) เท่ากับ 0.81 -1.00 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 แสดงว่าแบบประเมินมีความเชื่อถือได้สูงมาก[15];การวิจัย พบว่า 1) แบบประเมินสมรรถนะประจำสายงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ประกอบด้วยสมรรถนะซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัดมีจำนวน 6 สมรรถนะ ระยะผ่าตัดมีจำนวน 5 สมรรถนะ และระยะหลังผ่าตัดมีจำนวน 4 สมรรถนะ 2) ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ .99 3) ผลการทดลองใช้แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยพบว่า แบบประเมินมีความตรงเชิงโครงสร้าง และระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดอยู่ในระดับที่ 4 ทุกประเด็น[16]

นอกจากนั้นยังพบว่าสอดคล้องกับเสาวนีย์ เนาวพาณิช และคณะ[17] ได้พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช และประเมินผลการนำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราชไปใช้การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน อาจารย์แพทย์ 2 คน ผู้ป่วย 5 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 5 คนรวมทั้งสิ้น 23 คน ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้องมี 3 สมรรถนะหลัก ได้แก่ ความสามารถหลักเชิงวิชาชีพ (Professional Competency ความสามารถในงานร่วมกัน (Common Functional Competency) ความสามารถในงานเฉพาะทาง Specific Functional Competency) และ 8 สมรรถนะย่อย ระยะที่ 2 นำข้อมูลในระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และค่าความเที่ยงของผู้ประเมินเท่ากับ 0.81 ระยะที่ 3 การนำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช มาประเมินสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลโรคหัวใจ จำนวน 5 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีสมรรถนะทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี (Mean= 2.51, SD.= 0.49)

กล่าวได้ว่าผลการพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ครั้งนี้ประกอบด้วย 9 ด้าน จำนวน 54 ข้อ มีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินตั้งแต่ .570-.885 และ .331-.744 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - total correlation) รายข้อตั้งแต่ .412-.919 และ .293 -.750 และค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับตั้งแต่ .989-.971 และ .927-.847 ตามลำดับ

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย** จากผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดจะเป็นประโยชน์ในการนำแบบประเมินไปใช้ ประเมินสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่บรรจุใหม่ และควรมีแผนในการพัฒนาเรื่องการสร้างผลงานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนางาน และสร้างองค์ความรู้ให้กับองค์กร

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ไป** การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาสำหรับการนำเครื่องมือการบริหารผลการปฏิบัติงานมา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องคำนึงถึง ได้แก่ 1) การทบทวนถึงการนำเครื่องมือการบริหารผลการปฏิบัติงานมาใช้ 2) ความสอดคล้องกับค่านิยม และวัฒนธรรมขององค์กร และ 3) บทบาทของหน่วยงานกลางสำหรับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติที่ส่วนราชการสามารถนำเครื่องมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิผล ได้แก่ 1) การสร้างกฎเกณฑ์ของการนำเครื่องมือมาใช้ 2) การเริ่มต้นขับเคลื่อนจากผู้นำองค์การ 3) ความสอดคล้องระหว่างวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ และ 4) ความสอดคล้องระหว่างยุทธศาสตร์และการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานของส่วนราชการ และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตเพื่อต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการนำเครื่องมือการบริหารผลการปฏิบัติงานมาใช้กับประเทศไทย ได้แก่ 1) การศึกษาเปรียบเทียบถึงความเหมือนและความแตกต่างระหว่างการนำเครื่องมือการบริหารผลการปฏิบัติงานมาใช้ในแต่ละประเทศ 2) การศึกษาถึงค่านิยมและวัฒนธรรมในการทำงานของระบบราชการไทย 3) การศึกษาส่วนราชการไทยแต่ละประเภท และ 4) การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรภาครัฐต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. ทศพร ศิริสัมพันธ์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารราชการแนวใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2549.
2. Dessler G. Human Resource Management. New Jersey : Pearson Prentice Hall; 2008.
3. Monday O. Critical Review and Compares between Maslow, Herzberg and MeClelland's Theory of Needs. Funai journal of accounting, business and finance (fujabf). 2017;1(1):161-73.
4. ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. ทฤษฎีองค์การสมัยใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: แซท โฟร์ พริ้นติ้งจำกัด; 2557.
5. อาภรณ์ ภู่วิทยพันธุ์. กลยุทธ์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Strategic Human Resource Development). กรุงเทพฯ: บริษัท เอช อาร์ เซ็น เตอร์ จำกัด; 2551.
6. จินดาลักษณ์ วัฒนสินธุ์. รวมบทความการจัดการภาครัฐ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ที่พีเอ็น เพรส; 2553.
7. นิภาภัทร อยู่พุ่ม และคณะ. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา SN1103 จิตวิทยาและพัฒนาการของมนุษย์. คณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. ขอนแก่น: เอ็มมี่ ก็อปปี้ เซนเตอร์; 2556.
8. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2554.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ และมนุษย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. Brumback G B, Mcfee T S. FROM MBO TO MBR. Public Administration Review. 1982;43(4):363-71.
11. วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
12. Wood G, Haber J. Nursing Research. 3thed. The United States of America: Mosby - Year Book; 1994.
13. ศิริรัตน์ คงสุวรรณ. การพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

14. ฐิติพร ถนอมบุญ. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถะพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
15. วิไลลักษณ์ เนตรประเสริฐกุล. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถณะพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2564.
16. ผดุงศิลป์ เพ็งชอุ่ม, บุญเรียง ขจรศิลป์, ธนีนาฏ ณ สุนทร. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะประจำสายงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2564;13(1):132-46.
17. เสาวนีย์ เนาวพาณิช, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล, พิชชุดา วิรัชพินทุ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช. การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4; 2556.

# ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความรู้และการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี

# Effect of Clinical Nursing Practice Guidelines on Knowledge and Episiotomy Infection among post partum mothers at Kumpawapi Hospital

**วราภรณ์ รินทชัย* กรองแก้ว อัคเนตร** ณพัชญา สืบมา*****

**Waraporn Rinthachai, Krongkaew Akkanet, Napatchaya Suebma**

Corresponding author: E-mail. Wara2468@gmail.com

(Received: February 25, 2024; Revised: March 3, 2024; Accepted: April 3, 2024)

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ในระยะศึกษาสถานการณ์ 5 คน และระยะประเมินผลลัพธ์ 50 คน และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 10 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และแบบบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยและ ค่าเฉลี่ย ส่านเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage differences

**ผลการวิจัย :** การติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่ม สาเหตุเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะการดูแลฝีเย็บหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก ส่วนผู้ให้บริการพบว่า ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดและเป็นระบบ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรกเป็นการดูแลฝีเย็บปกติ (Peri care) และประเด็นที่ 2 การออกกำลังกายและการดูและสุขวิทยาส่วนบุคคล (Exercise & Hygiene) และหลังการพัฒนาพบว่า ลักษณะแผลฝีเย็บหลังคลอดส่วนใหญ่มีอาการปกติ จำนวน 42 คน (84.0%) และผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด โดยรวม เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 32.26

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นและอัตราการติดเชื้อลดลง

**คำสำคัญ** : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; การติดเชื้อแผลฝีเย็บ; มารดาหลังคลอด

*,**,*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี

## Abstract

**Purposes :** To study, develop and evaluate for clinical nursing practice guidelines on knowledge and episiotomy Infection among post partum mothers at Kumpawapi Hospital.

**Study design :** Action research.

**Materials and Methods :** Key informant were a postpartum maternal patient in situation study phase, 5 of participants and the results evaluation phase, 50 of participants and 10 of related service providers, conducted between October and December 2023. Data were collected using tests, questionnaires, interview questions and recordings, and data were analyzed using Frequency, percentage and mean, standard deviation and percentage differences.

**Main findings :** Postpartum maternal perineal wound infections tend to increase. The cause is a lack of knowledge, honesty, and skills in taking care of the perineum after giving birth. Especially first-time mothers. As for service providers, it was found that there a still a lack of clear and systematic guidelines. Nursing practice guidelines consist of 2 issues: the first issue is normal perineal care (Peri care) and the second issue is exercise and personal hygiene (Exercise & Hygiene). And when evaluating the results, it was found that appearance of the perineal wound after childbirth was found Most of them had normal symptoms, totaling 42 (84.0%), and after improving, the patients' overall knowledge about postpartum perineal wound care increased. Accounting for 32.26 percent.

**Conclusion and recommendations :** The results of this research resulted in patients having increased knowledge and understanding about caring for postpartum perineal wound infections and decreased infection rates.

**Keywords :** Clinical Nursing Practice Guidelines; Episiotomy Infection; Post partum mothers

*,**,***Registered Nurse, Professional Level, Kumpawapi Hospital.

## บทนำ

แผลฝีเย็บอักเสบจากการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนของแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ที่พบบ่อยที่สุดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณแผลฝีเย็บจากการฉีกขาดเองหรือจากการตัดฝีเย็บในระยะคลอดเพื่อช่วยขยายช่องทางคลอดให้กว้างขึ้น ส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งในระยะสั้น และระยะยาวโดยผลกระทบในระยะสั้น ได้แก่ การสูญเสียเลือด อาการเจ็บปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด แผลฝีเย็บมีการติดเชื้อ มีก้อนเลือดคั่ง แผลฝีเย็บแยกและแผลหายช้าทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับในประเทศไทยพบการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บร้อยละ 0.2-3.9 โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ ได้แก่ การเสียเลือดมาก การซ่อมแซมฝีเย็บเป็นเวลานาน อายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกเนิ่นนาน การใช้สูติศาสตร์หัตถการ การฉีกขาดของฝีเย็บระดับรุนแรงระดับที่ 3-4 เป็นต้น นอกจากนี้การตัดฝีเย็บแบบแนวกลางเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อจากการฉีกขาดของแผลระดับ 3 และ 4 และสัมพันธ์ต่อการฉีกขาดบริเวณหูรูดทวารหนักของมารดาครรภ์แรก และครรภ์หลังเมื่อเทียบกับการตัดฝีเย็บแบบแนวเฉียงกลาง เนื่องจากแผลฝีเย็บบริเวณใกล้รูเปิดทวารหนักและรูเปิดท่อปัสสาวะจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการปนเปื้อนอุจจาระและปัสสาวะทำให้แผลฝีเย็บอักเสบได้โดยเฉพาะถ้ามารดามีภาวะโรคเบาหวาน[1] นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงการฉีกขาดแผลระดับ 3 และ 4 ที่สำคัญ คือ การช่วยคลอดด้วยคีม จะมีความเสี่ยงมากกว่าเครื่องดูดสุญญากาศ การคลอดครรภ์แรก มารดาอายุมาก น้ำหนักทารกแรกคลอด (>4,000 กรัม) อายุครรภ์มาก ระยะที่ 2 ของการคลอดนานกว่า 1 ชั่วโมง ท่าคลอด Occipitoposterior position เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด ภาวะโภชนาการ เศรษฐานะยากจน ภาวะอ้วน ภาวะช่องคลอดหรือปากมดลูกเคยอักเสบมาก่อน[2]

เช่นเดียวกับรายงานสถานการณ์การคลอดปกติตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2565 พบว่า จำนวน 777 ราย, 701 ราย, 738 ราย, 653 ราย และ 537 ราย ตามลำดับ และมีอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลฝีเย็บ จำนวน 2 ราย, 3 ราย, 17 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ[3] ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องนำไปพัฒนางานสูติกรรมด้านการคลอด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบรุนแรงต่อมารดาหลังคลอด ไม่ว่าจะเป็นการทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เสียเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ผลกระทบต่อจิตใจ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการรวมทั้งโรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาแบบ Retrospective case-control design ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า ผู้คลอดแผลฝีเย็บปกติส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 66.4 (99/149) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด ได้แก่ การตัดฝีเย็บมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 16.5 เท่า และชาวต่างชาติมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 3.4 เท่า และพบว่า การตัดฝีเย็บ และเชื้อชาติเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด[4]

การพยาบาลหลังคลอดมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีหลังคลอดให้ได้รับความสุขสบายจากการบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บ ปัจจุบันในหอผู้ป่วยหลังคลอดได้ใช้ผ้าห่มบิดเป็นเกลียว ทำเป็นรูปวงกลมเพื่อลดการกดทับแผลฝีเย็บ ซึ่งไม่สะดวกและใช้เวลาในการจัดเตรียมผ้าห่มสำหรับรองนั่ง สตรีหลังคลอดบางรายหลีกเลี่ยงการกดทับแผลฝีเย็บโดยการนั่งตะแคง ทำให้เกิดความเมื่อยล้า และไม่สุขสบายในขณะนั่งที่ผ่านมามีการพัฒนาเบาะโฟมรองนั่งเพื่อช่วยลดการกดทับบริเวณแผลฝีเย็บ เนื่องจากเบาะโฟมรองนั่งมีน้ำหนักเบา สามารถหยิบใช้ได้สะดวก และคืนตัวง่ายเมื่อมีการกดทับ โฟมจะช่วยรองรับน้ำหนักบริเวณสะโพกได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้สตรีหลังคลอดนั่งให้นมทารกได้สะดวกขึ้น และได้รับความสุขสบายเมื่อนั่งปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในขณะพักฟื้นในโรงพยาบาล[5]

ฝีเย็บ (Perineum) คือบริเวณระหว่างช่องคลอดกับทวารหนัก คือส่วนหลังของช่องคลอดตั้งแต่รอยต่อของแคมเล็ก หรือ ฟอร์เชท (Fourchette) ลงมาถึงทวารหนัก[6] มีคุณสมบัติยืดหดได้มาก โดยเฉพาะในเวลาคลอดบุตร ในระยะที่ 2 ของการคลอด กล้ามเนื้อบริเวณผนังเชิงกรานจะบางและยืดโดยแรงกดจากศีรษะบุตร แรงกดนี้จะมีมาก

ในมารดาครรภ์แรก และในมารดาที่คลอดบุตรตัวใหญ่ มักช่วยด้วยการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) และเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ โดยทั่วไปมักใช้ไหมละลายซ่อมแซมฝีเย็บจึงไม่ต้องตัดไหม แผลฝีเย็บจะค่อยๆกลับคืนสู่สภาวะปกติภายใน 2-3 สัปดาห์ การทำความสะอาดบริเวณแผลฝีเย็บให้ทำความสะอาดจากบริเวณด้านหน้าบริเวณปากช่องคลอดไปทางด้านหลังบริเวณทวารหนักโดยการใช้น้ำสะอาด หรือน้ำสบู่แผลบริเวณฝีเย็บสามารถถูกน้ำได้ทั้งนี้การฉีกขาดของฝีเย็บ แบ่งเป็น 4 ขั้น ตามความลึกของบาดแผลที่เกิดขึ้น เช่น First degree tear มีการฉีกขาดเฉพาะเยื่อบุช่องคลอดแต่ไม่ถึงชั้น Fascia และชั้นกล้ามเนื้อ Second degree tear มีการฉีกขาดลึกมากขึ้น ชั้นผิวหนัง เยื่อบุพังผืด และกล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอดและฝีเย็บฉีกขาดแต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อหูรูดที่ล้อมรอบรูทวารหนัก Third degree tear เป็นการฉีกขาดเช่นเดียวกับใน Second degree tear และมีการฉีกขาดถึงกล้ามเนื้อรอบทวารหนัก และ Fourth degree tearการฉีกขาดเหมือนใน Third degree tear และมีการฉีกขาดต่อจนถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักจนถึงผนังของเรคตัม หรือท่อปัสสาวะร่วมด้วยชนิดของแผลฝีเย็บ

นอกจากนี้เนื้อเยื่อที่จะถูกตัดฝีเย็บ คือการติดเชื้อแผลฝีเย็บ (Episiotomy infection) ซึ่งการติดเชื้อแผลฝีเย็บเป็นภาวะแทรกซ้อนของแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ ที่พบบ่อยที่สุดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก พบประมาณร้อยละ 0.3-2.0[7] จากการตัดหรือฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างคลอด เป็นช่องทางที่จะให้เชื้อแบคทีเรียเข้าไป มักมีสาเหตุจากการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียเข้าไป มักมีสาเหตุจากการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย Staphylococcus aureus อาจเกิดจากขณะคลอด และขณะเย็บแผลอาจมีการเปื้อนอุจจาระหรือเพราะมารดาหลังคลอดรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ดีพอ โดยมีอาการอักเสบของแผลฝีเย็บ เป็นหนอง แผลแยกหรือไหมที่เย็บแผลหลุด ซึ่งแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บที่ติดเชื้อพบว่า มีความสัมพันธ์กับการคลอดที่ยาวนาน จำนวนครั้งของการตรวจภายใน การมีน้ำเดินก่อนคลอด การตัดชนิด Mediolateral episiotomy และการฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ 3 และ 4[8] การติดเชื้อแผลฝีเย็บเป็นสาเหตุหนึ่งที่มารดาหลังคลอดต้องกลับเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาเชื้อจะลุกลามเข้าไปในช่องคลอด หรือลุกลามไปยัง Parametrium ได้[9] การตัดฝีเย็บที่มีการฉีกขาดถึงระดับ Third degree tear อาจมีการฉีดขาดต่อเนื่องถึงทวารหนัก ทำให้แผลฝีเย็บหายช้าและอาจแสดงอาการของการติดเชื้อหรือแผลฝีเย็บแยก จากการศึกษาของ McGuinness et al.[10] พบว่า มารดาหลังคลอดที่ไม่ได้รับการตัดฝีเย็บมีอาการปวดแผลฝีเย็บน้อยกว่า และมารดาที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บแผลจะหายเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการตัดฝีเย็บ กล่าวได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อบริเวณแผลมีหลายสาเหตุปัจจัยเช่น ปัจจัยด้านเชื้อโรค ปัจจัยความต้านทานของร่างกาย และปัจจัยเฉพาะที่ของร่างกาย ซึ่งเหล่านี้สามารถประเมินได้จากวิธีของเดวิสัน[11] ได้กล่าวถึงวิธี การประเมินแผลฝีเย็บด้วยเครื่องมือที่เรียกว่า รีด้า (REEDA) ซึ่งถ้าการหายของแผลไม่เป็นไปตามกระบวนการหายของแผลตามปกติ ลักษณะที่ประเมินได้ก็จะเป็นอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ รีด้าเป็นชื่อย่อที่มาจากส่วนประกอบ 5 ลักษณะของกระบวนการหายของแผลปกติ ได้แก่ อาการแดง (Redness) อาการบวม (Edema) อาการช้ำเลือด (Ecchymosis) มีน้ำหรือมีหนอง (Discharge and exudate) ความสม่ำเสมอของขอบแผล (Approximation) และอาการแสดงจากการกดเจ็บ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปีและปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ ซึ่งโรงพยาบาลกุมภวาปียังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยด้านปัจจัยเสี่ยงของแผลฝีเย็บมาก่อน ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้คลอดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลกุมภวาปีและบุคลากร ตลอดจนโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อใช้ในการป้องกันการเฝ้าระวังสร้างความตระหนัก ช่วยเตรียมความพร้อมในการวางแผนการคลอดรวมทั้งการพัฒนางานด้านสูติกรรม เพื่อไม่ให้เกิดการอักเสบของฝีเย็บในมารดาหลังคลอดต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน การติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566

**พื้นที่ศึกษา** ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 5 คน และระยะประเมินผลลัพธ์ จำนวน 50 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 10 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ตึกสูตินรีเวชกรรม จำนวน 10 คน

**ผู้ร่วมวิจัย** เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของตึกสูตินรีเวชกรรม จำนวน 15 คน

**ผู้ร่วมกิจกรรม** ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล ตึกพิเศษ ห้องคลอด และตึกสูตินรีเวชกรรม จำนวน 26 คน

**เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย HN มารดา อายุ ฝากพิเศษหรือฝากแบบทั่วไป สิทธิ์การรักษา วันกำหนดคลอด ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในครรภ์ที่ผ่านมา อายุครรภ์ครั้งแรกที่เริ่มฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ปัจจุบัน ตัวแปรหลังคลอด เช่น การฉีกขาดของฝีเย็บ รูปแบบการตัดฝีเย็บ และวิธีการซ่อมแซมฝีเย็บ

2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ (1=ปฏิบัติ, = ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดเป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากร ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

4) แบบทดสอบเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด เป็นทดสอบแบบเลือดตอบถูกหรือผิด จำนวน 10 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

5) แบบประเมินการติดเชื้อแผลฝีเย็บมารดาหลังคลอดในวันที่ 1 - 3 หลังคลอดซึ่งประเมินโดยผู้วิจัยวันละ 3 ครั้งโดยครั้งแรกภายใน 6- 24 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ภายใน 24 - 48 ชั่วโมงและครั้งที่ 3 หลังจาก 48 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ซึ่งแบบประเมินการติดเชื้อแผลฝีเย็บผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการหายของฝีเย็บภายหลังคลอดของลาวัลย์ สมบูรณ์[12] ซึ่งแปลมาจาก รีดาสเกล สำหรับประเมินลักษณะการหายของแผลฝีเย็บภายหลังคลอด (REEDA: Evaluating Postpartum Healing) ของเดวิสัน (Davison)[11] ได้ค่าเฉลี่ยของความเชื่อมั่นหรือความสอดคล้องของผู้สังเกตทั้งหมด 0.92

**การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบ

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ทั้งฉบับเท่ากับ .93

**วิธีดำเนินการวิจัย** แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดในปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด จำนวน 5 คน และ 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 7 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน

**ระยะที่ 2** การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติประยุกต์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (Iowa Model of Evidence-Based Practice)[13] ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** กำหนดประเด็นปัญหาโดยการประชุมร่วมกันของทีมพัฒนา 10 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสูติกรรม จำนวน 10 คน โดยดำเนินการดังนี้ 1) การค้นหาและระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ Perineal Infection During Postpartum Period โดยศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง พ.ศ. 2560-2565

**กิจกรรมที่ 2** กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพในตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 9 คน เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อดำเนินการแต่งตั้งเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการ

**กิจกรรมที่ 3** ร่วมประชุมปรึกษาหรือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยการการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ. 2017- 2022 คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ 1) อุบัติการณ์เกิด Perineal Infection During Postpartum Period 2) Episiotomy infection 3) Peri care 4) Midline incision 5) Mediolateral incision 6) Puerperium care และ 7) Postpartum Perineal Wound Care โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งต่างๆ ดังนี้ MEDLINE, EMBASE, ProQuest, Pub Med, Science Direct, CINAHL ข้อมูลออนไลน์ของสถาบันหรือองค์กร ได้แก่ www.ahrg.gov, www.cochrance.org, www.rcn.org.uk, www.hcanj.org, www.joannabriggs.edu.au, www.guidelinegov, www.ncbi.nlm.gov/PubMed, www.thailist.com ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับ Perineal Infection During Postpartum Period ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้ทำการตรวจสอบสังเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ Darulis et al.[14]; Umamy et al.[15]; Dewi et al.[16]; Mohammadi et al.[17]; Girsang and Elvira El-Lassy[18]; Cahill et al.[19]และการสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์งานวิจัย และแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอระยะแรกในห้องคลอด คณะผู้วิจัยได้นำงานวิจัยที่ได้มาสังเคราะห์เป็น “แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี”

**กิจกรรมที่ 4** การสร้างแนวปฏิบัติการป้องกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดร่วมกับที่มในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ มีค่าเท่ากับ 0.95

**ขั้นตอนที่ 2** การนำแนวปฏิบัติการป้องกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด มีกิจกรรมในการดำเนินการ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** เตรียมความพร้อมของพยาบาลที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด จำนวน 9 คน โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด โดยการทำ Active management of third stage of labor ทบทวน และทำความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัตินี้

**กิจกรรมที่ 2** เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลค้นหาปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงแก้ไขจากข้อเท็จจริงที่ได้จากผลการดำเนินงาน จากการสอบถามความคิดเห็น และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของพยาบาลใน หน่วยงานห้องคลอด จำนวน 9 คน ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้กับมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บหลังคลอด หลังจากนั้นเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการคำเนินงานตามแนวปฏิบัติ

**กิจกรรมที่ 3** ประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติต่อผู้บริหารผู้ปฏิบัติและแพทย์เพื่อการยอมรับและสนับสนุนให้มีการคำเนินงานต่อเนื่อง โดยมีการจัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน และฝึกทักษะของพยาบาลในหน่วยงานห้องคลอดในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

**กิจกรรมที่ 4** นำเสนอแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังทดลองใช้ และเกิดผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดต่อผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปีเพื่อพิจารณาอนุมัติให้นำมาประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติการป้องกัน

**กิจกรรมที่ 5** ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ กำหนดเป็นตัวชี้วัด และติดตามผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดเป็นกระบวนการสนับสนุนการพัฒนา และประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และเสนอให้มีการประเมินผลปีละ 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวทางติดตามความยั่งยืนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ซึ่งการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดนี้ ดำเนินการไปพร้อมกับการปฏิบัติขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์เหมือนกับระยะที่ 3 ของการวิจัย

**ระยะที่ 3** การประเมินผลผลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยประเมินจาก 1) แบบประเมินการติดเชื้อแผลฝีเย็บมารดาหลังคลอดในวันที่ 1 - 3 หลังคลอดของเดวิสัน (Davison)[11] 2) แบบบันทึกการประเมินการติดเชื้อแผลฝีเย็บด้วยตนเองของมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มารดาหลังคลอดบันทึกเมื่อมารดาหลังคลอดกลับไปอยู่ที่บ้าน และนำมาส่งผู้วิจัยเมื่อมาตรวจหลังคลอดตามนัดเมื่อครบ 7 วันหลังคลอด และ 3) แบบประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และ Percentage differences (% Differences)

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปีครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คปสอ.กุมภวาปี รหัสโครงการ KPEC 35/2566

## ผลการวิจัย

**1. การวิเคราะห์สถานการณ์** ผู้ให้บริการในตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี ประกอบด้วยแพทย์ (สูติแพทย์) 4 คน พยาบาลสูตินรีเวชกรรม 14 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน และพนักงานทั่วไป 1 คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 6 คน (24.0%) ปริญญาตรี 17 คน (68.0%) และปริญญาโท 2 คน (8.0%) ผลการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดในตึกสูตินรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลกุมภวาปีตั้งแต่ พ.ศ.2560-2565 พบว่า จำนวน 777 ราย, 701 ราย, 738 ราย, 653 ราย และ 537 ราย ตามลำดับและมีอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลฝีเย็บ จำนวน 2 ราย, 3 ราย, 17 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกยังขาดความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บ จึงต้องการคำแนะนำเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเองเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บและการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้ในการดูแลตนเองจะช่วยให้มารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้การติดเชื้อแผลฝีเย็บเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยร่วมกับการเกิดแผลฝีเย็บแยก เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านจำนวนและความรุนแรงของเชื้อโรค ความต้านทานของร่างกายที่จะต่อต้าน และกำจัดเชื้อแบคทีเรียขณะคลอด ขณะเย็บแผล และปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ คือ การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง เนื่องจากมารดาโดยเฉพาะครรภ์แรกยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการคลอด ดังนั้น ต้องให้ความรู้มารดาตั้งแต่ตั้งครรภ์ และหลังคลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้มารดามีความรู้ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมทั้งขณะนอนอยู่ รพ. และกลับบ้าน พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันให้มารดาไม่เกิดการติดเชื้อหรือลดความรุนแรงของการติดเชื้อที่เกิดขึ้น และจากการศึกษานำร่องเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บจำนวน 20 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกดูแลแผลฝีเย็บไม่ถูกวิธี การใช้ผ้าอนามัยไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจในการดูแลแผลฝีเย็บ ทำให้ไม่กล้าล้างทำความสะอาดแผลฝีเย็บเนื่องจากกลัวเจ็บแผล กลัวว่าไหมเย็บแผลจะหลุด และเชื่อว่าแผลฝีเย็บเปียกน้ำไม่ได้

**2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี** พบว่า แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดประกอบด้วย 2 ประเด็น (Algorithm of Perineal Care during Postpartum Period (3-4 สัปดาห์) ดังนี้ ประเด็นแรกเป็นการดูแลฝีเย็บปกติ (Peri care) ประกอบด้วยกิจกรรม 1) แช่น้ำอุ่นผสมน้ำยาฆ่าเชื้อในส่วนประกอบน้ำยาฆ่าเชื้อ (15 ซีซี: 1 ลิตร) 2) ความสะอาดด้วยน้ำอุ่นหลังการอาบน้ำ 3)ล้างผีเย็บทุกครั้งที่ปัสสาวะหรืออุจจาระและเช็ดให้แห้งด้วยผ้า 4) รักษาความสะอาดฝีเย็บและเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ 5) ในกรณีที่ปวดมาก ใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic) ที่เป็นสเปรย์ 6) การอบความร้อน เป็นการใช้ความร้อนชนิดแห้ง และ 7) ใช้ยาลด์ปวดและลดบวมตามความจำเป็น (Nonsteroid) และประเด็นที่ 2 การออกำลังกายและการดูและสุขวิทยาส่วนบุคคล (Exercise & Hygiene) 1) ออกกำลังกายโดยการขมิบกัน และช่องคลอดแบบ Keel exercises 2) ล้างมือให้สะอาดก่อน และหลังเปลี่ยนผ้าอนามัย 3) สวมเสื้อผ้าหลวมๆ และใส่กางเกงในที่เป็นผ้าฝ้ายหรือด้าย 4) หลีกเลียงการนั่งเป็นเวลานานในขณะที่แผลฝีเย็บยังปวดและเจ็บ 5) หลีกเลี่ยงอาการท้องผูกหรือความไม่สุขสบาย 6) ควรงดูการร่วมเพศอย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังคลอด และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้แบบประเมินโดยใช้

REEDA และผลการประเมินแนวปฏิบัติการเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด พบว่ามีความเป็นได้และเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 89.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดของผู้ทรงคุณวุฒิ (N=3)

| ข้อคำถาม | ร้อยละคะแนนความคิดเห็น (จำนวน(%)) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ | 2(67.0) | 1(33.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 2. ประโยชน์การนำแนวปฏิบัติมาใช้ | 3(100.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 3. ความคุ้มทุนและคุ้มค่า | 3(100.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 4. ความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ | 2(67.0) | 1(33.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 5. ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาล | 3(100.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| 6. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ | 3(100.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| เฉลี่ยโดยรวม | 2.67(89.0) | 0.33(11.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |

**3. การประเมินผลผลัพธ์** มารดาหลังคลอดในระยะประเมินผลลัพธ์ จำนวน 50 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 34 ปี (SD.=5.88) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (42.0%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (30.0%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 18,300 บาทต่อเดือน (SD.=8,50.0) ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน พบว่า อายุครรภ์เฉลี่ย 36.0 สัปดาห์ (SD.=3.75) Hematocrit ก่อนคลอดเฉลี่ย 35.0% (SD.= 2.57) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์เฉลี่ย 8 ครั้ง (SD.= 2.63) ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มี (22.0%) อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ 39 สัปดาห์ (78.0) ประวัติการคลอด จำนวนครั้งของการตรวจภายในเฉลี่ย 2 ครั้ง (SD.=0.30) ผู้เย็บแผลเป็นพยาบาล (76.0%) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด (100.0%)

ลักษณะแผลฝีเย็บหลังคลอด จำแนกเป็น 3 วัน พบว่าส่วนใหญ่พบอาการปกติ จำนวน 42 คน (84.0%) รองลงมาคือ อาการแดงของแผล (R) หลังคลอดวันที่ 2 จำนวน 5 คน (10.0%) วันที่ 3 จำนวน 2 คน (4.0%) และวันที่ 1 จำนวน 1 คน (2.0%) ส่วนอาการและอาการแสดงการติดเชื้อแผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยใช้กระจกส่องแผลฝีเย็บ จำนวน 50 คน ส่วนมีแผลปกติ จำนวน 32 คน (64.0%) พบว่า มีไข้อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศา จำนวน 8 คน (16.0%) มีอาการแดงของแผลฝีเย็บ จำนวน 8 คน (16.0%) และมีอาการบวมของแผลฝีเย็บ จำนวน 2 คน (4.0%) และพบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 32.26 ดังแสดงในตารางที่ 2-4

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด โดยรวมของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา (N=50)

| ตัวแปร | ร้อยละ | % Differences |
|---|---|---|
| ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแผลฝีเย็บหลังคลอด | | |
| ก่อนการพัฒนา | 58.46 | +32.26 |
| หลังการพัฒนา | 80.12 | |

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของลักษณะแผลฝีเย็บหลังคลอด REEDA scale (N=50)

| เกณฑ์ประเมิน | Day 1 | Day 2 | Day 3 | แผลปกติ |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน(%) | จำนวน(%) | จำนวน(%) | จำนวน(%) |
| **REEDA scale** | | | | |
| อาการแดงของแผล (R) | 1(2.0) | 5(10.0) | 2(4.0) | 42(84.0) |
| อาการบวมของแผล (E) | 2(4.00) | 0(0.0) | 0(0.0) | 48(96.0) |
| แผลมีอาการห้อเลือด (E) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| หนองไหลออกจากแผล (D) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| ลักษณะการติดของแผล (A) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |
| **อาการหรืออาการแสดงอื่นๆ** | | | | |
| เช่น ปวดแผลมาก | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) |

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของอาการและอาการแสดงการติดเชื้อแผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยใช้กระจกส่องแผลฝีเย็บ (N=50)

| ตัวแปร | จำนวน(%) |
|---|---|
| 1. มีไข้อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศา | 8(16.0) |
| 2. มีอาการแดงของแผลฝีเย็บ | 8(16.0) |
| 3. มีอาการบวมของแผลฝีเย็บ | 2(4.0) |
| 4. มีหนองหรือน้ำเหลืองไหลออกจากแผลฝีเย็บ | 0(0.0) |
| 5. แผลฝีเย็บแยกหรือไหมเย็บแผลหลุด | 0(0.0) |
| 6. อาการแสดง อื่นๆ เช่น อาการปวดตุ๊บ ๆ ที่แผลฝีเย็บ | 0(0.0) |
| 7. แผลปกติ | 32(64.0) |

## วิจารณ์

ผลการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดในตึกสูตินรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลกุมภวาปีตั้งแต่ พ.ศ.2560-2565 พบว่า จำนวน777 ราย, 701 ราย, 738 ราย, 653 ราย และ 537 ราย ตามลำดับ และมีอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลฝีเย็บ จำนวน 2 ราย, 3 ราย, 17 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกยังขาดความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บ จึงต้องการคำแนะนำเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruchala[20] พบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเองเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บและการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ความรู้ในการดูแลตนเองจะช่วยให้มารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้การติดเชื้อแผลฝีเย็บเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยร่วมกับการเกิดแผลฝีเย็บแยก เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านจำนวนและความรุนแรงของเชื้อโรค ความต้านทานของร่างกายที่จะต่อต้านและกำจัดเชื้อแบคทีเรียขณะคลอด ขณะเย็บแผล และปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญคือ การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง[21] เนื่องจากมารดาโดยเฉพาะครรภ์แรกยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการคลอด ดังนั้น ต้องให้ความรู้มารดาตั้งแต่ตั้งครรภ์ และหลังคลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้มารดา มีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งขณะนอนอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันให้มารดาไม่เกิดการติดเชื้อหรือลดความรุนแรงของการติดเชื้อที่เกิดขึ้น และจากการศึกษานำร่องเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บ จำนวน 20 ราย พบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกดูแลแผลฝีเย็บไม่ถูกวิธี การใช้ผ้าอนามัยไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจในการดูแลแผลฝีเย็บ ทำให้ไม่กล้าล้างทำความสะอาดแผลฝีเย็บเนื่องจากกลัวเจ็บแผล กลัวว่าไหมเย็บแผลจะหลุด และเชื่อว่าแผลฝีเย็บเปียกน้ำไม่ได้[22] เช่นเดียวกับผลการสำรวจอุบัติการณ์การตัดผีเย็บ พบว่าทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 30-63 และในผู้คลอดครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 93.0[23] ในทวีปเอเชียเช่น ประเทศไต้หวัน พบอุบัติการณ์ของการตัดผีเย็บสูงเกือบร้อยละ 100.0 ประเทศจีน ร้อยละ 82.0 และประเทศเนปาล ร้อยละ 42.9-67.3[24] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของการตัดผีเย็บร้อยละ 25.0 ประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 16.1 สำหรับในประเทศไทยพบค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในผู้คลอดครั้งแรกพบสูงมากกว่าร้อยละ 90.0[25] ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างการปฏิบัติจริงและการใช้หลักฐานทางวิชาการ กล่าวได้ว่าการฉีกขาดของฝีเย็บส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งในระยะสั้น และระยะยาวระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับความลึกของการฉีกขาด โดยผลกระทบในระยะสั้น ได้แก่ การเสียเลือดเพิ่มขึ้น การฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก เจ็บตึงแผล การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ ทำให้ต้องได้รับการรักษายาวนานขึ้นและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล่าช้า ส่วนในระยะยาวนั้นทำให้มีการหย่อนของกระบังลมตามมา การควบคุมการขับถ่ายไม่ดี ทำให้เกิดปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น จึงควรตัดฝีเย็บเฉพาะในสถานการณ์ที่จำเป็นเท่านั้น คือ เมื่อมารดาและทารกอยู่ในภาวะคับขัน[26] (Maternal and fetal distress)

นอกจากนั้นยังพบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่งานการพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชานุมาน พบว่าการตัดฝีเย็บเป็นหัตถการที่ทำเพื่อขยายปากช่องคลอดให้เพิ่มความกว้างของช่องทางคลอดเพื่อช่วยคลอด และหลังจากคลอดเสร็จก็จะทำการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บกลับคืน ในปี พ.ศ. 2558-2560 มีมารดาคลอดที่มีแผลฝีเย็บ จำนวน 218, 182, 189 ราย ตามลำดับ พบการเกิดแผลฝีเย็บแยก จำนวน 1,6,8 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.37, 3.30, 4.23 ตามลำดับ และมีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บคิดเป็นร้อยละ 0.0, 0.0, 0.42 ตามลำดับ อัตราการเกิดแผลฝีเย็บแยก และแผลฝีเย็บติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อมารดาด้านร่างกาย ได้แก่ มีอาการเจ็บปวดต่อสภาพแผลฝีเย็บแยกหรือติดเชื้อ ด้านจิตใจ สูญเสียภาพลักษณ์ ความอับอายที่ต้องมาเย็บแผลฝีเย็บใหม่ เกิดความวิตกกังวลในการหายของแผลฝีเย็บ ด้านเศรษฐกิจ โรงพยาบาลต้องสูญเสีย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[27] ดังนั้น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นมาตรฐานหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ใช้บริการหน่วยงานหลังคลอดได้ตระหนักถึงคุณภาพของการให้บริการจึงมีการให้ความรู้มารดาหลังคลอดในการดูแลแผลผีเย็บเป็นรายบุคคล และให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอด

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอด ตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บของผู้ป่วยมารดาหลังคลอดประกอบด้วย 2 ประเด็น (Algorithm of Perineal Care during Postpartum Period (3-4 สัปดาห์) ดังนี้ ประเด็นแรกเป็นการดูแลฝีเย็บปกติ (Peri care) และประเด็นที่ 2 การออกกำลังกายและการดูและสุขวิทยาส่วนบุคคล (Exercise & Hygiene) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนคลอด ซักประวัติ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เจาะ CBC และนำ Partograph มาใช้ในการดูแลมารดาคลอด 2) ระยะคลอด สวนปัสสาวะ ติดตามสัญญาณชีพ ตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นช่วยคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด ทำ Active management of the third stage of labor ใช้ถุงตวงเลือดประเมินการสูญเสียเลือด กรณีมารดาสูญเสียเลือดถึงระดับ 300 มิลลิลิตร ให้เฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ 4Ts และ 3) ระยะหลังคลอดให้การดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอดการนวดคลึงมดลูก การกระตุ้นทารกดูดนมมารดาและการดูแลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวช[28] และแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ คือ (1) ระยะรอคลอด ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk assessment for postpartum hemorrhage : RAPH), ใบ Medical record in obstetrics and progress labor (MROPL) และ Partograph (2) ระยะคลอด ใช้ Active management of Third stage of labor (AMTSL) และ (3) ระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ใช้ 4T's ผลของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 5.00, SD.=0.00) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุดทุกประเด็น (Mean=5.00, SD.=0.00) มารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ร้อยละ 26.67, 30.00 และ 23.33 ตามลำดับและไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอด[29]

ผลการประเมินผลลัพธ์จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าสอดคล้องกับการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแผลผีเย็บในมารดาหลังคลอด พบว่า สตรีที่คลอดบุตรทางช่องคลอดส่วนใหญ่มักเกิดการบาดเจ็บของช่องทางคลอด และก่อให้เกิดความเจ็บปวดตามมา ซึ่งสาเหตุการบาดเจ็บของช่องทางคลอดเกิดได้ จากการฉีกขาดที่เกิดขึ้นเอง หรือการตัดฝีเย็บ มารดาขณะอยู่โรงพยาบาลต้องได้รับความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลผีเย็บแยก แผลมี Slough จากการสอบถามพบว่ามารดาไม่กล้าทำความสะอาดแผลและทำไม่ครบทุกขั้นตอน การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หอผู้ป่วยจึงสร้างแนวทางการดูแลมารดาที่มีแผลฝีเย็บอย่างมีแบบแผน เพื่อสื่อสารเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า อัตรามารดาหลังคลอดสามารถดูแลแผลผีเย็บได้ถูกต้องตามหลักการก่อนกลับบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 100.0 อัตราบุคลากรสามารถปฏิบัติตามแบบแผนในการแนะนำการดูแลแผลผีเย็บแก่ผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 100.0 ไม่พบมารดาหลังคลอดที่มีแผลผีเย็บแยกในโรงพยาบาล และจำนวนมารดาหลังคลอด Readmit จากแผลฝีเย็บแยกคิดเป็น 0 ราย[30] ในทำนองเดียวกับปี พ.ศ.2562-2564 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดปี พ.ศ.2565 พบมารดาหลังคลอดติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ 1 ราย พบในมารดาครรภ์แรกแผลผีเย็บฉีกขาดลึกเย็บแผลนานมารดามีโรคร่วมเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ไม่ได้รับยา ATB มีการกำกับเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้มารดาหลังคลอดในรายที่จำเป็นต้องได้รับยา ATB ตามแนวทางไม่ได้รับยา

ATB จึงส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นทีมจึงได้ทบทวนกับสหวิชาชีพจัดทำและปรับแนวทางข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องได้รับยา ATB และนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บป้องกันการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ[31]

## เอกสารอ้างอิง

1. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu Rev Public Health. 2006;27:167-94.
2. Christianson L M, Bovbjerg V E, McDavitt E C, Hullfish K L. Risk factors for perineal injury during delivery. Am J Obstet Gynecol. 2003;189:255-60.
3. โรงพยาบาลกุมภวาปี. Service Profile หน่วยงาน : สูติ-นรีเวชกรรม. อุดรธานี: กลุ่มการพยาบาล; 2565.
4. นุชนารถ เขียนนุกูล, สินจัย เขื่อนเพชร, วรรณวรา ตัณฑ์กุลรัตน์, พรนภา เอี่ยมลออ. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(4):144-51.
5. พรศรี ดิสรเตติวัฒน์, นิตยา โรจนนิวันดร์กิจ. ผลของการใช้เบาะโฟมรองนั่ง และห่วงผ้าห่มรองนั่งต่อความปวดแผลฝีเย็บ และความพึงพอใจของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารพยาบาล. 2561;67(2):1-7.
6. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr K N. Outcome of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005;293:2141-8.
7. พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในสตีตั้งครรภ์. จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชปถัมภ์. 2546;8(11):1001-7.
8. Fernando R J. Risk factor and management of obstetric perineal injury. Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine. 2007;17(8):238-43.
9. ศุภวดี แถวเพีย. การพยาบาลมารดาหลังคลอด : แบบแผ่นสุขภาพ. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น; 2564.
10. Steen M. Perineal tears and episiotomy: How do wounds heal?. British Journal of Midwifery, 2007;15(5):273-9.
11. Davidson N. REEDA: Evaluating postpartum healing. Journal Nurse-Midwifery. 1974;19 (2):6-9.
12. ลาวัลย์ สมบูรณ์. เปรียบเทียบผลของการชำระแผลฝีเย็บด้วยน้ำยาเซฟลอนร่วมกับเซฟีโรลกับการใช้สบู่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535.
13. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: พรีวัน; 2549.
14. Darulis N O, Kundaryanti R, Novelia S. The effect of betel leaf water decoction on perineal wound healing among post partum women. Nurs Health Sci J. 2021;1(2):130-5 .
15. Umamy F, Harahap I A, Christiani M. Effect of pineaple juice on perineal wound healing in postpartum mothers at anugrah clinic. Sci Midwifery. 2021;10(1):461-6.
16. Dewi P S, Hani U, Anwar M. The effectiveness of Aloe vera gel in reducing the pain of perineal wound. Medisains. 2020;18(3):99.
17. Mohammadi A. Mirghatiourvand M. Myhamaen-AVaceancaar C. Efasti Mohammad-Alizadeh-Charandabi Daryani F. Effects of cinnamon on perineal pain and healing of episiotomy: A randomized

placebo-controlled trial. J Integr Med. 2014;12(4):359-66.

18. Girsang B M, Elfira E. How a cold sitz bath versus infrared therapy can remove the pain of postpartum perineal wounds. J Keperawatan Soedirman. 2021;16(1):1-5.
19. Cahill C, Fowler A, Williams L J. The application of incisional negative pressure wound therapy for perineal wounds: A systematic review. Int Wound J. 2018;15(5):740-8.
20. Ruchala P L. Teaching New Mothers : Priorities of Nurses and Postpartum Women. Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing. 2000;30(6):265-73.
21. บุบผา แก้ววิเชียร. เปรียบเทียบผลการอบไฟ และไม่อบไฟแผลฝีเย็บต่อการหายของแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
22. ศิริฉัตร รองศักดิ์. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาอัตราการติดเชื้อหลังจำหน่ายที่แผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี; 2548.
23. Lowenstein L, Drugan A, Gonen R, Itskovitz-Eldor J, Bardicef M, Jakobi P. Episiotomy: beliefs, practice and the impact of educational intervention. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;123(2):179-82.
24. Graham I D, Carroli G, Davies C, Medves J M. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. 2005;32(3):219-23.
25. เนาวรัตน์ แกว่นกสิการณ์, ฉวี เบาทรวง, สุกัญญา ปริสัญญกุล. ผลของการนวดผีเย็บต่อการบาดเจ็บของฝีเย็บในการคลอดปกติ. วารสารพยาบาลสาร. 2553;37(1):96-107.
26. Beckmann M M, Stock O M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2013;30(4):CD005123.
27. รัตนาพร ศรีริรมย์, อรทัย บัวคำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บเพื่อลดอัตราการเกิดแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บติดเชื้อโดยการจัดการรายกรณี. อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลชานุมาน; 2560.
28. ศิริโสภา คำเครือ, ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ, รุณราวรรณ์ แก้วบุญเรือง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2561;8(1):46-57.
29. จตุพร วงศ์วัฒนากานต์, ประยูร พรหมทัต. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร. นนทบุรี: กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร; 2565.
30. กมลวรรณ ลีนะรรรม, แคทรียา จิรนรวัฒน์, ธนิษฐา อามาตย์, สุทธิตา ผาสุก. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแผลผีเย็นในมารดาหลังคลอด. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
31. รสพร คำโท. การพัฒนาปรับแนวทางปฏิบัติใช้เพื่อป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลปรางค์. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลปรางค์กู่; 2566.

พิมพ์ที่โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม