Journal of Research and Health Innovative Development

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

วารสาร
วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404



ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)
Vol.7 No.1 (January - April 2026)

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
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประจวบ จำลองเพ็ง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์กิตติศักดิ์ พนมพงศ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการ :

แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมาลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจังหาร
ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
ดร.นริศรา พันธุ์ศิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงขวัญ
ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	ผู้ทรงคุณวุฒิ
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	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
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 :

นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางจุไรรัตน์ กลางคาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

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 (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 13
The effects of a self-management promotion program based on the 5A framework on health behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus
รัตติกาล หงษ์ศิริ

การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม 23
Driving Excellence in Environmental Health Development in Hospitals: A Case Study of Medical Waste Management in Mahasarakham Province
ปาริชาต ปกิรณะ, สุกัญญา สารฤทธิคาม

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 39
Development of Nursing Guideline for Preventing Extravasation in Patients Receiving Contrast Media at Roi Et Hospital
อุบล ทองสุพล, รุ่งรัตน์ เนตรโสภา, เพ็ญศรี ปักกังวะยัง, มะลิวรรณ อังคะนิตย์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ 57
Associated Factors with Fall in the Elderly
ภานุพงศ์ ผลเพิ่มพูนทวี

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อผู้บริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 74
The Effects of a Health Education Program for Blood Donors at the Mobile Blood Donation Unit, Roi Et Hospital
วิไลลักษณ์ ศรีถาวร

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 88
The Development of Screening Practice Guideline for Patients with Chronic obstructive pulmonary (COPD), Out Patient Department, Roi Et Hospital
อุไรวรรณ บรรลุศาสตร์

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 102
Development of Guideline for Providing Medical Social Work Service, Roi Et Hospital
ดวงจัน ข่าขันมะลี

การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยา ดาบิกาแทรนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 118
Evaluation of Medication Patient care model in Dibigatran Patients at Roi Et Hospital
ภคินี เล่งเวหาสถิตย์

การพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 133
Development of Medicine and Medical Supplies Warehouse Management System at Roi Et Hospital
จิราภรณ์ สืบสำราญ

ประสิทธิผลของการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม ลดภาวะปากแห้ง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา 142
Efficacy of a Novel Artificial Saliva Formulation in Alleviating Symptoms Of Xerostomia in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy
ภัทรมน กังวาฬไกรไพศาล, พิชญดา ศุภจรูญทรัพย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย 157
Nursing Care of Patient Stroke : Study 2 Care
สมหมาย สาตื้อ

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี 170
Effectiveness of health care model for dependent elderly people with participation of caregivers in Ban Lat District, Phetchaburi Province
จิรนันท์ ศรีสุพรรณ, กัณฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี 184
Factors influencing self-care behavior to prevent complications among diabetic and hypertensive patients in the area under the responsibility of Suan Phueng Subdistrict Health Promoting Hospital, Suan Phueng District, Ratchaburi Province
ภรณรงค์ สมรรถชัย

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 197
Development of Care Guidelines for End-of-Life Patients in the Private Medical Ward, Roi Et Hospital
จุฑารัตน์ สดใส

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 209
Development nursing guidelines management for pain in patients open heart surgery at cardiothoracic surgery intensive care unit, Roi Et Hospital
กุลวรินทร์ จ่าหล้า, ศุภลักษณ์ ยายิรัมย์

การพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร 222
The development of a radiology service system to reduce repeated imaging in referred patients from community hospitals in Yasothon Province
นิติกาญจน์ ยุถาวร

ผลกระทบของการได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าต่อผลการตรวจคัดกรองการได้ยินของหูชั้นใน ของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 239
The Impact of Direct Breastfeeding on the Accuracy of Distortion Product Otoacoustic Emissions (DPOAE) for Preterm Newborn Hearing Screening
ภัทรธร พงษ์เพชร, ศศิมา ศรีอินทรา

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

กรณีศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้า Torn Anterior cruciate ligament (ACL) หลังได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดไปจนถึงกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ หรือกลับไปเล่นกีฬาได้ดังเดิมในระยะเวลา 3 เดือน
A Case Study on the Effects of Performance Changes in a Patient with a Torn Anterior Cruciate Ligament (ACL) Injury Following Physical Therapy Intervention, from Pre-operative to Return to Normal Daily Living or Return to Sports, over a 3-Month Period 252
วัชราภรณ์ ทับรัตน์, รพีภัทร์ พิพัฒนานันท์

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
Developing a Readiness Model for Community Hospitals Achieving Healthcare Accreditation (HA) through Participatory Action Research: A Case Study of Mahasarakham Provincial Health Network 266
ทิพวรรณ โคตรสีเขียว, ดวงดาว ราตรีสุข, อรัญญา ซองศิริ, รุ่งทิวา ขันธมูล, ชนิตา ปะเพโส

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
Result of using guidelines for alcohol withdrawal patients in Srisomdet Hospital, Roi-Et province 281
วีระยุทธ ลือโสภา

กรณีศึกษาผลของการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหัก ที่มีสาเหตุมาจากภยันตรายแบบไม่รุนแรงจากการหกล้มหรือกระดูกหักจากความเปราะบาง (Fragility Hip Fracture) ที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป
A Case Study on the Effects of Physical Therapy Treatment in Elderly Patients (Aged 60 and Over) with Fragility Hip Fractures Resulting from Low-Energy Falls 296
วัชราภรณ์ ทับรัตน์, รพีภัทร์ พิพัฒนานันท์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ในโรงพยาบาลวังหิน : กรณีศึกษา 2 ราย 310
Nursing care for patients with multidrug-resistant pneumonia at Wang Hin Hospital : Case Study 2 case
อุทัย สุคะตะ

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 327
Effects of a Self-Management Support Program on Health Behaviors and Clinical Outcomes in Hypertensive Patients to Delay Kidney Function Decline
สมทรง ศรีประสิทธิ์

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 339
Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Knee Osteoarthritis who Undergoing Total Knee Replacement (TKR) at Roi Et Hospital
จารุวรรณ ลาจันทร์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ 349
Development of Nursing Practice Guidelines to Promote Self-Management among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Based on the Conceptual Framework of Self-Management, Self-Efficacy, and Health Behaviors
บุศรินท์ รุ่งอุทัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย 363
Development of Discharge Plan Practice Guideline for Palliative Care Patients at Kosum Phisai Hospital
เพลินจิต ช่างถม, นิภาภัคร์ คูเจริญ, กรรณิการ์ ทรัพย์มูล, ศิริรัตน์ สีวิลาศ, รัตนาวลี ภักดีสมัย

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ความต้องการจำเป็นและแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร 376
Needs Assessment and Effective Materials Management Strategies for Administrative and Personnel Involved in Mukdahan Provincial Health Network
วิสา มหาราช

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 392
The Effects of Health Literacy Development Program and Behaviors For The Elderly, Plabphlachai Hospital, Buriram Province
ทรงศักดิ์ สายราม

ความรู้ เจตคติ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี 406
Knowledge, Attitude, and Self-Care Practices among Patients with Biliary Drainage Tubes
ดารุณี ศรีแสนยงค์, เพ็ญศรี ปักกังวะยัง

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลันในระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 415
Nursing Care of patients with Septic Shock and Acute Respiratory Failure in Emergency : Comparative Case Study
ภัทราวรรณ ดาราก้านตรง

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร 432
Development of the Patient Triage According to the Level of Urgency at the Emergency and Forensic Department, Phanomphrai Hospital
ทิพรัตน์ อ้วนกันยา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

The effects of a self-management promotion program based on the 5A framework on health behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus

รัตติกาล หงษ์ศิริ*

Rattikan Hongsiri

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

(Received: November 19, 2025; Revised: November 27, 2025; Accepted: December 27, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยออกแบบเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวม 5 กิจกรรม ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < .05$

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 14.83 (SD. = 1.97) เป็น 17.13 (SD. = 1.47) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.30 คะแนน (95% CI: 1.36 ถึง 3.24, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 44.50 (SD. = 5.89) เป็น 61.81 (SD. = 9.63) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 17.31 คะแนน (95% CI: 13.93 ถึง 20.74, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหาร (FBS) ลดลงจาก 165.57 mg/dL (SD. = 45.65) เป็น 138.80 mg/dL (SD. = 21.65) ลดลงเฉลี่ย 26.77 mg/dL (95% CI: 8.69 ถึง 44.85, $p < .001$) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ลดลงจาก 8.07% (SD. = 0.96) เป็น 7.37% (SD. = 0.42) ลดลงเฉลี่ย 0.70% (95% CI: 0.48 ถึง 0.92, $p < .001$) แสดงว่าผู้เข้าร่วมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจาก 26.45 (SD. = 4.08) เป็น 25.82 (SD. = 3.93) ลดลงเฉลี่ย 0.63 (95% CI: -0.83 ถึง -0.42, $p = .001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ (M = 17.13, SD. = 1.47) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 15.40, SD. = 2.12) อย่างมีนัยสำคัญ (95% CI: 0.67 ถึง 2.67, $p = .002$) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม (95% CI: 14.39 ถึง 23.68, $p < .001$) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า กลุ่มทดลองมีค่า FBS ต่ำกว่า

กลุ่มควบคุม (95% CI: -40.08 ถึง -16.98, p < .001) และค่า HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (95% CI: -1.48 ถึง -0.77, p = .001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า BMI ลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = .233)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ : หลัก 5A; การจัดการตนเอง; พฤติกรรมสุขภาพ; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

Abstract

Purposes : To compare the mean scores of knowledge, health behaviors, and clinical outcomes among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus in the catchment area of Bang Kahai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province.

Study design : Quasi-experimental research was conducted.

Materials and Methods : This quasi-experimental study employed a comparison between an experimental group and a control group. The participants were 60 patients with T2DM who met the inclusion criteria, divided equally into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The experimental group received a 12 week self-management enhancement program based on the 5A model (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange), consisting of five activities, while the control group received routine care. Research instruments included a diabetes knowledge questionnaire and a health behavior questionnaire, both validated for content validity by experts and having a reliability coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Independent t-test and Paired t-test) at a significance level of $p < .05$.

Main finding : After the intervention, participants in the experimental group showed a significant increase in mean knowledge scores from 14.83 (SD. = 1.97) to 17.13 (SD. = 1.47), with a mean difference of 2.30 (95% CI: 1.36–3.24, $p < .05$). Health behavior scores also increased from 44.50 (SD. = 5.89) to 61.81 (SD. = 9.63), with a mean difference of 17.31 (95% CI: 13.93–20.74, $p < .05$), indicating improved knowledge and health behavior after participating in the program. For clinical outcomes, fasting blood sugar (FBS) decreased from 165.57 mg/dL (SD. = 45.65) to 138.80 mg/dL (SD. = 21.65), a reduction of 26.77 mg/dL (95% CI: 8.69–44.85, $p < .001$). HbA1c decreased from 8.07% (SD. = 0.96) to 7.37% (SD. = 0.42), a reduction of 0.70% (95% CI: 0.48–0.92, $p < .001$). Body mass index (BMI) also decreased from 26.45 (SD. = 4.08) to 25.82 (SD. = 3.93), a mean reduction of 0.63 (95% CI: -0.83 to -0.42, $p = .001$). Comparing between groups, the experimental group had significantly higher mean knowledge scores (M = 17.13, SD. = 1.47) than the control group (M = 15.40, SD. = 2.12) (95% CI: 0.67–2.67, $p = .002$), and significantly higher health behavior scores (95%CI: 14.39–23.68, $p < .001$). In terms of clinical outcomes, the experimental group had lower mean FBS (95%CI: -40.08 to -16.98, $p < .001$) and HbA1c (95%CI: -1.48 to -0.77, $p = .001$) than the control group, while BMI differences were not statistically significant ($p = .233$).

Conclusion and Recommendations : The self-management promotion program based on the 5A model effectively improved health behaviors and clinical outcomes among patients with type 2 diabetes mellitus. Therefore, this program should be adapted and implemented in community settings to enhance diabetes self-management.

Keywords : 5A Model; Self-management; Health behavior; Type 2 diabetes mellitus

*Registered Nurse Professional Level, Bang Kahai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอันดับต้นของโลก ทั้งในด้านจำนวนผู้เสียชีวิตและอุบัติการณ์ของโรค โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัย 30–69 ปี พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 15 ล้านคนต่อปี ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา[1] จากข้อมูลของ International Diabetes Federation (IDF) ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน โดยร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 ทั้งยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 6.7 ล้านคนต่อปี[2]

สำหรับประเทศไทย แนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยสะสมในระบบทะเบียนกว่า 3.3 ล้านคน ขณะที่ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 16,388 คน คิดเป็นอัตราการตาย 25.10 ต่อแสนประชากร และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[3] โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก[4] สำหรับจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับประเทศที่กำหนดไว้ร้อยละ 50 โดยเฉพาะในตำบลบางกะไหซึ่งพบความผันผวนของผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละปี[5]

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบ ช่องว่างขององค์ความรู้ (Research gap) ที่สำคัญ คือการขาดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจนเป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน สาเหตุของปัญหาดังกล่าวได้แก่ ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ ในการจัดการตนเองจำกัด ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการดูแลที่ยังมุ่งเน้นการรักษามากกว่าการเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[6] ร่วมกับกรอบแนวคิด 5A Model ของ Glasgow et al.[7] จึงมีความจำเป็น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้หลัก 5A ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบางกะไห เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบ สองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group Pretest–Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา อาศัยในพื้นที่วิจัยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่รักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา อาศัยในพื้นที่วิจัยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป เพศชาย และเพศหญิงอายุ 35-65 ปี จำนวน 30 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) ≥ 130 mg/dl (จากผลตรวจ OPD case ครั้งสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่เกิน 1 เดือน ที่มาติดตามตามนัดปกติ) หรือมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ≥ 7 % (จากผลตรวจ OPD case ครั้งสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่เกิน 3 เดือน) (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน (นับถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2568) (3) เพศชายหรือเพศหญิง (4) อายุระหว่าง 35–65 ปี (5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ (6) มีความสมัครใจและพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) (1) ผู้ป่วยที่แพทย์เปลี่ยนแนวทางการรักษาจากยารับประทานเป็นยาฉีดอินซูลิน (2) ผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (3) ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น การพูดหรือการฟังไม่ชัดเจน/ไม่เข้าใจ และ (4) ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วม หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้หลัก 5A เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบางกะไห ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[6] และกรอบแนวคิด 5A Model ของ Glasgow et al.[7] รวมทั้งประยุกต์เนื้อหาและกิจกรรมบางส่วนจากโปรแกรมของ สุภาพร เหลียวสูง[8] และศิรินทรา ด้วงใส[9] ให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมตามหลัก 5A ได้แก่การประเมิน (Assess) การให้คำแนะนำ (Advise) การตกลงร่วมกัน (Agree) การให้การสนับสนุน (Assist) และการติดตามต่อเนื่อง (Arrange) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการอบรมหลักสูตรเข้ม 2 วัน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การใช้ยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด พร้อมฝึกทักษะการดูแลตนเอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม สัปดาห์ที่ 2, 6 และ 10 มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือผ่านแอปพลิเคชันเพื่อให้คำปรึกษาและกระตุ้นแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และในสัปดาห์ที่ 12 ทำการประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และดัชนีมวลกาย (BMI

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอบเขตการวิจัย ได้แก่ ด้านข้อมูลทั่วไป ด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และรายรับรายจ่ายต่อเดือนของครอบครัว และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเก็บข้อมูลด้านความรู้ จำนวน 20 ข้อ และส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด) จำนวน 25 ข้อ รวมจำนวน 45 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอบเขตการวิจัย ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับตามวิธี Likert scale โดยแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายรับ/รายจ่ายต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว แบบสอบถามด้านความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดสะสม และ

ค่าดัชนีมวลกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้รับการปรับปรุงตามข้อคิดเห็นเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมทดลองและแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.68–1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อน และหลังทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่รับรอง 039/2568 เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 70.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 63.33 มีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 58.9 ปี (SD. = 7.60) และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 56.7 ปี (SD. = 7.50) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.67 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส กลุ่มทดลองร้อยละ 76.37 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.67 อาชีพหลักส่วนใหญ่คือการทำไร่/ทำนา/ทำสวน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 32.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 - 14,999 บาท (ร้อยละ 43.33) และในกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงเดียวกัน (ร้อยละ 43.33) สำหรับรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 - 14,999 บาท (ร้อยละ 43.33) และกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงเดียวกัน (ร้อยละ 46.67) เส้นรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 92.83 เซนติเมตร (SD. = 7.21) และของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 93.40 เซนติเมตร (SD. = 5.93)

2) หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 14.83 คะแนน (SD. = 1.97) เป็น 17.13 คะแนน (SD. = 1.47) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.30 คะแนน (ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI: 1.36 ถึง 3.24) และด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 44.50 คะแนน (SD. = 5.89) เป็น 61.81 คะแนน (SD. = 9.63) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 17.31 คะแนน ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI: 13.93 ถึง 20.74 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน หลังเข้าร่วมโปรแกรมในด้านค่าผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) ลดลงจาก 165.57 mg/dL (SD. = 45.65) เป็น 138.80 mg/dL (SD. = 21.65) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 26.77 mg/dL ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI: 8.69 ถึง 44.85, <.001 และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (Hemoglobin A1c: HbA1c) ลดลงจาก 8.07% (SD. = 0.96) เป็น 7.37% (SD. = 0.42) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 0.70% ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI: 0.48 ถึง 0.92, p < .001 แสดงว่าผู้เข้าร่วมสามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรม ในส่วนของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ลดลงจาก 26.45 (SD. = 4.08) เป็น 25.82 (SD. = 3.93) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 0.63 ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI: -0.83 ถึง -0.42, p = .001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=30)	หลังทดลอง (n=30)	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
ด้านความรู้	14.83(1.97)	17.13(1.47)	2.300	1.360, 3.240	.001
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	44.50(5.89)	61.81(9.63)	17.310	13.930, 20.736	.001
ระดับน้ำตาลในเลือ (mg/dL)	165.57(45.65)	138.80(21.65)	-26.770	8.687, 44.846	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (%)	8.07(0.96)	7.37(0.41)	-0.699	0.480, 0.920	<.001
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	26.45(4.08)	25.82(3.93)	-0.630	-0.829, -0.416	.001

3) หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิด 5A มีคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเฉลี่ย 17.13 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ 15.40 (SD. = 1.47 และ 2.12 ตามลำดับ, Mean diff = 1.73 , 95%CI: 0.670–2.670, p = .002) และมีคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 61.81 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม 42.80 (SD. = 9.63 และ 8.27, Mean diff = 19.01, 95% CI: 14.392–23.675, <.001) นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 138.80 mg/dL ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 167.33 mg/dL (SD. = 21.65 และ 23.93, Mean diff = -28.53, 95% CI: -40.082 ถึง -16.985, p < .001) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีค่าเฉลี่ย 7.37% ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 8.49% (SD. = 0.42 และ 0.859, Mean diff = -1.122, 95% CI: -1.480 ถึง -0.770, p = .001) ขณะที่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 25.82% ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 26.87 (SD. = 3.93 และ 2.69, Mean diff = -1.05, 95% CI: -2.790 ถึง 0.696, p = .233) แต่ไม่พบความแตกต่างกัน ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ลดระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่มีผลชัดเจนต่อการลด BMI ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และค่าดัชนีมวลกาย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
ด้านความรู้	17.13(1.47)	15.40(2.12)	1.730	0.670, 2.670	.002
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	61.81(9.63)	42.8(8.27)	19.010	14.392, 23.675	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือ (mg/dL)	138.80(21.65)	167.33(23.93)	-28.530	-40.082, -16.985	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (%)	7.37(0.42)	8.49(0.859)	-1.122	-1.480, -0.770	.001
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	25.82(3.93)	26.87(2.69)	-1.050	-2.790, 0.696	.233

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถพัฒนาความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความรู้ครอบคลุมเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lorig & Holman[6] ให้ได้รับความรู้ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้โดยรวมดีกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่เน้นการให้ความรู้และเสริมทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิด 5A Model ของ Glasgow et al.[7] ที่มุ่งเน้นการประเมิน ให้คำแนะนำ สนับสนุน และติดตามอย่างต่อเนื่องผลการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพร ทวีบุตร[10] จุไรรัตน์ ดวงจันทร และคณะ[11] และดวงดาว อรัญวาสน์ และคณะ[12] ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้ และทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด) สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) สะท้อนว่าโปรแกรมช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการติดตามอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาส ชิณวงศ์[13] วันวิสาข์ สนใจ[14] และวรางคณา บุตรศรี และคณะ[15] ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กว่าก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แม้ว่าค่าดัชนีมวลกาย (BMI) จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่า โปรแกรมช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนและ

มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[16] สุชาดา พวงจาปา[17] มยุรี ปะวันนา[18] และเกศสุดา ภิญโญสวัสดิ์สกุล และอุบลรัตน์ จันทนะโพธิ[19] ผลการวิจัย พบว่า การจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยลดระดับ HbA1c และระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญ คือ การนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความเป็นระบบและครอบคลุมทั้งการประเมิน ให้คำแนะนำ สนับสนุน และติดตามผลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก นอกจากนี้ การออกแบบวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและใช้ตัวชี้วัดหลากหลาย ครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมและตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา และสะท้อนความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิจริง

การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองซึ่งอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้ อีกทั้งระยะเวลาการติดตามผลยังสั้นเกินไปที่จะเห็นความเปลี่ยนแปลงด้านดัชนีมวลกายอย่างชัดเจน ขณะเดียวกัน การใช้แบบประเมินพฤติกรรมจากการรายงานตนเองอาจทำให้เกิดความเอนเอียงในการตอบสนอง และการดำเนินงานในพื้นที่เดียวทำให้การนำผลไปใช้กับบริบทอื่นยังคงมีข้อจำกัด

ผลการวิจัยมีนัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากโปรแกรมสามารถลด FBS และ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอยู่ในระดับที่มีความหมายทางคลินิก ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน จึงสามารถแนะนำให้ใช้โปรแกรมนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพ การดูแลลดภาระโรค และเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคในภาพรวม

สรุป โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลัก 5A ที่เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การกำหนดเป้าหมายร่วมและการติดตามต่อเนื่อง มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lorig & Holman[6] และหลักการของ 5A Model[7] ที่เน้นการมีส่วนร่วม และการเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วย (Empowerment) เพื่อการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมให้พยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้จริงในพื้นที่ปฏิบัติงาน และขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ โดยเน้นการรักษาความยั่งยืนของโปรแกรมในระยะยาว รวมทั้งควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามเมื่อครบ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อวัดประสิทธิผลและความยั่งยืนของผลลัพธ์จากโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรดำเนินการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามหลัก 5A ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาเพียง 4 เดือน ควรติดตามผลในระยะยาวโดยวัดซ้ำในช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ในระยะยาว นอกจากนี้ควรเพิ่มการศึกษาบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแล อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ตลอดจนเสริมสร้างการจัดการตนเองที่ยั่งยืน อีกทั้งควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม รวมทั้งหาแนวทางการสนับสนุนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิถีชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Nov 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact- sheets/detail/
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S1–S170.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2565–2567. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2567.
6. Lorig K R, Holman H R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003; 26(1):1–7.
7. Glasgow R E, Emont S, Miller D C. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promote Int. 2006;21(3):245–55.
8. สุภาพร เหลียวสูง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
9. ศิรินทรา ด้วงใส. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(1):57–70.
10. เพ็ญพร ทวีบุตร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
11. ไรรัตน์ ดวงจันทร, วิไลวรรณ คมขำ, รวีวรรณ แก้วอยู่, พงษ์ศักดิ์ ป้านดี. ผลของการเรียนรู้แบบ 5A Model ต่อความรู้และการจัดการตนเองของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(2):55–67.
12. ดวงดาว อรัญวาสน์ และคณะ. ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพชุมชน. 2563;37(1):91–104.
13. ศิรินทรา ด้วงใส, ทิพมาส ชิณวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(1):33–45.
14. วันวิสาข์ สนใจ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
15. วรางคณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา, ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ. ผลของการให้ความรู้เชิงปฏิบัติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 2564;39(2):77–90.
16. อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการจัดการตนเองต่อระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ชุมชน. 2565;38(3):115–23.
17. สุชาดา พวงจาปา. ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
18. มยุรี ปะวันนา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศรีนครินทรวิโรฒ. 2566;45(1):23–35.
19. เกศสุดา ภิญโญสวัสดิ์สกุล, อุบลรัตน์ จันทนะโพธิ. ผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2566;41(2):89–100.

การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม

Driving Excellence in Environmental Health Development in Hospitals: A Case Study of Medical Waste Management in Mahasarakham Province

ปาริชาต ปกิรณะ* สุกัญญา สารฤทธิคาม**
Parichat Pakirana, Sugunya Sararitthikham
Corresponding author: Email: superpari.pari1@gmail.com
(Received: November 21, 2025; Revised: November 28, 2025; Accepted: December 28, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษารูปแบบและผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ในจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จำนวน 13 แห่ง รวม 20 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 เป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ **ระยะที่ 2** ขับเคลื่อนการพัฒนางาน ตามแนวคิด P-A-O-R ของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกตผล (Observation) และ 4) สะท้อนการปฏิบัติการ (Reflection) จำนวน 3 วงรอบ **ระยะที่ 3** ประเมินผล ใช้แบบตรวจประเมินตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์ แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบการขับเคลื่อนงานประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) สร้างระบบสนับสนุน (4) ใช้กลไกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (5) เตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน (6) เยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงานเฉพาะกิจ (7) เตรียมเอกสารและกระตุ้นการประเมิน (8) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผล และ (9) ถอดบทเรียนและประเมินผล ขั้นตอนข้างต้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คือ มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8) บรรลุเป้าหมายการพัฒนาของจังหวัดมหาสารคามและกระทรวงสาธารณสุข และมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7

สรุปและข้อเสนอแนะ : ปัจจัยความสำเร็จมาจากการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้อง และเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ระบบพี่เลี้ยงและเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เครือข่ายผู้พัฒนางานเข้มแข็ง และควรขยายผลสู่โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและศึกษาเชิงผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายและปริมาณของเสียต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการของเสียทางการแพทย์; GREEN & CLEAN Hospital Challenge

*,** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Purposes : To examine the model and outcomes of driving the development of environmental health in hospitals toward sector-specific excellence, focusing on medical waste management in Mahasarakham Province.

Study design : Action research.

Materials and Methods : Key informants were environmental health and medical waste management personnel from 13 hospitals, totaling 20 participants. The study was conducted from January 2023 to October 2025 (B.E. 2566–2568) in three phases: Phase 1 situational analysis; Phase 2 implementation of development activities based on the P-A-O-R framework of Kemmis and McTaggart, comprising four main steps: (1) Planning, (2) Action, (3) Observation, and (4) Reflection, conducted over three cycles; and Phase 3 evaluation. Data collection instruments included standard operating procedure (SOP) checklists, a situational data collection form, focus group discussion guidelines, and a satisfaction assessment questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, median, and range. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Main findings : The operational driving model comprises nine stages: (1) policy-driven mobilization (2) capacity building of personnel (3) establishment of support systems (4) utilization of effective communication mechanisms (5) preparedness prior to assessment (6) targeted empowerment visits and supervision; (7) documentation preparation and encouraging the assessment process (8) knowledge sharing and scaling up and (9) lesson learned extraction and evaluation. Implementation of these stages resulted in seven hospitals (53.8%) achieving the GCHC "Challenging Level" accreditation in medical waste management, thereby meeting the development targets of Mahasarakham Province and the Ministry of Public Health. Furthermore, the province recorded the highest number of hospitals meeting the criteria within Health Region 7.

Conclusion and recommendations : Key success factors included clearly defined goals; aligned and facilitative evaluation criteria; continuous development; mentoring and peer-support systems; knowledge-sharing activities; and a strong network of practitioners. It is recommended that this model be scaled up to hospitals outside the Ministry of Public Health system and that future studies examine outcome indicators related to costs and waste volume reduction.

Keywords : Medical Waste Management; GREEN & CLEAN Hospital Challenge

*,** Public Health Technical, Officer Professional Level, Mahasarakham Provincial Public Health Office.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และเป็นแหล่งเรียนรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ชุมชน โดยบรรจุการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลภายใต้มาตรฐาน GREEN & CLAEN Hospital (GCH) ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม[1] เพื่อให้การพัฒนางานถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการประเมินผลและจัดระดับผลการดำเนินงานเป็น 4 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ดี ดีมาก และดีมาก Plus โดยในระหว่างปี พ.ศ.2560 – 2565 มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 958 แห่ง (ร้อยละ 98.3) มีผลการดำเนินงานในระดับดีมาก และมีโรงพยาบาล ร้อยละ 66.18 ดำเนินงานในระดับดีมาก Plus[2] ขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคามมีมีผลการดำเนินงาน GCH อยู่ในระดับดีมาก Plus จำนวน 13 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100

ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการยกระดับมาตรฐาน GCH สู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) เพื่อเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ตามมาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย โดยกำหนดประเด็นการพัฒนา จำนวน 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ด้านที่ 2) การจัดการของเสียทางการแพทย์ ด้านที่ 3) การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และด้านที่ 4) การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับดท้าทายร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2570[2] ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีความมุ่งมั่นสนับสนุนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน เพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ทุกด้าน ในโรงพยาบาลทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นปีแรกที่เริ่มการขับเคลื่อนพัฒนามาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย จำนวน 4 ด้าน จึงได้วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนด กลยุทธการขับเคลื่อนพัฒนางาน โดยมุ่งเน้นสนับสนุนการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนระยะเริ่มต้นก่อน เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นแหล่งกำเนิดของเสียทางการแพทย์ที่มีความหลากหลายตามกิจกรรมการให้บริการและปัจจัยด้านทรัพยากร จึงควรมีการพัฒนากระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมต่อชุมชน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดการของเสียทางการแพทย์ และมีส่วนในการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสู่ชั้นบรรยากาศ นอกจากนี้ ยังเป็นกระบวนการพื้นฐานในการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันสภาพอากาศได้อีกด้วย ประกอบกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 13 แห่งในจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์ GCH ในระดับดีมาก Plus ซึ่งแสดงถึงการมีพื้นฐานในการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่ดีอยู่แล้ว จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนายกระดับต่อไปได้ ขณะเดียวกันก็มีการเตรียมความพร้อมและสนับสนุนการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในประเด็นการพัฒนาอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย

กรมอนามัยกำหนดมาตรฐานการพัฒนางาน 10 ขั้นตอนในการประเมินรับรอง GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566[3] และปรับใช้มาตรฐานการพัฒนางานเป็น 9 ขั้นตอนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เป็นต้นมา ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบาย 2) จัดทำข้อมูลสถานการณ์การจัดการของเสียทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาล 3) การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และบ่งชี้ปัญหา/ ประเด็นการพัฒนา 4) กำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์และกรอบแนวทางเพื่อพัฒนากระบวนการ/แนวทาง/แนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ 5) การพัฒนาเทคโนโลยี/นวัตกรรม/วิธีการในการจัดการของเสียทางการแพทย์ 6) การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล 7) รายงานผลการดำเนินงาน

8) การทบทวน ปรับปรุง แก้ไข พัฒนากระบวนการที่มีประสิทธิภาพ และ 9) มีการเผยแพร่/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการลดปริมาณและการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ[4]

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ตามมาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย 4 ด้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลร้อยละ 30 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ภายในปี พ.ศ. 2570[2] ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขโดยได้กำหนดประเด็นการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์เป็นประเด็นขับเคลื่อนที่มุ่งเน้นในระยะแรก จึงได้ศึกษาการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ในจังหวัดมหาสารคามขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย และศึกษาผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 2 ปี 10 เดือน แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566) วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

ระยะที่ 2 (เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568) ขับเคลื่อนการพัฒนางานโดยประยุกต์ตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[5] ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ร่วมกับสนับสนุนการพัฒนาด้านอื่นที่โรงพยาบาลมีความสมัครใจ คือ

1. ขั้นการวางแผน (Planning) และการปรับปรุงแผน (Re-Planning) เป็นการนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาใช้ในการวางแผน (Planning) และนำข้อมูลจากการสะท้อนผลการปฏิบัติในวงรอบที่ 1 และ 2 มาใช้ในการปรับปรุงแผน (Re-Planning) ในวงรอบที่ 2 และ 3 โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้และระบบพี่เลี้ยงเป็นกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินการตามแผนพร้อมกับประเมินสถานการณ์ขณะปฏิบัติงานร่วมด้วยเพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมตามเงื่อนไขข้อจำกัด และปัจจัย ณ ขณะปฏิบัติการ

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการขับเคลื่อนการพัฒนางานรวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการ รวมทั้งผลที่เกิดขึ้น

4. ขั้นการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ดำเนินการโดยถอดบทเรียน สะท้อนปัญหา โอกาสพัฒนาและผลการขับเคลื่อนการพัฒนางานเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแผนในวงรอบถัดไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลการขับเคลื่อนการพัฒนางานโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและเปรียบเทียบผลดำเนินงานภายในเขตสุขภาพที่ 7

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคาม 13 แห่ง รวม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจประเมินตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

(SOP) การจัดการของเสียทางการแพทย์ 10 ขั้นตอน สำหรับใช้ในปี พ.ศ. 2566 และ 9 ขั้นตอน สำหรับใช้ในปี พ.ศ. 2567 และ 2568 เป็นแบบฟอร์มมาตรฐานสำหรับตรวจสอบความครบถ้วนตามมาตรฐานการปฏิบัติงานและบันทึกข้อสังเกต สร้างขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล การแยกประเภทของเสีย การกำจัดของเสีย ปริมาณของเสียที่เกิดขึ้น

3. แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย ระดับความพึงพอใจด้านเนื้อหา ด้านการจัดงาน ด้านภาพรวมของกิจกรรม และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นอื่นๆ ด้าน ประโยชน์ที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม

4. แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการดำเนินงานที่ผ่านมาที่ทำได้ดี ปัญหาอุปสรรค การบรรลุเป้าหมาย สิ่งที่ได้เรียนรู้ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบเก็บข้อมูลสถานการณ์การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่า IOC ในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลสถานการณ์ ใช้แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์จัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจากกระบวนการนิเทศงานร่วมกับรายงานการประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital และรายงานในระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (E- manifest)

2. ข้อมูลการการขับเคลื่อนการพัฒนางาน รวบรวมจากการสังเกตการประเมินมาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย กิจกรรมถอดบทเรียน และการให้คำปรึกษาตามกระบวนการระบบพี่เลี้ยง โดยใช้แบบตรวจประเมินตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) การจัดการของเสียทางการแพทย์ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูลและการวิเคราะห์แก่นสาระ การตรวจสอบ ความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล เป็นการยืนยันว่าข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลมีความเหมาะสม ถูกต้อง เป็นจริง และมีคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 66/125 ลงวันที่ 13 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคามมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง เมื่อแบ่งตามระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ พบว่า มีโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง ระดับ M2 จำนวน 4 แห่ง ระดับ F1 จำนวน 1 แห่ง ระดับ F2 จำนวน 7 แห่ง และระดับ F3 จำนวน 1 แห่ง โดยโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง (ร้อยละ 100) มีผลการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCH ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระดับดีมาก Plus ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์พบว่า โรงพยาบาลร้อยละ 100 มีการคัดแยกมูลฝอยเป็น 3 ประเภทหลักคือ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยอันตราย มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไปอย่างน้อย 3 ประเภท คือ มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ (รีไซเคิล)

มูลฝอยอินทรีย์ และมูลฝอยทั่วไป และมีผู้รับผิดชอบในการจัดการของเสีย 3 ประเภทหลัก โรงพยาบาล ร้อยละ 100 กำจัดมูลฝอยทั่วไปโดยส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปกำจัด ในส่วนของการจัดการมูลฝอยอินทรีย์ พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 38.5) นำไปทำปุ๋ยหมัก และโรงพยาบาล 8 แห่ง (ร้อยละ 61.5) นำไปเลี้ยงสัตว์ โรงพยาบาล ร้อยละ 100 ส่งมูลฝอยอันตรายชุมชนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดส่งกำจัด และโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 76.9) ส่งมูลฝอยอันตรายทางการแพทย์คืนบริษัทผู้ผลิตและให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัดตามวิธีที่กฎหมายกำหนด ส่วนโรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 23.1) กำจัดมูลฝอยอันตรายทางการแพทย์ในบ่อกำจัดมูลฝอยของโรงพยาบาล

ปริมาณของเสียทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2566 มีองค์ประกอบของเสียที่เป็นอันตราย ร้อยละ 31.4 และของเสียที่ไม่เป็นอันตรายหรือของเสียทั่วไป ร้อยละ 68.6 โดยมีของเสียที่เป็นอันตรายโดยประมาณ 2,105.9 กิโลกรัมต่อวัน และของเสียทั่วไปหรือของเสียที่ไม่เป็นอันตรายโดยประมาณ 4,605.2 กิโลกรัมต่อวัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การเกิดของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2568

ประเภทมูลฝอย	ปริมาณรวม	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่ามัธยฐาน
1. มูลฝอยติดเชื้อ				
-ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (กก./วัน)	2,086.5	13.3	1,197.1	54.5
-อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ (กก./เตียง/วัน)		1.04	10.24	1.79
2. ปริมาณมูลฝอยอันตราย (กก./วัน)	19.5	0.01	13.7	0.3
3. มูลฝอยทั่วไป (กก./วัน)	3,963.6	20	1,601	150
4. ปริมาณมูลฝอยอินทรีย์ (กก./วัน)	239	1	50	20
5. ปริมาณมูลฝอยรีไซเคิล (กก./วัน)	402.6	1	175	17.5

ระยะที่ 2 การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

วงรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ได้มีการดำเนินการดังนี้

1. ตั้งเป้าหมายการขับเคลื่อนพัฒนางาน โดยพิจารณาจากสถานการณ์การพัฒนาของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCH ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 100 ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญและความท้าทายในการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไปให้ครอบคลุมทุกแห่ง จึงกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป

1.2 โรงพยาบาลร้อยละ 50 มีการเตรียมความพร้อมการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายอย่างน้อย 1 ด้าน

2. การวางแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

2.1 ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการประเมินและทบทวนเพื่อทราบสถานการณ์การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขให้ผ่านเกณฑ์รวมถึงมีการเตรียมพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย โดยมีรายละเอียดเกณฑ์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566[6]

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ประเมินตนเอง ในระบบ GCHC ตามระยะเวลาที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม	เตรียมการพัฒนาสู่ระดับท้าทาย	ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย อย่างน้อย 1 ด้าน

2.2 ใช้กลไกการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย ตอบสนองไว สร้างความไว้วางใจ และสม่ำเสมอ

2.3 การให้คำปรึกษา สนับสนุน กระตุ้นและให้กำลังใจ ตามแนวทาง “ระบบพี่เลี้ยง”

2.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

2.5 การเยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงานเฉพาะกิจ หากโรงพยาบาลยังไม่กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่เฉพาะเจาะจง จะสนับสนุนให้เตรียมพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ก่อนเป็นหลัก

2.6 กระตุ้นให้โรงพยาบาลเข้ารับการประเมินเพื่อเรียนรู้แนวทางและข้อแนะนำจากคณะกรรมการเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จากการเข้ารับประเมิน

2.7 ตรวจสอบและให้ข้อแนะนำการจัดเตรียมเอกสารการรับประเมิน

2.8 เข้าร่วมสังเกตการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย

2.9 การถอดบทเรียนและประเมินผลการขับเคลื่อนพัฒนางาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ในวงรอบที่ 1 พบว่า

1. โรงพยาบาลที่กำจัดมูลฝอยอันตรายทางการแพทย์ในบ่อกำจัดมูลฝอยของโรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง ปรับเปลี่ยนวิธีจัดการโดยส่งคืนบริษัทผู้ผลิตและส่งให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัดตามวิธีที่กฎหมายกำหนด ภายหลังจากได้รับข้อแนะนำจากการลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงานเฉพาะกิจ

2. โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง เข้ารับการประเมิน จำนวน 4 แห่ง ผ่านการประเมิน จำนวน 1 แห่ง

3. โรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง นำเสนอไม่ทันเวลา เนื่องจากจัดทำเอกสารนำเสนอเสร็จในระยะเวลากระชั้นชิดและไม่ได้ซ้อมการนำเสนอ จึงไม่ได้ประเมินและปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับระยะเวลา

4. ผลการสังเกตและรวบรวมข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการประเมิน GCCH ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ของโรงพยาบาล พบว่า

4.1 จุดเด่นของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรอง ดังนี้

1) มีการวิเคราะห์สถานการณ์และระบุปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการพัฒนาหรือที่ชัดเจนสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สถานการณ์

2) การระบุนวัตกรรมหรือกิจกรรมพัฒนาที่เฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือสถานการณ์จัดการของเสียทางการแพทย์ของโรงพยาบาล มีการกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ในการพัฒนาและมีการวิเคราะห์ผลลัพธ์โดนเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

3) แสดงให้เห็นถึงระบบเฝ้าระวังตรวจสอบ กำกับติดตาม การคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ทบทวนการปฏิบัติงาน การรายงานผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4) แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของบุคลากรในหน่วยงาน

5) มีการปรับปรุงกระบวนการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

4.2 โอกาสพัฒนาสำหรับโรงพยาบาล

ที่ยังไม่ผ่านการรับรอง มีดังนี้

1) ปรับปรุงแนวทางการจัดการของเสียทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทุกประเภท

2) การวางแผนจัดเก็บข้อมูลในระดับหน่วยงานย่อยอย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) การระบุปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการพัฒนาที่ชัดเจนสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สถานการณ์

4) กำหนดนวัตกรรมหรือกิจกรรมการพัฒนาที่สอดคล้องกับข้อค้นพบหรือข้อบ่งชี้ของปัญหาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยกำหนดเป้าหมายและเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการพัฒนากับเป้าหมายที่กำหนด ถอดบทเรียนวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ และประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมและโอกาสการพัฒนาเพื่อให้การพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ในวงรอบที่ 1 พบโอกาสในการพัฒนาดังนี้

1. สนับสนุนให้โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทายเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มโอกาสเรียนรู้จากคณะกรรมการและสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทายแล้วพัฒนาด้านอื่นเพิ่มเติม

2. สนับสนุนให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย ถ่ายทอดแนวทางการพัฒนาที่สำเร็จแก่เครือข่ายพัฒนางาน

3. จัดกิจกรรมการซ้อมนำเสนอก่อนรับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย เพื่อให้โรงพยาบาลได้เตรียมความพร้อมการนำเสนอ และนำคำแนะนำจากการซ้อมไปปรับปรุงก่อนรับการประเมินจริง

4. การให้คำแนะนำการพัฒนาโดยเน้นให้ครอบคลุมตามเกณฑ์การประเมินและประเด็นโอกาสในการพัฒนาจากการถอดบทเรียนจากการสังเกตการประเมิน GCHC ระดับท้าทายที่ผ่านมา

วงรอบที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การปรับปรุงแผน (Re - Planning) ในวงรอบที่ 2 มีดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายการพัฒนา เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลพัฒนาสู่ GCHC ระดับท้าทายและโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทายแล้วมีการพัฒนาประเด็นอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายอย่างน้อย 1 ด้าน

1.2 โรงพยาบาลร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

2. วางแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

2.1 ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567[7]

0 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ไม่ผ่านเกณฑ์ GCHC	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับดีเยี่ยม	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย 1 ด้าน	ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย 1 ด้าน และรับการประเมินระดับท้าทายด้านอื่นอย่างน้อย 1 ด้าน

2.2 การสนับสนุนการดำเนินงานตามระบบ “ระบบพี่เลี้ยง”

2.3 การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายและโรงพยาบาลที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ตามเกณฑ์ GCHC เป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์และแนวทางพัฒนางานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

2.4 การถอดบทเรียนจากกระบวนการประเมินรับรอง GCHC ระดับท้าทาย

2.5 การนิเทศงานในพื้นที่ โดยเน้นในการให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาตามประเด็นถอดบทเรียน

2.6 ให้ข้อแนะนำการจัดเตรียมเอกสารนำเสนอรับการประเมินมาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย

2.7 จัดกิจกรรมซ้อมนำเสนอ โดยมีศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พี่เลี้ยงจังหวัด และโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน GCHC ระดับท้าทายเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะหลักในการเตรียมความพร้อม

2.8 การถอดบทเรียนและประเมินผลการขับเคลื่อนพัฒนางาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ในวงรอบที่ 2 พบว่า

1. เครือข่ายพัฒนางาน มีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีการระบุประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดกิจกรรม คือ ได้เห็นวิธีการพัฒนางานของหน่วยงานอื่นที่มีผลการพัฒนาที่ดี เป็นทางลัดในการปรับปรุงพัฒนางาน ได้พบปะเครือข่ายทำให้ได้ปรึกษาและแลกเปลี่ยนแนวทางพัฒนางาน ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม อยากจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกปี

2. ในการรับประเมินโรงพยาบาลส่วนหนึ่งปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะจากการซ้อมนำเสนอไม่ทันเนื่องจากกำหนดการจัดกิจกรรมซ้อมนำเสนอกระชั้นชิดกับกำหนดการประเมินของคณะกรรมการ

3. ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ในโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการประเมินต้องปรับปรุงในภาพรวมเหมือนผลจากการสังเกตในวงรอบที่ 1

4. มีโรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง ผ่านการประเมิน จำนวน 2 แห่ง ส่งผลให้มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายจากการขับเคลื่อนการพัฒนางาน 2 วงรอบ รวม 3 แห่ง (ร้อยละ 23.1)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ในวงรอบที่ 2 เพื่อเป็นโอกาสพัฒนา มีดังนี้

1. กระตุ้นให้มีการเข้าร่วมการประเมินรับรอง GCHC ระดับท้าทายมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยเข้าร่วมรับการประเมิน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์รับประเมิน

2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยครอบคลุมเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ทั้ง 4 ด้าน เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ในการพัฒนาด้านอื่นเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลที่มีความสนใจ

3. ขยายระบบการสนับสนุนแบบพี่เลี้ยง โดยให้โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองระดับท้าทายแล้วร่วมเป็นพี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อสนับสนุนเครือข่ายพัฒนางานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. เริ่มเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสู่การพัฒนาด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

5. กำหนดเวลาการซ้อมนำเสนอก่อนรับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย 1 สัปดาห์ เพื่อให้มีระยะเวลาเพียงพอในการปรับปรุงเอกสารก่อนรับการประเมิน

วงรอบที่ 3

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนแผน (Re - Planning) ได้มีการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายการพัฒนา มีการกำหนดเป้าหมายในวงรอบนี้ เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลเข้าร่วมการประเมิน GCHC เพิ่มขึ้นเพื่อโอกาสในการเรียนรู้

และพัฒนางาน โดยเฉพาะด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลร้อยละ 100 เข้ารับการประเมิน GCHC ในระดับท้าทาย

1.2 โรงพยาบาลร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายอย่างน้อย 1 ด้าน

1.3 โรงพยาบาลร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

2. การวางแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

2.1 ขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568[8]

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รับการประเมินระดับท้าทาย 1 ประเด็น (ไม่ผ่านเกณฑ์)	รับการประเมินระดับท้าทาย 2 ประเด็นขึ้นไป (ไม่ผ่านเกณฑ์)	ระดับท้าทาย 1 ประเด็น	ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย 1 ประเด็น และรับการประเมินระดับท้าทาย	ผ่านเกณฑ์ระดับท้าทายด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ และผ่านด้านอื่น อย่างน้อย 1 ด้าน

2.2 ขยายระบบพี่เลี้ยง โดยมีพี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมสนับสนุนการพัฒนางาน

2.3 จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเชิญโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายทั้งภายในและนอกจังหวัดเป็นแหล่งความรู้ในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.4 การเยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงานในพื้นที่โดยเน้นกลุ่มโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายและกลุ่มที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ร่วมกับการเตรียมการพัฒนาด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

2.5 ตรวจสอบและให้ข้อแนะนำการจัดเตรียมเอกสารนำเสนอ และจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลก่อนการรับประเมินมาตรฐาน GCHC ระดับท้าทาย 1 สัปดาห์

2.6 การถอดบทเรียนและประเมินผลการขับเคลื่อนพัฒนางาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนการพัฒนางาน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ในวงรอบที่ 3 พบว่า

1. มีโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 9 แห่ง จากโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์นี้ทั้งหมด 10 แห่ง โดยโรงพยาบาลที่ไม่เข้ารับการประเมิน จำนวน 1 แห่ง มีสาเหตุมาจากผู้รับผิดชอบหลักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการประเมินและไม่มีผู้รับผิดชอบงานแทนได้ โดยการประเมินในวงรอบที่ 3 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ จำนวน 4 แห่ง ส่งผลให้มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ รวม 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8) ใน 3 วงรอบการพัฒนา

2. มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานหลักเนื่องจากเกษียณอายุราชการ จำนวน 1 แห่ง และย้ายสถานที่ปฏิบัติงานระหว่างปีงบประมาณ จำนวน 2 แห่ง ซึ่งผู้รับผิดชอบงานใหม่ทั้ง 3 แห่ง ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้งาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ในวงรอบที่ 3 เพื่อปรับปรุงแนวทางการพัฒนาในปีต่อไป

มีดังนี้

1. เยี่ยมเสริมพลังโดยเน้นกลุ่มโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย และเน้นย้ำการพัฒนาระบบงานให้มีความยั่งยืน การถ่ายทอดความรู้ภายในองค์กร และการจับคู่ทำงานแบบบัดดี้เพื่อสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้

2. ขับเคลื่อนเชิงนโยบายโดยมุ่งเน้นการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการขับเคลื่อนการพัฒนางาน การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จังหวัดมหาสารคาม เกิดจากการวิเคราะห์จุดแข็งภายในองค์กรและโอกาสพัฒนาสู่มาตรฐานตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ทั้ง 4 ด้าน ที่กรมอนามัยกำหนดให้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อวางแผนและกำหนดประเด็นขับเคลื่อนงาน โดยพิจารณาถึงโอกาสที่จะขับเคลื่อนงานได้สำเร็จในระยะเริ่มต้นเพื่อให้เครือข่ายพัฒนางานมีกำลังใจและมีความมั่นใจที่จะพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านอื่นๆ และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้แก่โรงพยาบาลในเครือข่ายต่อไปได้ ซึ่งการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ถูกจัดลำดับให้เป็นประเด็นมุ่งเน้นในการขับเคลื่อนการพัฒนาในระยะแรก ซึ่งจะดำเนินไปพร้อมกับสนับสนุนตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายด้านอื่น ตามความสมัครใจของโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[5] ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning และ re-planning) 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) ร่วมกับการจัดการความรู้และกระบวนพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการพัฒนางาน โดยระหว่างการขับเคลื่อนการพัฒนางานได้ขยายกระบวนการพี่เลี้ยงสู่พี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้เพื่อนซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์พัฒนางานได้ประสบผลสำเร็จ ร่วมมีบทบาทในการแนะนำให้คำปรึกษา กระตุ้นให้พัฒนาและเป็นกำลังใจ โดยในขั้นตอนการวางแผนมีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาที่ชัดเจน และมีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอที่สอดคล้องและเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย มีกิจกรรมที่สำคัญระหว่างการขับเคลื่อนพัฒนางาน ได้แก่ การเยี่ยมเสริมพลังและการนิเทศงานในพื้นที่ กิจกรรมเตรียมความพร้อมรับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการพัฒนางาน

สรุปได้ว่า การขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 9 ขั้นคือ

ขั้นที่ 1 ขับเคลื่อนเชิงนโยบายกำหนดประเด็นการพัฒนาเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลประเมินและทบทวนสถานการณ์ปรับปรุงให้ผ่านเกณฑ์ และเตรียมยกระดับสู่ GCHC ระดับท้าทาย

ขั้นที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร ดำเนินการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานและเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นที่ 3 สร้างระบบสนับสนุน จัดตั้งระบบพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษา สนับสนุน และเสริมพลังใจ และขยายสู่ระบบ “พี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน” โดยให้โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จร่วมถ่ายทอดประสบการณ์

ขั้นที่ 4 ใช้กลไกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่าย ตอบสนองรวดเร็ว สร้างความไว้วางใจ และดำเนินการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นที่ 5 เตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน จัดกิจกรรมซ้อมนำเสนอผลงานก่อนรับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย เพื่อปรับปรุงเนื้อหาและ Rephasing ให้มีความเป็นภาษาวิชาการเหมาะสม

ขั้นที่ 6 เยี่ยมเสริมพลังและนิเทศงานเฉพาะกิจลงพื้นที่ให้การสนับสนุน กระตุ้นการพัฒนา และช่วยกำหนด

เป้าหมายการดำเนินงาน โดยเน้นการพัฒนาด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์เป็นลำดับแรกในโรงพยาบาลที่ยังไม่พร้อม

ขั้นที่ 7 เตรียมเอกสารและกระตุ้นการประเมินตรวจสอบ ให้คำแนะนำการจัดเตรียมเอกสารและสนับสนุนให้โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย เพื่อเรียนรู้แนวทางและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ

ขั้นที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์หรือมี Best Practice ถ่ายทอดประสบการณ์และแนวทางพัฒนางานแก่เครือข่าย

ขั้นที่ 9 ถอดบทเรียนและประเมินผล ดำเนินการถอดบทเรียนและประเมินผลการขับเคลื่อนงาน เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนางานข้างต้น ไม่เพียงแต่ส่งผลให้การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ของจังหวัดมหาสารคามมีผลลัพธ์ที่ดี โดยมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.0 ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์นี้ทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 7 รวม 10 แห่ง แต่ยังส่งผลถึงการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านอื่นๆ ที่มีการขับเคลื่อนไปพร้อมกันด้วย โดยจังหวัดมหาสารคามมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายรวม 3 ด้าน ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายอย่างน้อย 1 ด้านจำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 76.9) และผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย 2 ด้าน จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8) โดยผลการขับเคลื่อนพัฒนางานนี้สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568[9-11] ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศด้านเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568

ปีงบประมาณ	เป้าหมายการพัฒนา	ผลการดำเนินงาน
พ.ศ. 2566 (วงรอบที่ 1)	กระทรวงสาธารณสุข ☑ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30 จังหวัดมหาสารคาม ☑ โรงพยาบาลร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ☑ โรงพยาบาลร้อยละ 50 มีการเตรียมความพร้อมการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย อย่างน้อย 1 ด้าน	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลเตรียมความพร้อมการพัฒนาตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 46) 3. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 4 แห่ง ผ่านมาตรฐานจำนวน 1 แห่ง หรือร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน
พ.ศ. 2567 (วงรอบที่ 2)	กระทรวงสาธารณสุข ☑ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	1. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปีงบประมาณ	เป้าหมายการพัฒนา	ผลการดำเนินงาน
	ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ 60 จังหวัดมหาสารคาม ☑ โรงพยาบาลร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ☑ โรงพยาบาลร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายอย่างน้อย 1 ด้าน ☑ โรงพยาบาลร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์	อย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8) 3. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง ผ่านมาตรฐาน จำนวน 2 แห่ง หรือร้อยละ 33 ของโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน 4. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ รวม 3 แห่ง (ร้อยละ 23.1)
พ.ศ. 2568 (วงรอบที่ 3)	กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ☑ ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90 ☑ ระดับท้าทาย ร้อยละ 25 จังหวัดมหาสารคาม ☒ โรงพยาบาลร้อยละ 100 เข้ารับการประเมิน GCHC ในระดับท้าทาย ☒ โรงพยาบาลร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย อย่างน้อย 1 ด้าน ☑ โรงพยาบาลร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์	1. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 84.6) 3. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย อย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 76.9) 4. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 9 แห่ง ผ่านมาตรฐาน จำนวน 4 แห่ง หรือร้อยละ 44.4 ของโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน 5. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้าน การจัดการของเสียทางการแพทย์ รวม 7 แห่ง (ร้อยละ 53.8)

วิจารณ์

ผลการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จังหวัดมหาสารคาม สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาระบบตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[5] ร่วมกับการจัดการ

ความรู้และระบบพี่เลี้ยงและเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเน้นการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning และ Re - Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนผลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น[5] และขณะดำเนินการผู้วิจัยสามารถปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลาเพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน[12] และการจัดการความรู้จะช่วยช่วยลดขั้นตอนในการทำงาน ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ได้แนวคิดและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและควรจะเป็นแก่ผู้ปฏิบัติงานและทำให้เกิดแหล่งเรียนรู้ในองค์กร[13] โดยการจัดการความรู้ด้วยระบบพี่เลี้ยงได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาบุคลากรและส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในองค์กร ที่มีจุดประสงค์พื้นฐานในการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการระหว่างพี่เลี้ยง (Mentor) กับน้องเลี้ยง (Mentee) ในการช่วยเหลือสนับสนุน กระตุ้น ให้คำปรึกษาและสร้างการเรียนรู้โดยถ่ายทอดความรู้ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงานเพื่อที่จะขยายขีดความสามารถในการพัฒนาสู่การบรรลุเป้าหมาย[14] และการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Teaching) ช่วยให้เรียนรู้ได้รวดเร็วขึ้นจากเพื่อนหรือโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์พัฒนางานประสบผลสำเร็จ เป็นการเพิ่มทรัพยากรหรือแหล่งข้อมูลความรู้จากเดิมที่มีเพียงพี่เลี้ยงจังหวัด ทำให้เครือข่ายพัฒนางานมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากขึ้น อันเกิดจากการพูดคุยสนทนาและการป้อนข้อมูลย้อนกลับ ทบทวนเฉพาะเจาะจงตามความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนางานมากขึ้น[15] และเป็นการพัฒนาศักยภาพด้านการเป็นพี่เลี้ยงไปพร้อมกันด้วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ของจังหวัดมหาสารคามมาจาก 1) การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจน 2) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอมีเกณฑ์ที่สอดคล้องและเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย 3) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) เครือข่ายผู้พัฒนางานเข้มแข็ง มุ่งมั่นพัฒนาและทำงานเป็นทีม 5) ระบบพี่เลี้ยงและเพื่อนช่วยเพื่อน 6) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) ระบบการสื่อสารที่สม่ำเสมอ เข้าถึงง่าย ตอบสนองไว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนางานที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา[16] ซึ่งพบว่า การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูงซึ่งเทียบได้กับการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการศึกษานี้ กลุ่มพี่เลี้ยงและบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน รวมทั้งการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน และการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCHC โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม[17] โดยรูปแบบ Y-A-N-G-H-O-S Model และการศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล GCH ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี[18] ซึ่งใช้รูปแบบการดำเนินงาน NAMKHUN Model ที่ระบุว่า การมีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนางาน รวมทั้งการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดเพชรบุรี[19] โดยใช้กิจกรรมส่วนหนึ่ง คือ E: Empowerment คือ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้รับผิดชอบ S: Supporting คือ การสนับสนุนช่วยเหลือและคอยเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำอย่างต่อเนื่อง S: Supervision คือ การนิเทศติดตามช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาที่ดี

จุดเด่นของงานวิจัย คือ การกำหนดประเด็นมุ่งเน้นในการพัฒนาที่มีโอกาสสำเร็จได้สูงในระยะเริ่มต้นในการขับเคลื่อนนโยบายโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับระบบพี่เลี้ยงและการจัดการความรู้ทำให้หน่วยงานที่พัฒนาผ่านเกณฑ์มีกำลังใจที่จะพัฒนา

ต่อในด้านอื่นๆ และมีความมั่นใจที่จะเป็นแหล่งเรียนรู้เพื่อถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ให้แก่เครือข่ายผ่านระบบพี่เลี้ยง จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในภาพรวม

ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบในการขับเคลื่อนพัฒนางานโดยมีผลลัพธ์คือการผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายเพื่อเป็นแนวทางการขับเคลื่อนงาน GCHC ระดับท้าทายของหน่วยงานในระดับจังหวัด แต่ไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์เชิงปริมาณ เช่น อัตราการเกิดของเสียหรือค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงไปจากการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอาจเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างแรงจูงใจแก่โรงพยาบาลให้มีการพัฒนาด้านนี้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจนและแนวทางการขับเคลื่อนที่สอดคล้องและเอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย

1.2 ควรมีการเสริมพลังทีมพี่เลี้ยงและร่วมรับประโยชน์จากผลลัพธ์ที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ขยายผลไปสู่โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคาม

2.2 ศึกษาผลลัพธ์จากการจัดการของเสียทางการแพทย์ เช่น ด้านอัตราการเกิดของเสีย ค่าใช้จ่ายในการจัดการ ความสามารถในการลดการปลดปล่อยคาร์บอน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบขอบคุณทีมพี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานวิจัยเรื่องนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561. นนทบุรี; 2561.
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัท มินนี่ จำกัด; 2566.
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์ Standard Operating Procedure: OP Medical Waste Management for Hospital สำหรับโรงพยาบาล (ระดับท้าทาย). นนทบุรี; 2567.
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. Victoria (Australia): Deakin University; 1988.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2566.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2568.
9. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567; 2566.
11. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง

สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.

12. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2528;2(1):29–49.
13. นันทรัตน์ เจริญกุล. การจัดการความรู้. วารสารศึกษาศาสตร์. 2553;21(1):13–26.
14. กิตติศักดิ์ แก้วบุตรดี, อัจฉรา กิจเดช. พัฒนาองค์กรด้วยระบบพี่เลี้ยง (มืออาชีพ). Mahidol R2R e-Journal. 2561;5(1):1–8.
15. สายสุดา ปั้นตระกูล. การจัดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนของผู้เรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและผู้เรียนปกติ. วารสารร่มพฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก. 2563;38(2):35–48.
16. ปรียานุช เชิดชูเหล่า, อัญญารัตน์ ภมรมานพ, วุฒิพงษ์ ยอดคำ, พฤทธิ์ ชัยดรุณ. การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2565;12:1–16.
17. ธัญญามาศ เทพสาร, ภิรญา พินิจกลาง, จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง, กาญจนา จันทะนุย. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(4):89–98.
18. ศรัญรัตน์ ธานี, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. การพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2566;12(1):5–14.
19. สำราญ เจริญผล. การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2566;42(3):417–30.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Development of Nursing Guideline for Preventing Extravasation in Patients Receiving Contrast Media at Roi Et Hospital

อุบล ทองสุพล* รุ่งรัตน์ เนตรโสภา เพ็ญศรี ปักกังวะยัง*** มะลิวรรณ อังคะนิตย์****
Ubon Thongsupon, Roongrat Netsopa, Pensri Pukkkungvayung, Maliwan Angkhanit**
Corresponding author: Email: Kronnoi444@gmail.com
(Received: November 21, 2025; Revised: November 28, 2025; Accepted: December 28, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) และได้รับสารทึบรังสี จำนวน 60 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยรังสีวินิจฉัย จำนวน 10 คน ดำเนินการศึกษาช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 โดยใช้กรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup Model) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะ Extravasation แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาล และแบบสำรวจความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัย : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะ Extravasation และ 2) การจัดการเมื่อเกิดภาวะ Extravasation ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่า พยาบาลมีทักษะการปฏิบัติงานและความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ไม่เกิดภาวะ Extravasation จำนวน 42 ราย (70.0%) และเกิดภาวะ Extravasation จำนวน 18 ราย (30.0%) โดยความรุนแรงทั้งหมดอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mild level) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบและแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการควบคุมความรุนแรงของภาวะ Extravasation ให้อยู่ในระดับเล็กน้อย จึงควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีทั้งในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เพื่อเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : ภาวะการรั่วไหลของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือด; สารทึบรังสี; แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; หลักฐานเชิงประจักษ์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes: To develop and evaluate nursing practice guidelines for the prevention of extravasation in patients receiving contrast media at Roi Et Hospital.

Study design : Action research.

Materials and Methods : The study sample consisted of 60 patients undergoing CT scan examinations with contrast media administration and 10 nurses working in the diagnostic radiology unit. The study was conducted between May 1, 2025, and May 31, 2026, using Soukup's evidence-based framework. The nursing practice guidelines were developed and subsequently refined. Research instruments included: (1) a nursing practice manual for extravasation prevention, developed by the researcher and validated for content accuracy by three experts; and (2) data collection tools comprising four parts-general information, an extravasation assessment guide, a nursing skill evaluation form, and a satisfaction survey regarding the use of the guidelines.

Main findings: The development of nursing practice guidelines consisted of two main activities: 1. Surveillance and prevention of extravasation 2. Management when extravasation occurs The implementation of these guidelines revealed that nurses demonstrated a high level of skill in practice and reported high satisfaction with their use. Regarding clinical outcomes, among a sample of 60 patients, 42 cases (70.0%) did not experience extravasation, while 18 cases (30%) did. All incidents were classified as mild in severity. These findings indicate that the developed guidelines enabled nurses to promptly detect and effectively manage situations, thereby improving patient safety.

Conclusion and Recommendations : The application of nursing practice guidelines for extravasation prevention in patients undergoing diagnostic procedures with CT and MRI requiring contrast media injection reduced the incidence of extravasation and limited its severity to mild cases. It is recommended that these guidelines be integrated into nursing processes to enhance the quality of patient care in radiology departments.

Keywords : Extravasation; Contrast Media; Nursing Practice Guidelines; Evidence-Based Practice

*Professional Nurse, Roi Et Hospital.

**Advanced Practice Nurse, Roi Et Hospital.

***Advanced Practice Nurse, Roi Et Hospital.

****Advanced Practice Nurse, Roi Et Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค โดยมักมีการใช้สารทึบรังสีเพื่อเพิ่มความชัดเจนของภาพถ่ายทางรังสี สารทึบรังสีเหล่านี้มักถูกฉีดเข้าสู่หลอดเลือดดำผ่านทางอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Extravasation หรือภาวะที่สารรั่วออกนอกหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบ ภาวะ Extravasation คือ ภาวะที่สารน้ำหรือยารั่วออกนอกหลอดเลือดดำเข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งอาจเกิดขึ้นระหว่างการให้สารทึบรังสีผ่านทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะสารที่มีฤทธิ์ระคายเคืองหรือทำลายเนื้อเยื่อ (Vesicant agents) เนื่องจากสารบางชนิดมีความเข้มข้นสูง มีค่า pH หรือ Osmolarity ที่อาจทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือดได้ทันทีเมื่อสัมผัส หากเกิดการรั่วไหล เช่น สารทึบรังสีที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น CT scan หรือ MRI ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้เกิดอาการปวด บวม แดง แสบร้อน หรือแม้กระทั่งเนื้อตาย ซึ่งอาจต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น การผ่าตัดหรือการใช้ยาต้านการติดเชื้อ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะ Extravasation จากการฉีดสารทึบรังสีเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ CT scan หรือ MRI ที่ต้องใช้สารทึบรังสีชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การป้องกันการรั่วซึมของสารทึบรังสี ตามแนวทางของ American College of Radiology[1] แนะนำว่าการเลือกตำแหน่งหลอดเลือดดำที่เหมาะสม โดยเฉพาะเส้นเลือดที่มีขนาดใหญ่และอยู่ลึกพอสมควรเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะ Extravasation

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดให้บริการหน่วยงานรังสีวิทยา ซึ่งประกอบด้วย รังสีวินิจฉัย (CT / MRI) รังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ และรังสีร่วมรักษา ซึ่งหน่วยตรวจรังสีวินิจฉัย เริ่มเปิดให้บริการ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ให้บริการถ่ายภาพรังสีเพื่อวินิจฉัยเบื้องต้นโรคทั่วไปและอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่มารับบริการเอกซเรย์ CT / MRI ตลอด 24 ชั่งโมงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัยได้มาตรฐาน จากการศึกษาข้อมูลพบผู้มารับบริการตรวจรังสีวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้รับบริการสะท้อนถึงความจำเป็นในการยกระดับมาตรฐานการดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำเป็นต้องใช้สารทึบรังสี (Iodine contrast media) ฉีดผ่านทางหลอดเลือดดำจากสถิติข้อมูลมีผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ได้รับการฉีดสารทึบรังสีในปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 8,980, 8,159 และ 9,980 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่มีภาวะ Extravasation 130, 132 และ 135 ราย ตามลำดับแม้เทคโนโลยีการตรวจจะทันสมัย แต่สถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. (2564–2566) พบผู้ป่วยเกิดภาวะ Extravasation เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 1.35–1.6 ซึ่งสะท้อนว่าการดูแลในรูปแบบเดิมยังไม่สามารถลดอัตราการเกิดภาวะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีการใช้คำแนะนำทั่วไปจากต่างประเทศ (เช่น ACR)[1] แต่ยังขาด แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเชิงประจักษ์ ที่ถูกปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเฉพาะการจัดการกับกลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk groups) พยาบาลต้องรับมือกับความซับซ้อนของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก ซึ่งมีสภาพหลอดเลือดเปราะบาง การขาดเครื่องมือหรือคู่มือแนวปฏิบัติที่ผ่านการทดสอบความตรง (Validity) ทำให้มาตรฐานการประเมินและการป้องกันมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จะเห็นได้ว่าภาวะรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ (Extravasation contrast media) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการฉีดสารทึบรังสีทางหลอดเลือดดำ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น อาการปวด บวม ตึงแดงบริเวณที่ฉีดยา และในบางกรณีอาจรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะเนื้อตายจากการขาดเลือด (Compartment syndrome) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยต้องเร่งพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านตัวสารทึบรังสี สารมีความระคายเคืองสูงและทำลายผนังหลอดเลือดได้ทันที (Vesicant agents) 2) ปัจจัย

ด้านกายภาพผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น สภาพหลอดเลือดเปราะบาง ประวัติการให้เคมีบำบัด หรือภาวะอ้วน ทำให้การหาตำแหน่งหลอดเลือดที่เหมาะสมทำได้ยาก 3) ปัจจัยด้านระบบและการปฏิบัติ ปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก (เกือบ 10,000 รายต่อปี) อาจทำให้การเฝ้าระวังด้วยสายตาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการประเมินและป้องกันอย่างเป็นระบบ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup)[2] จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่ช่วยลดอุบัติการณ์ Extravasation เพิ่มความปลอดภัย และยกระดับคุณภาพการบริการทางรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและเครือข่ายให้เป็นที่ยอมรับ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติและประเมินทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันประเมินภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี และประเมินผลการนำใช้แนวปฏิบัติระยะเวลาดำเนินงาน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 – 31 กรกฎาคม 2568

ประชากรและผู้ร่วมวิจัย

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน และ ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่หน่วยรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ต้องได้รับสารทึบรังสี จำนวน 60 ราย โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความมีคุณค่า แก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางเกี่ยวกับรังสี และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 1 ท่าน ประเมินความเป็นไปได้โดยมีดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ น้ำหนัก เพศ ขนาด IV Catheter ตำแหน่งที่เปิดเส้น ชนิดของสารทึบรังสี โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค

2.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานและการอบรมศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง

2.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation โดยพัฒนานำแนวคิดวิจัย ของ อ.ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์ เป็นคู่มือการวัดระดับภาวะ Extravasation อ้างอิง จากชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย จัดทำโดย อ.ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์[3]

2.4 แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เป็นแบบประเมินทักษะของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีลักษณะปลายปิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ณ หน่วยตรวจรังสีวินิจฉัย ตึกมะเร็งเฉลิมพระเกียรติชั้น 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดของซูคัพ (Soukup)[2] เป็นกรอบแนวคิด

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ได้มาจาก หลักฐาน 2 แหล่ง คือ 1) ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) ได้แก่ จากการทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผ่านมา พบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ขาดประสบการณ์และทักษะในการเลือกเส้นเลือดประเมิน และจัดการภาวะ Extravasation ส่วนใหญ่พบพยาบาลหมุนเวียนการขึ้นปฏิบัติงาน ซึ่งอาจมีโอกาสสูงที่จะทำให้เกิดภาวะสารทึบรังสีรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด เนื่องจากขาดการฝึกฝนและไม่มีความคุ้นเคยกับอุปกรณ์และกระบวนการปฏิบัติงานเฉพาะด้านในห้องตรวจ CT/MRI 2) ตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge trigger) การทบทวนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี การพยาบาลที่สำคัญเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation คือ การป้องกันและเฝ้าระวังเกี่ยวกับภาวะ Extravasation จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งผลให้เกิดภาวะ Extravasation มากขึ้นคือ การประเมินตำแหน่งเส้นเลือด การเตรียมอุปกรณ์ การเลือกขนาดของ IV catheter ยาและสารทึบรังสีในทางตรงข้ามกิจกรรมที่ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะ Extravasation ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนฉีดสารทึบรังสี ทักษะ ความรู้และการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยการตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้นเพื่อกำหนดขอบเขตในการค้นคว้าข้อมูลได้งานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้หลักฐานที่เกี่ยวข้องมากที่สุด มีขั้นตอนคือใช้กรอบแนวคิดของ PICO ดังนี้ **P (Population/ Patient/Problem):** ผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี และพยาบาลที่ให้การดูแลในหน่วยตรวจวินิจฉัยด้วยรังสี **I (Intervention):** การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation **C (Comparison):** การปฏิบัติพยาบาลตามแนวทางเดิมที่ไม่มีการปรับปรุงและไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน **O (Outcome):** อัตราการเกิดภาวะ Extravasation ลดลง ความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ โดยมีขอบเขตในการสืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ มีการใช้คำสำคัญในการสืบค้นประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Extravasation, Extravasation prevention, Contrast media, Nursing protocol และ Evidence-based nursing practice การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ จากบทความเอกสารงานวิจัย ตำรา วารสาร และฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pub Med, Clinicalkey และเว็บไซต์ Google.co.th., Google Scholar, tdc.thailis.or.th, tci-thaijo.org, cochrance.org, guideline.gov, www.aacn.org จากนั้นนำมาประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยโดย กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ใน การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ของเมลนิค และไฟน์เอาท์-โอเวอร์ฮอลท์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกโดยนำหลักฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ลงในตารางและสกัดเอาข้อมูลที่ตรงประเด็นกับการศึกษา เพื่อให้ได้สาระสำคัญนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ต่อมาจึงทำการยกร่างแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายและ เนื้อหาหลัก เรียงลำดับกิจกรรมก่อนและหลังตามความสำคัญกิจกรรมได้จากการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินความเป็นไปได้เพื่อการนำไปใช้นำงานวิจัยที่ได้มา วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ดังนี้

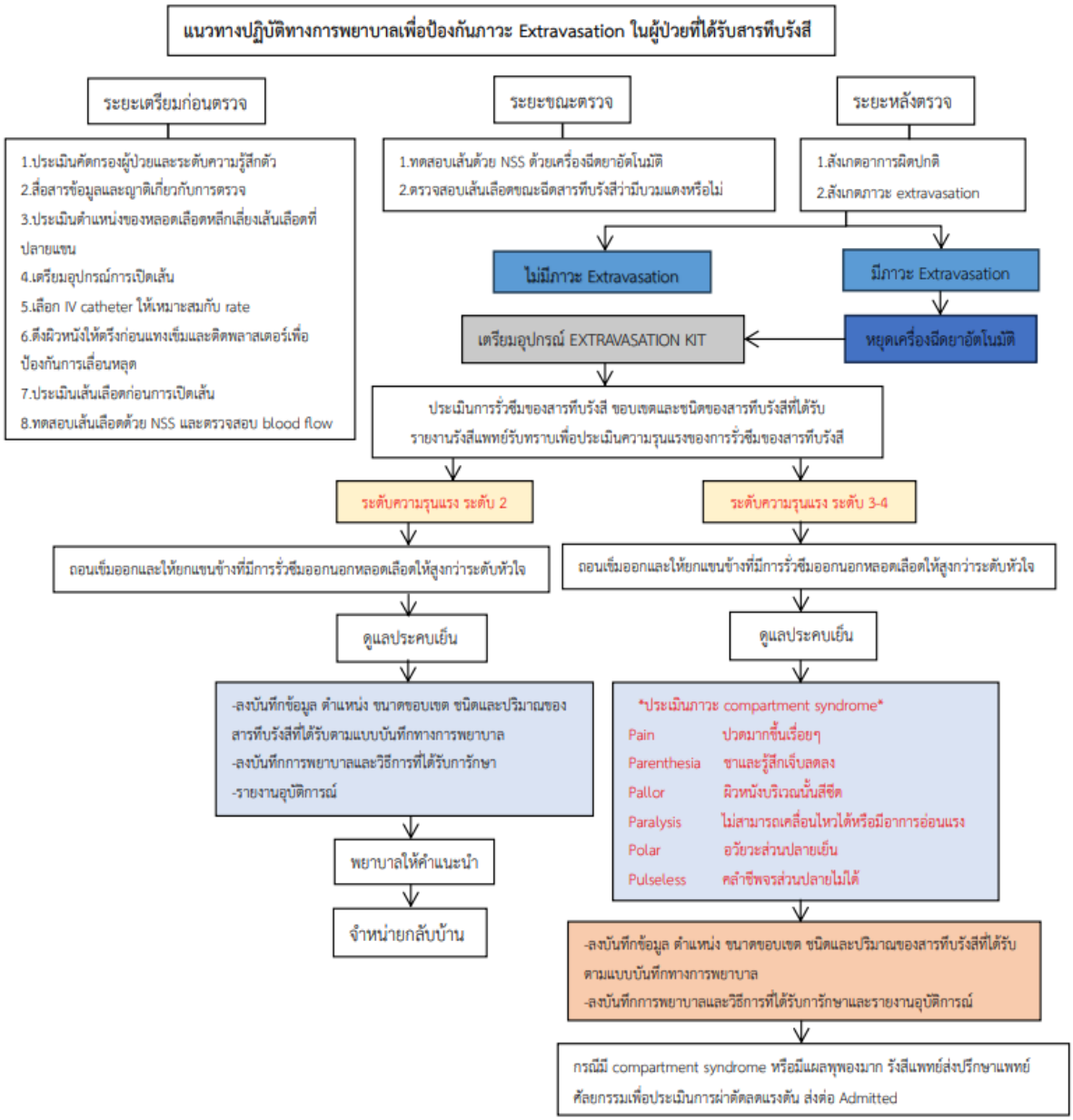
1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) งานวิจัยที่ศึกษาตรงกับปัญหาทางคลินิก คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีสามารถนำมาแก้ปัญหาภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีเพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มนี้ที่มีความชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน

2) การมีความหมายเชิงศาสตร์ งานวิจัยทั้งหมด

เป็นงานวิจัยระดับ B มีจำนวน 13 เรื่อง ระดับ C จำนวน 4 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือระดับ ปานกลาง การออกแบบ งานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ตั้งแต่ชื่อเรื่อง ตัวแปร ผลการวิจัย การวิเคราะห์ การสรุป และการอภิปรายผล

3) แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ งานวิจัยที่ได้ทั้งหมดนำมาพิจารณาในหัวข้อดังต่อไปนี้ มีการถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ งานวิจัยที่ศึกษามีกลุ่ม ประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วย ซึ่งมีประโยชน์กับผู้ป่วย ที่ได้รับสารทึบรังสี และการปฏิบัติไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ในการป้องกันภาวะ Extravasation พยาบาลทุกระดับสามารถ กระทำได้ และมีความคุ้มค่า-คุ้มทุน การใช้แนวปฏิบัตินี้ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติและการนำไปทดลองใช้ (Evidence observe phase) เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำไปตรวจสอบ และทดลองใช้ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้จริงหลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 10 คน และผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี จำนวน 60 คน เมื่อดำเนินการเสร็จ นำผลสรุปและวิเคราะห์ผล เสนอที่ปรึกษา และผู้ปฏิบัติวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแนวทาง ปฏิบัติและแบบประเมินการปฏิบัติใหม่ หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลวิเคราะห์สรุปผลและนำเสนอ ในที่ประชุมผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมเสนอแนะ หลังจากนั้น จึงนำแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ใหม่ ครั้งที่ 2 พร้อมทั้งสร้างเป็นแนวทางปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 17 เรื่อง ประกอบด้วยระดับ B และ C หลังจากนั้นได้จัดทำยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ส่งตรวจสอบคุณภาพโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน แล้วทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แนวทางปฏิบัติประกอบด้วย แนวทางและวิธีการป้องกันภาวะ Extravasation การเฝ้าระวังเกี่ยวกับภาวะ Extravasation การจัดการบรรเทาเมื่อมีอุบัติการณ์การสื่อสารหรือรายงานเมื่อเกิดภาวะ Extravasation ตั้งแต่ ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และ ระยะหลังตรวจในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีโดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้



รูปภาพที่ 1 แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทีบรังสี

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ (Evidence based phase) เป็นระยะของการผสมผสานแนวการปฏิบัติการ พยาบาลที่ปรับปรุงแล้วเข้าสู่การปฏิบัติจริง ผู้วิจัยวางแผนการ ดำเนินงานเพื่อให้การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในหน่วยงานดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1) นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วในที่ประชุมบริหารการพยาบาลและทีมดูแลหน่วยตรวจรังสีวินิจฉัยและจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย 2) จัดให้มี

การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อติดตามประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผล คือ สถิติพื้นฐาน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ RE 095/2568 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2568 ก่อนการเก็บข้อมูลได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ ได้รับทราบ และแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือเกิดความ กังวล ได้เปิดโอกาสให้สอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี จำนวน 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุในช่วง 25–40 ปี จำนวน 5 ราย (50.0%) ระดับการศึกษาพยาบาลทุกคนมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ประสบการณ์ทำงานส่วนใหญ่อยู่ ระหว่าง 11–20 ปี จำนวน 6 ราย (60.0%) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย CT Scan เป็นเวลา 1–5 ปี จำนวน 7 ราย (70.0%) ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางด้านรังสีวิทยา พบว่า พยาบาล 5 คน (50.0%) เคยเข้ารับการอบรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลผู้ให้บริการ (n=10)

ข้อมูลพื้นฐานพยาบาลผู้ให้บริการ	จำนวน(%)
เพศ	
ชาย	1(10.0)
หญิง	9(90.0)
อายุ	
25-40 ปี	5(50.0)
41-50 ปี	2(20.0)
51-60 ปี	3(30.0)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	10(100.0)
ระยะเวลาปฏิบัติงานตำแหน่งวิชาชีพ	
1-10 ปี	2(20.0)
11-20 ปี	6(60.0)
21-30 ปี	2(20.0)

ตาราง ที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานพยาบาลผู้ให้บริการ	จำนวน(%)
ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน	
1-5 ปี	7(70.0)
6-10 ปี	3(30.0)
เคยได้รับการศึกษาเพิ่มเติมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางรังสีวิทยา	
เคย	5(50.0)
ไม่เคย	5(50.0)

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 34 ราย (56.7%) เพศชาย จำนวน 26 ราย (43.3%) อายุเฉลี่ย 54.37 (SD.=13.55) (45.0%) สารทึบรังสีที่ใช้มากที่สุด คือ Ultravist จำนวน 54 ราย (90.0%) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่พบเป็นมะเร็งเต้านม (CA Breast) มากที่สุด จำนวน 30 ราย (50.0%) รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon) จำนวน 16 ราย (26.7%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี
	จำนวน(%)
เพศ	
ชาย	34(43.3)
หญิง	26(56.7)
อายุ	
< 40 ปี	6(10.0)
41-50 ปี	10(16.6)
51-60 ปี	20(33.4)
60 ปีขึ้นไป	24(40.0)
น้ำหนัก	
40-50 กิโลกรัม	27(45.0)
51-60 กิโลกรัม	20(33.3)
61-70 กิโลกรัม	6(10.0)
71-80 กิโลกรัม	4(6.6)
81-90 กิโลกรัม	1(1.7)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี
	จำนวน(%)
91-100 กิโลกรัม	1(1.7)
มากกว่า 100 กิโลกรัม	1(1.7)
ส่วนที่ตรวจ	
CT Whole abdomen	24(40.0)
CT Angiography (CTA)	8(13.4)
CT Upper abdomen	14(23.3)
CT Chest	14(23.3)
ตรวจส่วนอื่นๆ	4(6.7)
ส่วนที่เปิดเส้น	
บริเวณมือ	16(26.7)
ข้อมือถึงข้อศอก	32(53.3)
ข้อพับ	12(20.0)
ชนิดของสารทึบรังสี	
Ultravist	54(90.0)
Iopamiro	5(8.3)
Visipaque	1(1.7)
การวินิจฉัยโรค	
CA Breast	30(50.0)
HCC	5(8.3)
CA Colon	16(26.7)
Aortic aneurysm	9(15.0)
โรคประจำตัว	
DM	15(25.0)
Hypertension	10(16.6)
CKD	5(8.3)
Heart disease	5(8.3)
โรคอื่นๆ	25(41.8)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี จำนวน(%)
ขนาดของ IV Catheter	
เบอร์ 18	8(13.3)
เบอร์ 20	52(86.7)

ผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีจากการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่อง CT Scan พบว่า มีผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะ Extravasation จำนวน 42 ราย คิดเป็น ผู้ป่วยเกิดภาวะ Extravasation จำนวน 18 ราย (30.0%) ระดับความรุนแรงของภาวะ Extravasation อยู่ในระดับ Mild ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงและผลการจัดการอาการ Extravasation (n = 60)

ระดับความรุนแรงและอัตราการเกิด Extravasation	จำนวน(%)
ไม่เกิดภาวะ Extravasation	42(70.0)
เกิดภาวะ Extravasation	18(30.0)
ระดับการเกิด Extravasation	
ระดับ Normal	42(70.0)
ระดับ Mild	18(30.0)

สำหรับผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติ พบว่าการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติของพยาบาล แบ่งสาระสำคัญของแนวปฏิบัติออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การเฝ้าระวังการเกิด Extravasation จำนวน 13 ข้อ พบว่ามีการปฏิบัติดังนี้ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจให้ผู้ป่วย การเตรียม NSS ต่อสาย Extension การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การเลือกขนาดของเข็มในการเปิดเส้นเพื่อให้สารทึบรังสี การดึงผิวหนังให้ตรึงก่อนการเปิดเส้น การประเมินตำแหน่งของหลอดเลือดเพื่อเปิดเส้นและการทดสอบเส้นเลือดด้วย NSS และการยึดติดเข็มโดยใช้ Transpore สามารถปฏิบัติได้ 100.0% ส่วนการสังเกตบริเวณบริเวณตำแหน่งหลอดเลือดดำที่ฉีดสารทึบรังสีและคลำบริเวณปลายเข็มตำแหน่งหลอดเลือดดำปฏิบัติได้ร้อยละ 70 2) การจัดการอาการ Extravasation จำนวน 7 ข้อ พบว่ามีการปฏิบัติ ดังนี้ คือ ประเมินภาวะ Extravasation และหยุดการให้สารทึบรังสีทางหลอดเลือดดำ ทันทีเมื่อประเมินพบ Extravasation การกดห้ามเลือดเมื่อถอดเข็มออก การยกแขนสูงข้างที่มีการบวม การประคบเย็นเมื่อมีภาวะ Extravasation การประเมินความรุนแรงปฏิบัติได้ 100.0% การตรวจสอบว่ามีการรั่วซึมของสารทึบรังสี ประเมินความรุนแรงและรายงานรังสีแพทย์ปฏิบัติได้ 90.0% และการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงปฏิบัติได้ 70.0% ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและจัดการภาวะ Extravasation (n = 10)

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
การเฝ้าระวังการเกิด Extravasation		
1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว/การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ	10(100.0)	0(0.0)
2. การตรวจให้ผู้ป่วยทราบ		
3. เตรียม NSS 10 cc ต่อสาย Extension และ Tree way	8(80.0)	2(20.0)
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล	10(100.0)	0(0.0)
5. พยาบาลสวมถุงมือโดยใช้หลัก Aseptic technique	10(100.0)	0(0.0)
6. ทาน้ำยาฆ่าเชื้อ Alcohol 70% บริเวณหลอดเลือดดำ และรอบๆ บริเวณที่ต้องการแทงเข็ม	10(100.0)	0(0.0)
7. ประเมินตำแหน่งของหลอดเลือดเพื่อเปิดเส้น	9(90.0)	1(10.0)
8. การเลือกขนาด IV Catheter ที่เหมาะสมกับการตรวจและ Rate ที่ใช้ในการตรวจ	10(100.0)	0(0.0)
9. ดึงผิวหนังให้ตึงก่อนการแทงเข็มจับเข็มให้หงายหน้าตัด ขณะแทงทำมุม 15-30 องศา เมื่อเห็นเลือดไหลย้อนเข้ากระเปาะของ IV catheter ให้ดันเข็มไปอีก 1-2 มิลลิเมตรจากนั้นค่อยๆ ถอย Stylet ออกทีละน้อย และค่อยๆดันหลอดพลาสติกสวนเข้าไป	10(100.0)	0(0.0)
10. ตรึงหัวเข็ม และปิดบริเวณ รอยต่อระหว่างเข็มกับผิวหนังด้วยแผ่น Tegaderm หรือพลาสเตอร์ชนิดใสเพื่อสามารถสังเกตการรั่วซึม ได้ชัดเจน ตรึงสายไว้ไม่ให้หัก พับ งอ และเลื่อนหลุด พร้อมต่อเข็มกับ t-way ชนิดที่หมุนล็อกกับ Connecting	10(100.0)	0(0.0)
11. การทดสอบตำแหน่งปลายเข็มด้วย NSS 10 cc หรือมากกว่าตามแรงดันและอัตราเร็วที่ฉีดทดสอบปลายเข็มให้อยู่ในหลอดเลือดดำ โดยตรวจสอบการไหลของเลือดย้อนกลับมาทางหัวเข็ม ก่อนการฉีดน้ำเกลือ หรือดึงลูกสูบกระบอกฉีดยากลับ	10(100.0)	0(0.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
	จำนวนครั้ง(%)	จำนวนครั้ง(%)
ถ้ามีเลือดไหลย้อนเข้ามาในกระบอกฉีดยาแสดงว่าไม่รั่วออกนอกหลอดเลือด		
12. ทดสอบตำแหน่งของเข็มด้วยน้ำเกลือ 0.9%NSS 10 มิลลิลิตร หรือมากกว่าด้วยเครื่องฉีดยา อัตโนมัติ 10 มิลลิลิตร ตามแรงดัน และอัตราเร็วที่ฉีดเพื่อตรวจ วินิจฉัยจริงอีกครั้ง ดูตำแหน่งหลอดเลือดที่เปิดเส้นไว้พร้อมสัมผัสเหนือบริเวณเข็มตามแนวหลอดเลือด นั้นๆ	10(100.0)	0(0.0)
13. แจ้งผู้ป่วย ให้ทราบว่ากำลังฉีดสารทึบรังสีป้องกันผู้ป่วยตกใจ ยกแขนหนี หรือขยับตัว ซักถามผู้ป่วยร่วมด้วยว่ามีอาการปวดหรือไม่ เพื่อประเมินดูว่ามีภาวะสารทึบรังสีรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด	9(90.0)	1(10.0)
14. สังเกตบริเวณตำแหน่งหลอดเลือดดำที่ฉีดสารทึบรังสีและคลำบริเวณปลายเข็มตำแหน่งหลอดเลือดดำ	7(70.0)	3(30.0)
การจัดการเมื่อเกิดภาวะ Extravasation		
15. ประเมินภาวะ Extravasation ถ้ามีอาการบวมแดง ให้ยุติการให้สารทึบรังสีพยาบาลส่ง สัญญาณแจ้งนักรังสีการแพทย์ที่ห้องควบคุมเครื่องให้กดหยุดเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ หมายเหตุขอบเขตที่เกิดภาวะ Extravasation และประคบเย็นใน 24 ช.ม.แรก เมื่อเกิดภาวะ Extravasation	10(100.0)	0(0.0)
16. ตรวจสอบว่ามีการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำหรือไม่พร้อมทั้งรายงานรังสีแพทย์ เพื่อประเมินความรุนแรงของการเกิดภาวะรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ	9(90.0)	1(10.0)
17. ถอนเข็มออก กดห้ามเลือดเบาๆ บริเวณรอยเข็ม ไม่ใช้แรงกดบริเวณที่เกิดการรั่วซึม เพราะจะทำให้เนื้อที่ถูกทำลายเกิดการบาดเจ็บมากขึ้น	10(100.0)	0(0.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
	จำนวนครั้ง(%)	จำนวนครั้ง(%)
18. ดูแลยกแขน อวัยวะที่มีสารทึบรังสีรั่วซึม ออกนอกหลอดเลือดดำ ให้สูงกว่าระดับหัวใจ 48 ชั่วโมง เพื่อลดอาการบวม และเพิ่มการไหลเวียนของ เลือดกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น	10(100.0)	0(0.0)
19. ประคบเย็นบริเวณที่มีสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือด การประคบเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว	10(100.0)	0(0.0)
20. ประเมินความรุนแรงและอาการแสดงของ Compartment syndrome 1. Pain อาการปวดรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ 2. Paresthesia อาการชาและความรู้สึกเจ็บลดลง 3. Pallar ผิวหนังบริเวณนั้นมีสีซีด 4. Paralysis ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หรือมีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างที่มีการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำของสารทึบรังสี 5. Polar อวัยวะส่วนปลายเย็น 6. Pulseless คลำชีพจรของอวัยวะส่วนปลายไม่ได้	10(100.0)	0(0.0)
21. การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	7(70.0)	3(30.0)

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีอยู่ในระดับมาก พบว่า เนื้อหา มีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย มีขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลชัดเจน ครอบคลุม การดูแลรักษาแบบองค์รวม ได้รับการบริการที่รวดเร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับ
1	เนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความถูกต้อง ทางการพยาบาลมีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย	4.7(0.48)	มาก
2	สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปปฏิบัติได้	4.6(0.52)	มาก

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับ
3	การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลช่วยการสื่อสารในทีมมีความชัดเจน	4.7(0.49)	มาก
4	แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี	4.8(0.42)	มาก

วิจารณ์

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ถูกพัฒนาขึ้นเนื่องจากแนวปฏิบัติเดิมไม่มีแนวทางชัดเจน ไม่มีแบบบันทึกรายงานภาวะ Extravasation จึงส่งผลให้การวางแผนดูแลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเนื้อหาสาระแนวปฏิบัติที่สำคัญมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การเฝ้าระวังการเกิด Extravasation พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับประเภทของสารทึบรังสี อาการและอาการแสดงของการแพ้สารทึบรังสี ประเภทของสารทึบรังสีและการบริหารสารทึบรังสี ความหมายของการเกิดภาวะ Extravasation อาการและอาการแสดง การประเมินระดับ Extravasation บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและการเฝ้าระวัง ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ 1. การประเมินระดับความรู้สึกตัวตั้งแต่การซักประวัติคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์การเปิดเส้นเลือด การประเมินสภาพหลอดเลือดดำและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Extravasation โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง 2. การให้ข้อมูลสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ 3 .การเลือกตำแหน่งแทงเข็มของหลอดเลือดดำไม่ควรเลือกตำแหน่งเส้นเลือดบริเวณข้อพับเนื่องจากจะมีการหักพับงอได้ง่าย 4. การเปิดหลอดเลือดดำ การเลือกขนาดของเข็มต้องมีความสัมพันธ์ต่ออัตราเร็ว ความแรงของการฉีดและตามประเภทการตรวจ 5. การยึดตรึงตำแหน่งของปลายเข็มและผิวหนังบริเวณที่เปิดหลอดเลือดดำให้แน่นหนาเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและทดสอบตำแหน่งปลายเข็มด้วย NSS 10 cc ว่ามีบวมแดงหรือไม่ 6. การสังเกตบริเวณตำแหน่งหลอดเลือดดำและคลำบริเวณปลายเข็มด้วยเครื่องฉีดยาอัตโนมัติหากพบว่ามีการรั่วซึมควรหยุดทดสอบทันทีพร้อมพิจารณาหาสาเหตุและหาตำแหน่งหลอดเลือดดำใหม่ที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 2 การจัดการอาการ Extravasation มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ 1. มีการประเมินลักษณะรั่วซึมของสารทึบรังสี ขอบเขต ของผิวหนัง ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ 2. ประเมินความรุนแรงของการรั่วซึมของสารทึบรังสี 3. ถอนเข็มออก ดูแลยกแขนหรืออวัยวะที่มีการรั่วซึมให้สูงกว่าระดับหัวใจ ดูแลประคบเย็น และประเมินอาการและอาการแสดงของ Compartment syndrome เมื่อพบอาการรายงานแพทย์รับทราบเพื่อส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมเพื่อพิจารณา Admitted 4) ลงบันทึกข้อมูลของการเกิดการรั่วซึมในแบบบันทึกทางการพยาบาลเมื่อเกิดภาวะ Extravasation ของสารทึบรังสี โดยใช้เกณฑ์ของ ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์[3] การติดตามหลังเกิดภาวะ Extravasation และ Flow การปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี ซึ่งจัดทำเป็น E-book และมีช่องทางสื่อสาร ทั้งนี้ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้มีความครบถ้วนเป็นไปตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสี ซึ่งสอดคล้องกับของ นภา อุทัยศรี[4] ที่พบว่าแนวทางที่พัฒนามีประสิทธิภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ลดภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบและเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย

2. การนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ได้ประเมินผลลัพธ์ 2 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านพยาบาล ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติพบว่าพยาบาลผู้มีส่วนร่วมที่ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 ราย ที่มีความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้

สามารถนำไปใช้ในการป้องกันภาวะ Extravasation และมีรูปแบบชัดจนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Extravasation สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติในการนำแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่าพยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งพยาบาลที่ผ่านการอบรมได้ศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะ Extravasation และการดูแลจัดการเมื่อมี ภาวะ Extravasation ตั้งแต่ขั้นตอนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Extravasation และได้เรียนรู้การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ได้สร้างประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในงานที่ปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้นและทำให้อัตราการเกิดภาวะ Extravasation ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจรีย์ ศักดิ์วาลี้สกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม[5]

2.2 ด้านผู้รับบริการ พบว่าผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Extravasation มีความชัดเจนเป็นขั้นตอน ครอบคลุมทั้งระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณี มีนะนันท์[6] พบว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ จะช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลให้แก่พยาบาลวิชาชีพ และช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Extravasation ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีหลังใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะ Extravasation เพียงระดับ Mild เท่านั้น ไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิดภาวะเนื้อตายหรือกลุ่มอาการบีบอัดในช่องกล้ามเนื้อ (Compartment Syndrome) อาจเป็นไปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด Extravasation จากความเปราะบางของหลอดเลือดและโรคประจำตัวที่ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ding et all.[7] ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะนี้มากกว่า ผลเช่นนี้เนื่องมาจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของซูคัพ (Soukup)[2] มีความชัดเจนในการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล และเน้นการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Monitoring) ทำให้พยาบาลสามารถตรวจพบอาการแสดงเริ่มแรก (Early Signs) และหยุดการฉีดสารทึบรังสีได้ทันท่วงที สอดคล้องกับแนวทางของ American College of Radiology[1] ที่ระบุว่าการตรวจพบที่รวดเร็วเป็นปัจจัยวิกฤตในการลดความเสียหายของเนื้อเยื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวทางในการลดความรุนแรงของภาวะดังกล่าว

สรุปจากผลการวิจัย มีนัยสำคัญทางคลินิกในการยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยสามารถจำกัดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนให้อยู่ในระดับต่ำสุด ช่วยลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะหรือเนื้อเยื่อตาย และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ส่งเสริมความมั่นใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพในการจัดการภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดเด่นของงานวิจัย

1. ระเบียบวิธีวิจัยมีความเข้มแข็ง (Strong Methodology) การเลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับกรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup[2] ช่วยให้งานวิจัยนี้ไม่ได้เป็นเพียงการหาคำตอบ แต่เป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ทำให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดอย่างแท้จริง

2. การใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีการใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของคู่มือแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือทางคลินิก

3. ครอบคลุมมิติการประเมิน งานวิจัยไม่ได้วัดเพียงแค่อัตราการเกิด Extravasation เท่านั้น แต่ยังวัดผลไปถึงทักษะของพยาบาล และ ความพึงพอใจ ซึ่งสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและความยั่งยืนของแนวปฏิบัติ

4. ผลลัพธ์เชิงคุณภาพเด่นชัด แม้จะยังมีการเกิดภาวะ Extravasation อยู่บ้าง แต่การที่ผลลัพธ์ระบุว่าพบเพียง ระดับ Mild ทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพสูงในการตรวจพบและจัดการได้เร็ว (Early Detection) ซึ่งช่วยลดความรุนแรงที่จะนำไปสู่ภาวะเนื้อตายหรือการผ่าตัด

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ระยะเวลาในการศึกษา: การดำเนินการศึกษาในช่วง 3 เดือน (พฤษภาคม - กรกฎาคม) อาจเป็นช่วงเวลาที่สั้นเกินไปในการประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลในระยะยาว

2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนพยาบาล 10 คน ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนของพยาบาลทั้งหมด หากมีการขยายผลไปใช้ในหน่วยงานขนาดใหญ่กว่า และผู้ป่วย 60 ราย อาจยังไม่ครอบคลุมความหลากหลายของโรคหรือสภาพหลอดเลือดที่ซับซ้อนได้ครบทุกรูปแบบเมื่อเทียบกับสถิติผู้รับบริการจริงปีละเกือบ 10,000 ราย ปัจจัยรบกวน (Confounding Factors) ภาวะ Extravasation บางครั้งเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น คุณภาพของเข็มที่ใช้สภาพความดันของเครื่องฉีดอัตโนมัติที่แตกต่างกัน หรือสภาวะเปราะบางของหลอดเลือดเฉพาะบุคคล (เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด) ซึ่งแนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถกำจัดปัจจัยเหล่านี้ได้ทั้งหมด

3. แม้จะกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ น้ำหนัก และโรคประจำตัว แต่ยังขาดการวิเคราะห์เชิงสถิติที่ชัดเจนเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเกิด Extravasation

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วย ควรมีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย (เช่น Infographic หรือวิดีโอสั้น) เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเริ่มแรกของภาวะ Extravasation และวิธีการสังเกตตัวเองขณะรับสารทึบรังสีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแจ้งพยาบาลได้ทันทีเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ และในส่วนการติดตามผลควรมีระบบการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองหลังการตรวจ (Home care instruction) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง แม้จะไม่เกิดภาวะรั่วซึมในขณะตรวจก็ตาม เพื่อเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังกลับบ้าน

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลควรใช้แนวปฏิบัติฯ นี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินสภาพหลอดเลือดโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีหลอดเลือดเปราะบาง การพัฒนาทักษะเฉพาะทาง ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูทักษะการประเมินและการจัดการภาวะ Extravasation อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อรักษามาตรฐานทักษะให้อยู่ในระดับดี อย่างต่อเนื่องตามผลการวิจัยควรส่งเสริมให้แนวปฏิบัติพยาบาลนี้เป็นมาตรฐานกลางในหน่วยงานรังสีของโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีมีความเป็นระบบ ลดความแตกต่างในการปฏิบัติระหว่างบุคลากร และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. องค์กร การกำหนดเป็นมาตรฐาน (SOP) โรงพยาบาลควรพิจารณาประกาศใช้แนวปฏิบัตินี้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) ของหน่วยตรวจรังสีวินิจฉัยอย่างเป็นทางการ ระบบควรสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการประเมินและแทงหลอดเลือดในกรณีที่ผู้ป่วยแทงเส้นยาก เช่น เครื่องส่องหาหลอดเลือด (Vein Finder) เพื่อลดจำนวนครั้งในการแทงเข็มซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดรั่วซึม และควรพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการเกิด Extravasation ให้ครอบคลุมถึงระดับความรุนแรง (Grading) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มที่ดูแลตามปกติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

2. มีการศึกษาถึงความคุ้มค่า (Cost-analysis) หรือต้นทุนที่ประหยัดได้จากการลดความรุนแรงของภาวะ Extravasation เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายในการบริหารจัดการทรัพยากร

3. ควรขยายพื้นที่การวิจัยไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายหรือโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด

เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติในบริบทที่มีทรัพยากรแตกต่างกัน

4. ศึกษาผลของการนำอุปกรณ์สนับสนุน (เช่น Ultrasound-guided IV access) มาใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อดูผลลัพธ์ในการลดอัตราการเกิด Extravasation ให้เหลือน้อยที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดีและขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อาจารย์รังสีแพทย์ แพทย์หญิงเพ็ญนภา เตชะเสถียร และแพทย์หญิงคนัมพร โกมาลย์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ขอบคุณคณะวิจัยและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลที่เป็นที่ปรึกษา ชี้แนะให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Radiology. ACR Manual on Contrast Media. 12th ed. Reston (VA): American College of Radiology; 2022.
2. Soukup M. The conceptual model for evidence-based practice. J Nurse Scholarsh. 2000;32(2):165-8.
3. ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์. การป้องกันและการจัดการกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ. วารสารการพยาบาลสงขลานครินทร์. 2017;37(2):169–81.
4. นภา อุทัยศรี. การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้วงจร PAOR. โรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี; 2567.
5. ปาจรีย์ ศักดิ์วาลี้สกุล, อุษณีย์ ศิริรวงศ์พรหม. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อีพิเนฟริน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2562;25:92–108.
6. ลักษณี มีนะนันท์. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. ใน: สุปราณี วศินอมร, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จุดทองการพิมพ์; 2535.
7. Ding S, Richli Meystre N, Campeanu C, Gullo G. Contrast media extravasations in patients undergoing computerized tomography scanning: a systematic review and meta-analysis of risk factors and interventions. J Radiol Res. 2018.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ
Associated Factors with Fall in the Elderly

ภานุพงศ์ ผลเพิ่มพูนทวี*
Panupong Ponpermpoonthawee
Corresponding author: E-mail: Gappanu.pon@gmail.com
(Received: November 23, 2025; Revised: November 30, 2025; Accepted: December 30, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน–ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 318 คน

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.2 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.3 เป็นไขมันในเส้นเลือดร้อยละ 52.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ อายุ (p = .02), โรคประจำตัว (p=.022), การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (p=.046) และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม (p<.01)

สรุปและข้อเสนอแนะ : อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ที่ 41.8% และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ, โรคประจำตัว, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ; อุบัติการณ์; ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Abstract

Purposes : To determine the incidence and to investigate factors associated with falls in the elderly in Sanam Chai Subdistrict, Mueang District, Suphan Buri Province.

Study design : Cross-sectional Analytic Observational study.

Materials and Methods : The sample consisted of 318 elderly people in Sanam Chai Sub-district, Muang District, Suphanburi province, between November to December 2022.

Main findings : The average age of the sample was 71 years old, mostly 64.2% female and 35.8% male. Most of them had underlying disease. 61.3% were Hypertension and 52.5% were Dyslipidemia. Factors associated with falls in the elderly people in Sanam Chai Sub-district, Muang District, Suphanburi province were age (p= .02), underlying disease (p=.022), alcohol drinking (p=.046) and falling prevention perception (p<.01).

Conclusion and recommendations : Prevalence of falling is 41.8% and Factors associated with falls in the elderly people in Sanam Chai Sub-district, Muang District, Suphanburi province were Age, Underlying disease, Alcohol drinking and Falling prevention perception.

Keywords : Incidence; Factors with Fall; Elderly

*Medical physician, Profession level, Social medicine department, Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province.

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์สถานการณ์จำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบันว่า ปี พ.ศ. 2554-2643 (ค.ศ.2001-2100) จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มีการคาดการว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ ในช่วงเวลา 20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2573 เพิ่มเป็น 2 เท่าตัว[1] และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย การเสื่อมสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุนั้นก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการล้มในผู้สูงอายุและนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามมาได้ จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างรวดเร็วนั้นส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ โดยก่อให้เกิดปัญหาภาวะพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้มีการดำเนินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและส่งเสริมบริการทางด้านสาธารณสุขของภาครัฐที่มุ่งเน้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555-2560 ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย เรื่องความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุพบว่ามีผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 18.5 โดยผู้สูงอายุหญิงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุชายเกือบ 1 เท่าตัว ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งที่หกล้มนอกบริเวณบ้านเป็นผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง เมื่อพิจารณาสถานที่หกล้มตามกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี หกล้มนอกตัวบ้านสูงกว่าทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิง ส่วนผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป หกล้มในบริเวณบ้านสูงกว่าทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิง[2] ทั้งนี้ผลกระทบให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้นจากผลกระทบของการหกล้ม ทำให้ต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพามากขึ้น ครอบครัวต้องดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีการผิดรูปของข้อต่างๆ ส่งผลให้เกิดข้อเสื่อม ทำให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ผลที่ตามมาคือ ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มมากขึ้น ซึ่งการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่สองของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้สูงอายุประมาณ 646,000 คน เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง[3]

จังหวัดสุพรรณบุรีมีประชากรผู้สูงอายุ 286,066 คน หรือร้อยละ 22.48 แนวโน้มผู้สูงอายุจังหวัด สุพรรณบุรีเพิ่มขึ้น ปีพ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 16.31, 18.11 และ 21.85 ตามลำดับ[4] ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเตรียมการรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุเข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่ามีจำนวน 166 ราย และ จำนวน 44 ราย ที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพต่อเนื่องหลังจากหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 26.5[5] ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษา ของ เพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ[6] ศึกษาสถานการณ์การหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ช่วงอายุ 60-69 ปี พบอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 26.0

จากการลงชุมชนในการปฏิบัติงานแพทย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ได้ศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากมีประวัติการหกล้มในชุมชนและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย แต่ยังไม่พบข้อมูลเกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจน แต่พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากการหกล้มที่ต้องได้รับการดูแลในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุติดเตียงจากภาวะกระดูกหัก

ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตรวมไปถึงครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น จึงเป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยประเมินจากการรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลเพื่อการป้องกันในการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Analytic Observational study) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวณ 318 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรวัยสูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2. กลุ่มตัวอย่างประชากรวัยสูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยที่ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พิจารณาการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย (Convenient sampling) ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่บ้านในชุมชน (ไม่ได้อยู่ในสถานพักฟื้นหรือดูแลพิเศษ)

2) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3) สุขภาพโดยทั่วไปดีไม่มีภาวะหรือโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวจนกระทั่งขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ผู้ป่วยกระดูกระยางค์ส่วนล่างหัก หรือเพิ่งพักฟื้นจากการผ่าตัด ผู้ป่วยระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือ พาร์กินสัน

4) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง (ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ผู้สูงอายุ ฟังและให้ผู้สูงอายุเลือกตอบเอง)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ยินยอมให้ทำการเก็บข้อมูลการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ตามวัตถุประสงค์หลัก ข้อ 1. คือ หาอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุ ตามสูตร

Estimating an infinite population proportion

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}\, p(1-p)}{d^2}$$

โดยที่ค่า p=0.265 (ร้อยละ 26.5 ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีได้รับผลกระทบทางสุขภาพต่อเนื่องหลังจากหกล้ม[7]

d=0.053 (ร้อยละ 20 ของค่า p)

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง = 289 คน

ตามวัตถุประสงค์หลัก ข้อ 2. คือหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่จะนำเข้า Multivariate logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์กับการหกล้ม โดยหลักการสำคัญคือสัดส่วนของจำนวน ตัวอย่าง (n) ต่อตัวแปรต้น (Independent variable) ในสมการต่ำสุด คือ 5:1 หากมีสัดส่วนต่ำกว่านี้อาจจะทำให้ผลการวิเคราะห์มีปัญหาเรื่อง Overfitting จึงใช้สัดส่วนที่ดีกว่า คือ 15–20 หน่วยข้อมูลต่อ 1 ตัวแปรต้น[8]

1. เพศ แบ่งเป็น ชาย หญิง (1 ปัจจัย)
2. โรคประจำตัว แบ่งเป็น มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว (1 ปัจจัย)
3. อายุ แบ่งเป็น 3 ช่วง (2 ปัจจัย)
4. โรคเบาหวาน แบ่งเป็น เป็น ไม่เป็น (1 ปัจจัย)
5. โรคความดัน แบ่งเป็น เป็น ไม่เป็น (1 ปัจจัย)
6. โรคกล้ามเนื้อและเอ็น แบ่งเป็น เป็น ไม่เป็น (1 ปัจจัย)
7. โรคเกี่ยวกับสายตา แบ่งเป็น เป็น ไม่เป็น (1 ปัจจัย)

8. โรคเกี่ยวกับสมอง แบ่งเป็น เป็น ไม่เป็น (1 ปัจจัย)

9. โรคหัวใจ แบ่งเป็น เป็น ไม่เป็น (1 ปัจจัย)

10. โรคปอด แบ่งเป็น เป็น ไม่เป็น (1 ปัจจัย)

การรับรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ (2 ปัจจัย)

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม แบ่งเป็น 3 ระดับ (2 ปัจจัย)

จากทั้งหมด 15 ปัจจัยใช้ขนาดตัวอย่าง 15x5=75

พบหกล้ม 26 คน จากทั้งหมด 100

ถ้าต้องการหกล้ม 75 คนมาจากทั้งหมด (100/26) x 75=289 คน

ดังนั้น การวิจัยนี้ใช้ขนาดตัวอย่าง 289 + ร้อยละ 10 = 318 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามทั้งปลายเปิดและปลายปิดที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามปลายปิดและเติมข้อความ (Open-ended) มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การพักอาศัย โรคประจำตัว การได้ยิน การมองเห็น ปัญหาการเดินการทรงตัว ประวัติการหกล้ม ที่ผ่านมาช่วง 1 ปี จำนวนครั้งที่หกล้ม สถานที่หกล้ม ผลของการหกล้ม สาเหตุการหกล้ม และการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 การรับรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของเสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย[9] และจากการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม จำนวน 12 ข้อ 2) อันตราย/ผลกระทบของการหกล้ม จำนวน 5 ข้อ และ 3) การปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม จำนวน 8 ข้อ โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ “รับรู้”, “ไม่รับรู้” และ “ไม่แน่ใจ” โดยมีเกณฑ์การให้ คะแนนเป็นลักษณะอัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

คำตอบที่ได้รับรู้ ได้ 2 คะแนน

คำตอบที่ได้ไม่รับรู้ ได้ 1 คะแนน

คำตอบที่ได้ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

การประเมินคะแนนการรับรู้เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ใช้ค่าการแจกแจงความถี่ร้อยละ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (ยุทธ ไกยวรรณ์, 2546 อ้างถึงใน อนัญญา ปัญญมณี, 2552)[7]

< Mean-1 (SD.) แสดงถึงระดับการรับรู้ต่ำ

Mean±1 (SD.) แสดงถึงระดับการรับรู้ปานกลาง

> Mean+1 (SD.) แสดงถึงระดับการรับรู้สูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม พัฒนาจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของ เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย[9] และจากการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด จำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน จำนวน 9 ข้อ และ 2) ปัจจัยภายนอก จำนวน 16 ข้อ โดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” “ปฏิบัติเป็นบางครั้ง”และ“ไม่เคยปฏิบัติ” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นลักษณะอัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

คำตอบที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน

คำตอบที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน

คำตอบที่ไม่ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน

การประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ตามเกณฑ์ ดังนี้

< Mean-1 (SD.) แสดงถึงมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับต่ำ

Mean±1 (SD.) แสดงถึงมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง

> Mean+1 (SD.) แสดงถึงมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชน ตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความชัดเจน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.805

2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลใกล้เคียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.803

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างงานวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้จัดพิมพ์แบบสอบถามจำนวน 350 ชุด

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัยเป็นผู้แจกและเก็บแบบสอบถามคืน ในรายที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้เอง ทีมของผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง

3. รับแบบเก็บข้อมูลคืนทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี ทุกสัปดาห์จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565

4. ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลปรากฏว่าได้แบบเก็บข้อมูลคืนมาจำนวน 350 ชุด และตรวจสอบพบว่ามี 318 ชุดที่มีการเก็บข้อมูลสมบูรณ์ทั้งหมด

5. นำแบบเก็บข้อมูลดังกล่าวมาดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS version 16 และ Microsoft Excel โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานถ้าข้อมูลมีการกระจายปกติ หรือนำเสนอด้วยค่ากลาง IQR ถ้าข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ ได้แก่ ตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และการพักอาศัย และข้อมูลไม่ต่อเนื่องนำเสนอด้วย จำนวนและร้อยละ ได้แก่ ตัวแปร เพศ โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อ กระดูกและเส้นเอ็น โรคทางสายตา โรคเกี่ยวกับสมอง โรคหัวใจ โรคปอดการรับรู้ การหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

2) สถิติเชิงเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบตัวแปรต่อเนื่องระหว่าง 2 กลุ่มด้วย Independent t-test ถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ หรือ Mann Whitney u test ถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ เปรียบเทียบตัวแปรไม่ต่อเนื่องด้วย Chi square test หรือ Fisher exact test ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูล

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ของการหกล้มด้วย Multivariate logistic regression โดยมีวิธีการเลือกปัจจัยคือ จาก Univariated analysis มีค่า p น้อยกว่า .05 หรือ ปัจจัยที่คิดว่าเกี่ยวข้องระหว่างการหกล้ม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ทำดำเนินการเก็บข้อมูลโดยยึดหลักการประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)

1.1 เคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่าง อิสระปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล

1.2 เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร

1.3 เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร

1.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง

2. หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) ต่อร่างกาย จิตใจ สถานะทางสังคม ฐานะทางการเงิน และทางกฎหมาย

2.1 การประเมินความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย

2.2 การประเมินการให้คุณประโยชน์ (Benefit) ผู้สูงอายุและชุมชน

3. หลักความยุติธรรม (Justice)

3.1 การเลือกอาสาสมัคร (Selection of Subjects)

3.1.1 มีเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออกชัดเจน ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวม ข้อมูล การวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งสิทธิในการตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

3.1.2 ไม่มีอคติ (Selection bias)

3.1.3 ไม่เลือกกลุ่มตัวอย่างที่หาง่าย สั่งง่าย คนจน ผู้ด้อยการศึกษา

3.2 การจัดอาสาสมัครเข้ากลุ่มศึกษา โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Randomization) ไม่มีอคติ (Bias) โดยการเข้าถึงข้อมูล การคัดลอกบันทึกข้อมูลจะทำโดยทีมวิจัยเท่านั้นและการศึกษานี้ไม่ได้เป็นอันตราย และการศึกษานี้จะให้ผลประโยชน์กับผู้สูงอายุและชุมชน จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างและผลของการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นภาพรวมและได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี เลขที่ YM025/2565

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุและหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยได้ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 318 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ย 71 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 162 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.9 รองลงมาได้แก่ ผู้มีอายุ 70-79 ปี จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 และเป็นเพศชายจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 รองลงมาสถานภาพหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 รองลงมาจบมัธยมศึกษาจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมีจำนวนทั้งหมด 226 คน คิดเป็นร้อยละ 71.1 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 เป็นโรคไขมันในเส้นเลือดจำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 เป็นโรคเบาหวานจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 และเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต โรคปอด โรคสายตา โรคกระดูกและข้อ โรคตับ และโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 3.5, 2.5, 2.5, 2.2, 1.3, 0.9, 0.9 และ 0.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ (n=318)

ข้อมูลทั่วไป	n(%)
เพศ	
ชาย	114(35.8)
หญิง	204(64.2)
อายุ	
60-69	162(50.9)
70-79	88(27.7)
80 ขึ้นไป	68(21.4)
Mean±SD.	71.34±8.69
Min-Max	60(-101)
สถานภาพ	
โสด	31(9.7)
สมรส	176(55.3)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	111(34.9)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	5(1.6)
ประถมศึกษา	279(87.7)
มัธยมศึกษา	28(8.8)
ปริญญาตรี	6(1.9)
อาชีพ	
ไม่ประกอบอาชีพ	137(4.1)
เกษตรกรรม	85(26.7)
ค้าขาย	36(11.3)
รับจ้าง	60(18.9)
การพักอาศัย	
อยู่ตามลำพัง	44(13.8)
อยู่กับคู่สมรส	133(41.8)
อยู่กับบุตรหลาน	123(38.7)
อยู่กับญาติ	18(5.7)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	n(%)
โรคประจำตัว	
yes	226(71.1)
no	92(28.9)
โรคความดัน	195(61.3)
โรคไขมันในเส้นเลือด	167(52.5)
โรคเบาหวาน	86(27.0)
โรคหลอดเลือดในสมอง	11(3.5)
โรคหัวใจ	8(2.5)
โรคไต	8(2.5)
โรคปอด	7(2.2)
โรคสายตา	4(1.3)
โรคกระดูกและข้อ	3(0.9)
โรคตับ	3(0.9)
โรคพาร์กินสัน	2(0.6)
ปัญหาการได้ยิน	39(12.3)
ปัญหาการเดิน	83(26.1)
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	83(26.1)
ประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี	
หกล้ม	133(41.8)
ไม่หกล้ม	185(58.2)
สถานที่หกล้ม	
ภายในบ้าน	109(82.0)
ภายนอกบ้าน	24(18.0)
ผลจากการล้ม	
ไม่ได้รับบาดเจ็บ	9(6.8)
ฟกช้ำ	120(90.2)
แผลถลอก	4(3.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	n(%)
สาเหตุการล้ม	
เดินสะดุด	89(66.9)
ลื่นล้ม	29(21.8)
ขาอ่อนแรง	12(9.0)
สูญเสียการทรงตัว	1(0.8)
ก้าวพลาด	1(0.8)
วิงเวียน/เป็นลม	1(0.8)

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกับประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติได้แก่ อายุ (p=.015), โรคประจำตัว (p<.001), ปัญหาการได้ยิน (p=.003), ปัญหาการเดิน (p<.001) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกับประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี (n=318)

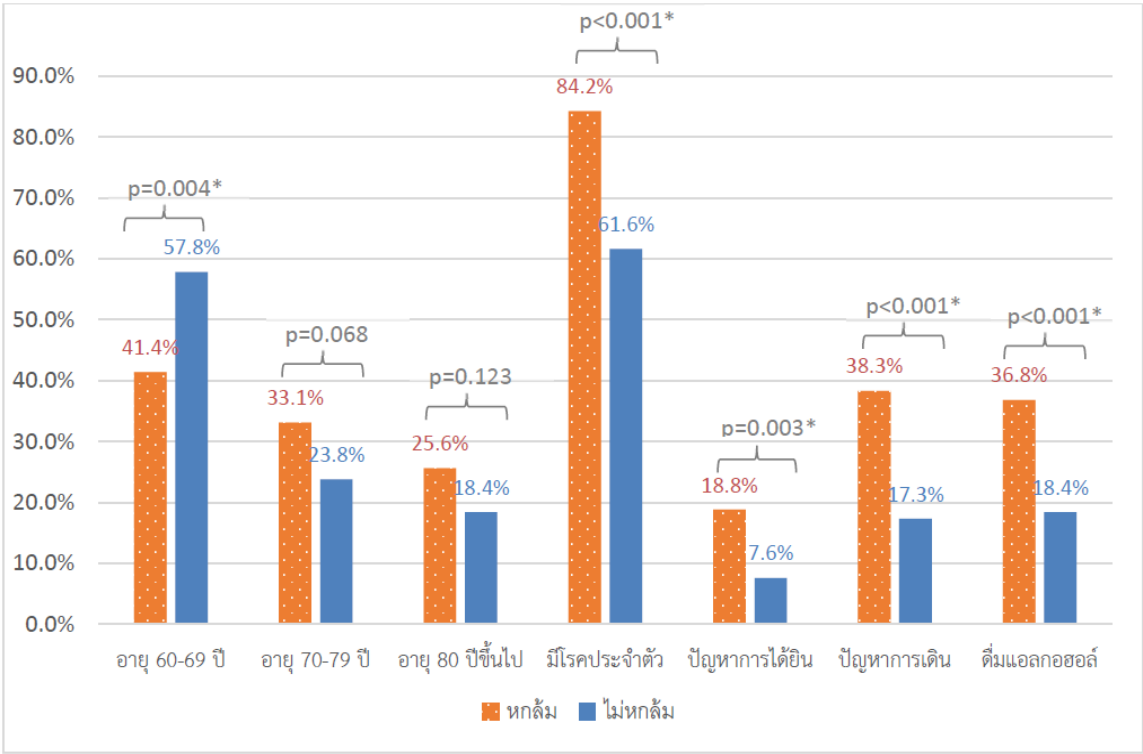
ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=318)	หกล้ม (n=133)	ไม่หกล้ม (n= 185)	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
เพศ				.431
ชาย	114(35.8)	51(38.3)	63(34.1)	
หญิง	204(64.2)	82(61.7)	122(65.9)	
อายุ				.015
60-69	162(50.9)	55(41.4)	107(57.8)	.004
70-79	88(27.7)	44(33.1)	44(23.8)	.068
80 ขึ้นไป	68(21.4)	34(25.6)	34(18.4)	.123
สถานภาพ				.213
โสด	31(9.7)	14(10.5)	17(9.2)	
สมรส	176(55.3)	66(49.6)	110(59.5)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	111(34.9)	53(39.8)	58(31.4)	
ระดับการศึกษา				.261
ไม่ได้เรียน	5(1.6)	4(3.0)	1(0.5)	
ประถมศึกษา	279(87.7)	118(88.7)	161(87.0)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=318)	หกล้ม (n=133)	ไม่หกล้ม (n= 185)	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
มัธยมศึกษา	28(8.8)	9(6.8)	19(10.3)	
ปริญญาตรี	6(1.9)	2(1.5)	4(2.2)	
อาชีพ				.117
ไม่ประกอบอาชีพ	137(43.1)	66(49.6)	71(38.4)	
เกษตรกรรม	85(26.7)	36(27.1)	49(26.5)	
ค้าขาย	36(11.3)	12(9.0)	24(13.0)	
รับจ้าง	60(18.9)	19(14.3)	41(22.2)	
การพักอาศัย				.313
อยู่ตามลำพัง	44(13.8)	18(13.5)	26(14.1)	
อยู่กับคู่สมรส	133(41.8)	55(41.4)	78(42.2)	
อยู่กับบุตรหลาน	123(38.7)	56(42.1)	67(36.2)	
อยู่กับญาติ	18(5.7)	4(3.0)	14(7.6)	
โรคประจำตัว				<.001
yes	226(71.1)	112(84.2)	114(61.6)	
no	92(28.9)	21(15.8)	71(38.4)	
โรคความดัน	195(61.3)	95(71.4)	100(54.1)	.002
โรคไขมันในเส้นเลือด	167(52.5)	85(63.9)	82(44.3)	.001
โรคเบาหวาน	86(27.0)	43(32.3)	43(23.2)	.072
โรคหลอดเลือดในสมอง	11(3.5)	8(6.0)	3(1.6)	.058
โรคหัวใจ	8(2.5)	4(3.0)	4(2.2)	.724
โรคไต	8(2.5)	5(3.8)	3(1.6)	.286
โรคปอด	7(2.2)	5(3.8)	2(1.1)	.134
โรคสายตา	4(1.3)	3(2.3)	1(0.5)	.312
โรคกระดูกและข้อ	3(0.9)	2(1.5)	1(0.5)	.574
โรคตับ	3(0.9)	2(1.5)	1(0.5)	.574
โรคพาร์กินสัน	2(0.6)	2(1.5)	0	.174

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=318)	หกล้ม (n=133)	ไม่หกล้ม (n= 185)	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
ปัญหาการได้ยิน	39(12.3)	25(18.8)	14(7.6)	.003
ปัญหาการเดิน	83(26.1)	51(38.3)	32(17.3)	<.001
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	83(26.1)	49(36.8)	34(18.4)	<.001



ภาพประกอบที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกับประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี (n=318)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มกับกลุ่มที่ไม่หกล้มพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.001 โดยกลุ่มที่ไม่เกิดการหกล้ม จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่ากลุ่มที่เกิดการหกล้ม เท่ากับ 23.99±1.85 และ 22.10±3.21 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้ม กับกลุ่มที่ไม่หกล้ม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันไม่ต่างกัน p =.594 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม

ตัวแปร	(n=318)	หกล้ม (n=133)	ไม่หกล้ม (n= 185)	P
	Mean±SD.	Mean±SD.	Mean±SD.	
การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม				
ด้านสาเหตุ	11.36±1.49	10.80±2.06	11.76±0.65	<.001
ด้านอันตราย	4.70±0.63	4.67±0.65	4.72±0.61	.440
ด้านการปฏิบัติตัว	7.14±1.31	6.62±1.45	7.51±1.05	<.001
รวมการรับรู้	**23.20±2.68**	**22.10±3.21**	**23.99±1.85**	**<.001**
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม				
ปัจจัยภายใน	14.89±1.06	14.92±1.04	14.86±1.07	.664
ปัจจัยภายนอก	27.34±1.99	27.20±2.00	27.43±1.98	.311
รวมพฤติกรรม	**42.22±2.92**	**42.12±2.90**	**42.30±2.94**	**.594**

เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุทั้งหมด 4 ปัจจัย พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ คือ อายุ, โรคประจำตัว, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม

ปัจจัยด้านอายุ โดยควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุช่วงอายุ 70-79 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้มเป็น 2.09 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี (OR =2.092, 95%CI; 1.123-3.898, p=.020)

ปัจจัยด้านโรคประจำตัว โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆให้คงที่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้มเป็น 2.21 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR =2.212, 95%CI; 1.115-4.033, p=.022)

ปัจจัยด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆให้คงที่ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้มเป็น 2.05 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (OR =2.052, 95%CI; 0.593-0.774, p=.046)

ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆให้คงที่ พบว่าเมื่อคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม เพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้มลดลง 0.70 เท่า หรือลดลงประมาณ 31% (OR =0.678, 95%CI; 0.593-0.774, p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Univariate and multivariate logistic regression analysis ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Crude OR		(95%CI)	p	Adj. OR	(95%CI)	p
อายุ	60-69 ปี	ref					
	70-79 ปี	1.945	1.146, 3.304	.014	2.092	1.123, 3.898	.020
	80 ขึ้นไป	1.945	1.094, 3.461	.024	1.498	0.746, 3.009	.256

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR	(95%CI)	p	Adj. OR	(95%CI)	p
โรคประจำตัว						
yes	3.322	1.912, 5.770	<.001	2.121	1.115, 4.033	.022
no	ref					
ปัญหาการได้ยิน						
yes	2.827	1.408, 5.678	.003	1.876	0.834, 4.220	.128
no	ref					
ปัญหาการเดิน						
yes	2.974	1.773, 4.987	<.001	1.564	0.780, 3.135	.207
no	ref					
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
yes	2.591	1.552, 4.325	<.001	2.052	1.012, 4.163	.046
no	ref					
การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม						
	0.699	0.620, 0.789	<.001	0.678	0.593, 0.774	<.001

วิจารณ์

จากการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี สรุปได้ว่า (1) อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ที่ 41.8% (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ, โรคประจำตัว, ปัญหาการได้ยิน, ปัญหาการเดิน, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม

อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีการหกล้มพบว่าเท่ากับ 72.7 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[8] ซึ่งเท่ากับ 75.3 ปี และ 76.7 ปี ตามลำดับ และพบว่าอุบัติการณ์การเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลสนามชัยใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้า 35.5% และ 55.5% ตามลำดับ[10] ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการและทำให้เป็นภาระพึ่งพิงตามมา การบาดเจ็บจากการหกล้ม ถือเป็นผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงจากการหกล้ม มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มจะเกิดความกลัวการหกล้มซ้ำถึงร้อยละ 58.8 และสูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร้อยละ 35.7 การหกล้มในผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจเช่น สูญเสียค่ารักษาพยาบาล สูญเสียเวลาการทำงานของญาติและการดูแลในระยะยาว[11]

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (61.7% vs 38.3%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Gazibara[12] (72.7% vs 27.3%), Chippendale T10 (55% vs 35.5%), de jong LD8 (52% vs 48%) และ Palvanen M[13] (85.8% vs 14.2%) ดังนั้นอธิบายได้ว่าสรีระทางร่างกายของเพศหญิงเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออันเกิดจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลายมีการลดลง

มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ส่งผลทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ[14] ทำให้เกิดความไม่มั่นคงในการเดิน การทรงตัวและการเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ นำมาซึ่งการเกิดการหกล้มง่ายกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นหากสามารถชะลอการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในเพศหญิงได้ ตั้งแต่ก่อนหมดระจำเดือน โดยการแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและติดตามรักษาโรคประจำตัวโดยการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง จะสามารถช่วยชะลอหรือลดการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งอาจช่วยให้โอกาสการเกิดการหกล้มในหญิงสูงอายุกลุ่มนี้ลงได้

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มระหว่างผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เกิดการหกล้มพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของกลุ่มที่ไม่เกิดการหกล้มมีมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่หกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่หกล้มมีการระมัดระวังเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มทั้งทางด้านสาเหตุของการหกล้ม อันตรายที่เกิดจากการหกล้ม รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ปลอดภัยในการป้องกันการหกล้มได้ดีกว่า ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้สามารถฝึกได้จากการเจริญสติหรือการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน หากมีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีการฝึกการเจริญสติในชีวิตประจำวันเช่นการนั่งสมาธิ และการเดินจงกรม จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต เพิ่มความสุขสงบในจิตใจ ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น รวมทั้งยังช่วยลดความกลัวการพลัดตกหกล้ม ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุลดน้อยลงได้[15]

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จำแนกตามปัจจัยภายในและภายนอกในผู้สูงอายุ โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 14.92 และ 27.20 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษา Ríos-Fraustro C[16] ที่ศึกษาสาเหตุของการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนมีปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายในบุคคล ซึ่งรวมปัจจัยทางด้านร่างกายและปัจจัยทางด้านจิตใจและปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นการหกล้มสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และยังกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจโดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพได้อีกด้วย การกำหนดแนวทางการป้องกันการหกล้มจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การประเมินผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่รับประทานยารักษาโรค อาหาร การปรับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงแก่ร่างกาย เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

จุดเด่นของงานวิจัย

1. สะท้อนปัญหาสุขภาพในบริบทชุมชนจริง งานวิจัยศึกษาในพื้นที่เฉพาะเจาะจง ทำให้ข้อมูลที่ได้สะท้อนสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสนามชัย และสามารถนำผลไปใช้วางแผนป้องกันการหกล้มในพื้นที่ได้โดยตรง

2. ศึกษาทั้งอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านร่างกาย (อายุ โรคประจำตัว การเดิน การได้ยิน) พฤติกรรม (การดื่มแอลกอฮอล์) และด้านจิตสังคม (การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม) ทำให้เห็นภาพรวมของสาเหตุการหกล้มอย่างชัดเจน

3. มีการเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า ช่วยยืนยันความสอดคล้องของผลการศึกษา และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ โดยเฉพาะอุบัติการณ์การหกล้มและความแตกต่างระหว่างเพศ

4. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เชิงปฏิบัติได้ ข้อค้นพบสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การปรับสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้

และการส่งเสริมการเจริญสติในผู้สูงอายุ

5. ให้ความสำคัญกับมิติคุณภาพชีวิต ไม่ได้มองเฉพาะการบาดเจ็บทางกาย แต่ครอบคลุมผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทำให้ไม่สามารถสรุปเหตุ-ผลของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มได้อย่างชัดเจน เพียงบอกความสัมพันธ์ ณ ช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น

2. ใช้ข้อมูลจากการรายงานตนเอง (Self-report) อาจเกิดอคติจากความจำ (Recall bias) โดยเฉพาะประวัติการหกล้ม การดื่มแอลกอฮอล์ หรือพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

3. ขอบเขตพื้นที่จำกัด ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันได้ทั้งหมด

4. ปัจจัยบางประการไม่สามารถควบคุมหรือวัดได้อย่างละเอียด เช่น สมรรถภาพการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรือสภาพแวดล้อมในบ้านอย่างละเอียด ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดการหกล้ม

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้

1. อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูง (41.8%) สะท้อนว่า การหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุไทย และสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

2. การพบว่าปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว ปัญหาการเดิน การได้ยิน และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม สนับสนุนแนวคิดว่า การหกล้มเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Multifactorial causes) ไม่ใช่สาเหตุเดี่ยว

3. ความแตกต่างด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มระหว่างกลุ่มที่หกล้มและไม่หกล้ม แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมความปลอดภัย

4. ผลการวิจัยชี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสามารถระบุได้ล่วงหน้า เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค มีปัญหาการเดินหรือการได้ยิน และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีเป้าหมาย

5. การที่ผู้สูงอายุที่ไม่หกล้มมีระดับการรับรู้ในการป้องกันสูงกว่า บ่งชี้ว่า การให้ความรู้และการเสริมสร้างการตระหนักรู้สามารถลดโอกาสการหกล้มได้

สรุปผลการวิจัยอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ที่ 41.8% และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ, โรคประจำตัว, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. The situation of the Thai elderly [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 6]. Available from: https://thaitgri.org/?wpdmpro=situation-of-the-thai-elderly-2017
2. Aekplakorn W, et al. Report of the fifth Thai National Health Examination Survey (NHES V) 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016.
3. World Health Organization. Falls. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. National Statistical Office. Population statistics by age group, Thailand: Registered population 2019–2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021.
5. Chaophrayayommarat Hospital. Hospital information system database: fall-related statistics among older adults, 2019–2021. Suphanburi: Chaophrayayommarat Hospital; 2022.
6. Penrung Wannadee, Jiraporn Photong, Umakorn Jaiyangyuen. A study of fall situations

among older adults in the community, S uphanburi Province. Journal of Health Center 9: Journal of Health Promotion and Environmental Hygiene. 2020;14(34):126–41.

7. Ananya Panyamanee. Nursing research and statistics used in research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009.
8. Jong L D de, Lavender A P, Wortham C, Skelton D A, Haines T P, Hill A M. Exploring purpose-designed audio-visual falls prevention messages on older people's capability and motivation to prevent falls. Health Soc Care Community. 2019;27(4):e471-e82.
9. Saowalak Unlamai. A study of the relationships among personal factors, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy in fall prevention, and fall-prevention behaviors of older adults living in the community [master's thesis in nursing science]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.
10. Chippendale T, Lee C D. Characteristics and fall experiences of older adults with and without fear of falling outdoors. Aging Ment Health. 2018;22(6):849-55.
11. Sherrington C, Fairhall N, Wallbank G, et al. Falls risk factors and impact in older adults: a systematic review. J Orthop Surg Res. 2022;17:115.
12. Gazibara T, Kurtagic I, Kisic-Tepavcevic D, Nurkovic S, Kovacevic N, Gazibara T, Pekmezovic T. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. Psychogeriatrics. 2017;17(4):215-23.
13. Palvanen M, Kannus P, Piirtola M, Niemi S, Parkkari J, Järvinen M. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: a randomised controlled trial. Injury. 2014; 45(1):265-71.
14. Kato S, Murakami H, Demura S, Yoshioka K, Shinmura K, Yokogawa N, Igarashi T, Yonezawa N, Shimizu T, Tsuchiya H. Abdominal trunk muscle weakness and its association with chronic low back pain and risk of falling in older women. BMC Musculoskelet Disord. 2019;20(1):273.
15. Weber M, Schnorr T, Morat M, Morat T, Donath L. Effects of Mind-Body Interventions Involving Meditative Movements on Quality of Life, Depressive Symptoms, Fear of Falling and Sleep Quality in Older Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6556.
16. Ríos-Fraustro C, Galván-Plata M E, Gómez-Galicia D L, Giraldo-Rodríguez L, Agudelo-Botero M, Mino-León D. Intrinsic and extrinsic factors associated with falls in older adults: a case-control study in Mexico. Gac Med Mex. 2021;157(2):127-32.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.7 No.1 (January - April 2026)

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อผู้บริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Effects of a Health Education Program for Blood Donors at the Mobile Blood Donation Unit, Roi Et Hospital

วิไลลักษณ์ ศรีถาวร*
Wilailux Sritravorn
Corresponding author: E-mail; wilailuxsritravorn@gmail.com
(Received: November 23, 2025; Revised: November 30, 2025; Accepted: December 30, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริจาคโลหิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาการใช้โปรแกรม และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้บริจาคโลหิตที่มีต่อโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียวมี การวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (One Group Pretest-Posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริจาคโลหิตที่เข้ารับบริการของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย : พบว่า ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาคุณภาพการบริจาคโลหิต ภายหลังการใช้โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริจาคโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 56.20 เป็นร้อยละ 94.75 และความพร้อมในการบริจาค เพิ่มขึ้นเกือบสมบูรณ์ถึงร้อยละ 99.94 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังบริจาคโลหิตและการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มก็เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 98.82 และ 100.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้บริจาคยังแสดงความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด (Mean=4.90 หรือ ร้อยละ 98.00) ซึ่งยืนยันว่าโปรแกรมมีคุณภาพในการสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยในการบริจาคโลหิต

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลสูงในการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องของผู้บริจาคโลหิตซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดความเสี่ยงและการเพิ่มคุณภาพในการบริจาคโลหิต ควรนำโปรแกรมนี้ไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ และควรมีการศึกษาผลในระยะยาวเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตซ้ำและความคงทนของพฤติกรรมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ; ผู้บริจาคโลหิต; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the health literacy, attitudes, and behaviors of blood donors before and after participating in the health education program, to study the program utilization, and to evaluate the satisfaction of blood donors with the health education program at the Mobile Blood Donation Unit of Roi-Et Hospital.

Study design : This was a quasi-experimental research utilizing a One Group Pretest-Posttest Design.

Material and Methods : The sample consisted of 30 blood donors who utilized the services of the Mobile Blood Donation Unit, Roi Et Hospital, selected through purposive sampling. The study was conducted between October 2024 (B.E. 2567) and September 2025 (B.E. 2568).

Main finding : The findings indicated that the health education program was highly effective in improving the quality of blood donation. Following the program implementation, blood donors' health literacy, attitudes, and behaviors significantly increased from 56.20% to 94.75%. Readiness for donation improved almost completely to 99.94%. Furthermore, correct pre- and post-donation practices and management of fall risk also increased significantly to 98.82% and 100.00%, respectively. In addition, the donors expressed the highest level of satisfaction with the program (Mean =4.90 or 98.00%), confirming the program's quality in building confidence and safety in blood donation.

Conclusion and recommendations : The health education program demonstrates high efficacy in reinforcing correct health literacy and behaviors among blood donors, which directly contributes to reducing risks and enhancing the quality of blood donation. It is recommended that this program be expanded to other areas, and further long-term studies focusing on repeated blood donation and the sustainability of these behaviors should be conducted.

Keywords : Health Education Program; Blood Donor; Health Literacy; Fall Risk

*Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

การบริจาคโลหิตนับเป็นกระบวนการสำคัญยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากโลหิตเป็นทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีคุณค่าและไม่สามารถผลิตทดแทนได้[1] ความต้องการใช้โลหิตมีต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยผ่าตัด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น ธาลัสซีเมีย) ทว่าหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหาการขาดแคลนโลหิตเป็นระยะ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งปริมาณโลหิตบริจาคลดลงอย่างเห็นได้ชัดในขณะที่ความต้องการใช้กลับเพิ่มสูงขึ้น การสร้างระบบบริจาคโลหิตที่เข้มแข็งและยั่งยืนจึงเป็นภารกิจหลักของหน่วยบริการสาธารณสุข การสร้างระบบบริจาคโลหิตที่เข้มแข็งและยั่งยืนจึงเป็นภารกิจหลักของหน่วยบริการสาธารณสุข[2]

ยุทธศาสตร์สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการบริจาคอย่างสม่ำเสมอคือการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่ผู้บริจาค[3] การได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัว ขั้นตอน และข้อควรปฏิบัติหลังบริจาค จะช่วยลดความกังวลและความเชื่อผิดๆ เช่น กลัวร่างกายอ่อนเพลีย เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการบริจาคซ้ำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลการศึกษาทางการแพทย์ยืนยันว่าการบริจาคโลหิตในผู้ที่มีสุขภาพดีมีความปลอดภัยสูง[4] ทว่าที่ผ่านมาผู้บริจาคจำนวนไม่น้อยยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนและการปฏิบัติหลังบริจาค

หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ (Mobile Blood Donation Unit) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดหาโลหิตให้เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จัดตั้งหน่วยเคลื่อนที่เพื่อตอบสนองต่อความต้องการโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 19,577 รายในปี พ.ศ.2564 เป็น 23,110 รายในปี พ.ศ.2567[5] อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในหน่วยเคลื่อนที่ยังพบว่า ผู้บริจาคบางส่วนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความปลอดภัยและข้อห้ามในการบริจาค ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริจาคซ้ำ และปริมาณโลหิตสำรองในระบบ[6] นอกจากนี้ หน่วยเคลื่อนที่ส่วนใหญ่ยังขาดโปรแกรมการให้ความรู้แบบเป็นระบบที่เหมาะสมกับลักษณะพื้นที่ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพของผู้บริจาคและความปลอดภัยของกระบวนการทั้งหมด[7]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12[7-8] ซึ่งมุ่งเป้าให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง สามารถจัดการสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องยั่งยืน[7] ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ปัจจุบันพบว่าประชาชนวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 50.73 และ 50.25 ตามลำดับ) ซึ่งสะท้อนว่าความรอบรู้ที่มีนั้นยังไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาวะที่ยั่งยืน[7] กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ที่เน้นการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การสื่อสารผ่านสื่อ และการใช้กระบวนการกลุ่ม[8]

คณะผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ดังกล่าว[8] เพื่อให้ผู้บริจาคมีความรู้ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้บริจาคโลหิตโดยเฉพาะในรูปแบบที่สามารถนำไปใช้กับหน่วยเคลื่อนที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริจาคมีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาค และมีพฤติกรรมการบริจาคซ้ำอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การจัดหาโลหิตที่เพียงพอ ปลอดภัย และยั่งยืนในระยะยาว[9]

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อผู้บริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน

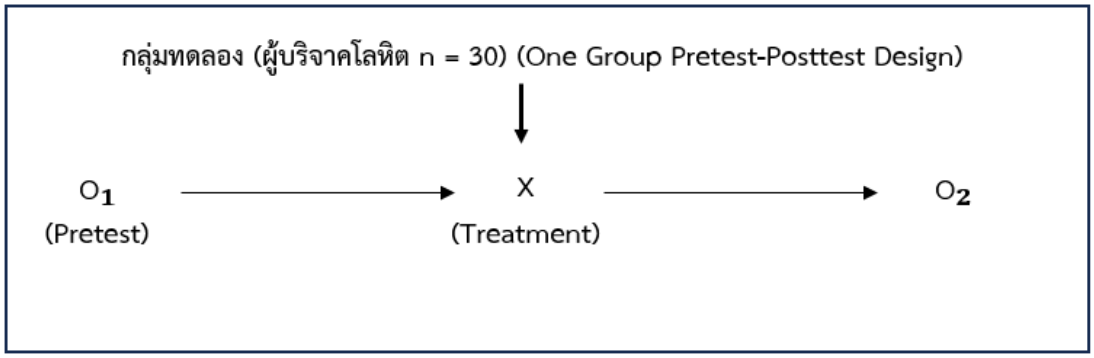
ประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริจาคในพื้นที่ปฏิบัติจริง ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการบริจาคโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรม ของผู้บริจาคโลหิตเพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมต่อความพร้อมและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้บริจาคโลหิต (ก่อนและหลังบริจาค) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้บริจาคโลหิตที่มีต่อโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (One Group Pretest-Posttest Design) แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัย

ความหมายสัญลักษณ์

O_1 หมายถึง การวัดผลก่อนรับโปรแกรม (แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม)

X หมายถึง การให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ (กิจกรรม เอกสาร บรรยาย)

O_2 หมายถึง การวัดผลหลังได้รับโปรแกรม (แบบสอบถามชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริจาคโลหิตที่เข้ารับบริการของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริจาคโลหิตที่เข้ารับบริการของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น G*Power โดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{d^2} + 1$$

โดยที่

1. ระดับนัยสำคัญ (Alpha) กำหนด 0.05
2. อำนาจการทดสอบ (Beta) กำหนด 0.80
3. ขนาดอิทธิพล (d) เลือกใช้ ขนาดอิทธิพลปานกลาง (Medium Effect Size) คือ 0.5

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria): ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ที่เข้ารับบริการบริจาคโลหิตของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย 2) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน

การบริจาคโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีให้ข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria): ประกอบด้วย 1) ผู้ที่มีประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการบริจาคโลหิตในครั้งก่อนๆ 2) ผู้ที่ถูกตัดสิทธิ์การบริจาคโลหิตในวันเก็บข้อมูล (เนื่องจากไม่ผ่านการคัดกรองทางการแพทย์) และ 3) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้ได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือหลักคือ **โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพผู้บริจาคโลหิต** ที่ใช้แนวคิดในการให้ความรู้ และการปฏิบัติ เพื่อประเมินความรอบรู้ของผู้บริจาคโลหิตด้านสุขภาพก่อน และหลังบริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการเข้าร่วมโครงการ 2 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบทดสอบวัดความรอบรู้ ก่อนและหลังเข้ารับบริการของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ได้รับการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ใช้เวลาในการทำ 30 นาที

2. แบบสอบถามที่ผู้บริจาคโลหิต ที่ได้รับการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น และปรับปรุงจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิต การดูแลสุขภาพที่บริจาคโลหิต โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ของผู้บริจาคโลหิตด้านสุขภาพก่อน และหลังบริจาคโลหิต

ตอนที่ 3 แบบประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง บริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ตอนที่ 4 แบบประเมินผู้บริจาคโลหิตที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามประเภทระดับความเสี่ยง ผู้บริจาคโลหิตที่ได้รับการจำแนกประเภทระดับความเสี่ยงการปฏิบัติตัวตัวก่อน และหลังบริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการของผู้บริจาคโลหิตที่มีต่อกิจกรรมการบริการของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริจาคโลหิต ที่มีต่อการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพของหน่วยบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และปรับปรุงจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิต การดูแลสุขภาพที่บริจาคโลหิต โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 รายการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริจาคโลหิต ที่มีต่อการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ของหน่วยบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ของผู้เข้ารับบริจาคโลหิต ต่อการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพของหน่วยบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการอย่างเป็นระบบตามหลักระเบียบวิธีวิจัยโดยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบคุณภาพทางสถิติเพื่อยืนยันความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ดังนี้

1. แบบทดสอบวัดความรอบรู้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแบบทดสอบวัดความรอบรู้แบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ จากนั้นนำแบบทดสอบไปตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการและความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตามวิธีการของ Rovinelli & Hambleton[10] และคัดเลือกข้อสอบที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.20 - 1.00 ต่อมาได้นำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้บริจาคที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อวิเคราะห์หา ค่าอำนาจจำแนก (B) และคัดเลือกข้อสอบที่มีค่า B อยู่ระหว่าง 0.20 - 0.80 ทำให้ได้แบบทดสอบฉบับสมบูรณ์จำนวน 20 ข้อ สุดท้าย ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบทดสอบทั้งฉบับตามวิธีการของ Lovett ก่อนนำไปใช้เป็นเครื่องมือวิจัยจริงผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบทดสอบทั้งฉบับตามวิธีการของ Lovett ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ตอน ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินความรอบรู้ การปฏิบัติตัวก่อน/หลังบริจาค การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจในการให้บริการ การตรวจสอบคุณภาพดำเนินการในลักษณะเดียวกันกับแบบทดสอบโดยนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตามวิธีการของ Rovinelli & Hambleton[10] และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.20 - 1.00 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้บริจาคที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และหา ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับตามวิธีการของ Lovett ก่อนจัดพิมพ์เป็นฉบับจริง นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้บริจาคที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และหา ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับตามวิธีการของ Lovett ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างโปรแกรมเริ่มต้นจากการศึกษาเอกสารและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง (เช่น จากสภากาชาดไทย) เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ วิเคราะห์เนื้อหา และออกแบบกิจกรรม/สื่อ จากนั้นนำโปรแกรมที่ร่างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ (Pilot test) กับกลุ่มเล็กจำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเข้าใจและความเหมาะสมของระยะเวลา ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมด้วยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการในการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้วิจัยรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการพร้อมสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติข้างต้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะการเข้าร่วมโปรแกรม

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ที่กำหนดจากการรับสมัครกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในเดือน ตุลาคม 2567 ถึง กันยายน 2568

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ได้เก็บข้อมูลตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป สัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และการปฏิบัติตัวการบริจาคโลหิตด้วยคำถามแบบเดียวกันให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

3. เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้บริจาคโลหิตที่มาบริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทราบก่อน และหลังทำการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1

4. ทบทวนการดูแลตนเองซึ่งเป็นระยะติดตามผลการเข้าร่วมโปรแกรม 30 วัน ทำการวางแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต และแจกคู่มือการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิต ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบริจาคโลหิตเคลื่อนที่อย่างไร

5. เก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนร่วมโปรแกรมซึ่งจะเก็บเป็นครั้งที่ 2

6. เมื่อเก็บข้อมูลครบทั้ง 2 ครั้งทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาใช้ข้อมูลจากการวิจัยมาวิเคราะห์ โดยเมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดไว้แล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตรวจแก้ไขให้มีความถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างรายงานผลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพของการปฏิบัติตัวก่อน และหลังบริจาคโลหิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบริจาคโลหิตที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกและผู้บริจาคโลหิตประจำหลังรับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบริจาคโลหิตวัด ก่อนและหลัง ทดลอง 2 กลุ่ม จำนวน 30 คน ทดสอบโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีเลขที่การอนุมัติ RE137/2568 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2568 มีมาตรการสำคัญในการปกป้องสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเฉพาะการขอความยินยอมโดยมีข้อมูล (Informed Consent) และการปกปิดข้อมูลส่วนตัว

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการใช้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้บริจาคโลหิต ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริจาคโลหิต รวมถึงความพร้อมในการบริจาค การปฏิบัติตัวก่อน/หลังบริจาค และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังการใช้โปรแกรมซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย โดยก่อนการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้บริจาคโลหิตมีความรอบรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เฉลี่ยอยู่ที่ 11.24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 56.20 ของคะแนนเต็ม ซึ่งสะท้อนว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้บริจาคส่วนใหญ่มีความเข้าใจและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในระดับปานกลางหรือต่ำกว่าที่คาดหวังเล็กน้อย และหลังการใช้โปรแกรม: คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมากเป็น 18.95 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 94.75 ของคะแนนเต็ม ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริจาคโลหิต ณ หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่อย่างชัดเจน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริจาคโลหิตก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

การทดสอบ	จำนวนผู้บริจาคโลหิต	คะแนนเต็ม	Mean	SD.	ร้อยละ
ก่อนการใช้โปรแกรม	30	20	11.24	4.23	56.20
หลังการใช้โปรแกรม	30	20	18.95	1.36	94.75

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม แสดงให้เห็นว่าทุกรายการประเมินเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 56.20 เป็นร้อยละ 94.75 ส่วนความพร้อมในการบริจาคโลหิต และ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีค่าเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมสูงเกือบเต็มร้อย (ร้อยละ 99.94 และ 100.00 ตามลำดับ) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริจาคมีทักษะและเจ้าหน้าที่มีการจัดการความปลอดภัยที่ดี แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ พฤติกรรม และการปฏิบัติตัวของผู้บริจาคโลหิตก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

รายการประเมิน	ก่อนการใช้โปรแกรม	หลังการใช้โปรแกรม	p
ความรอบรู้ฯ, ทัศนคติ และพฤติกรรม	Mean =11.24 (56.20%)	Mean =18.95 (94.75%)	.01
ความพร้อมในการบริจาคโลหิต	Mean =55.35 (66.71%)	Mean =89.95 (99.94%)	.01
การปฏิบัติตัวก่อนและหลังบริจาค	Mean =21.46 (59.16%)	Mean =44.47 (98.82%)	.01
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	Mean =45.42 (54.32%)	Mean =90.00 (100.00%)	.01

2. ผลการใช้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความพร้อมในการบริจาคโลหิต การปฏิบัติตัวก่อน/หลังบริจาค และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริจาคโลหิตที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานตอนต้นถึงตอนปลาย ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรในพื้นที่ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ โดยผู้บริจาคส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) และมีสถานภาพ สมรส จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.67) อาชีพหลักของผู้บริจาคโลหิต คือ เกษตรกร จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และอื่น ๆ (นักศึกษา) โดยผู้บริจาคส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 19-59 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก 66.63 กิโลกรัม (อยู่ระหว่าง 52 – 59 กิโลกรัม) และส่วนสูง 162.13 เซนติเมตร (อยู่ระหว่าง 148 – 183 เซนติเมตร) ที่สำคัญคือผู้บริจาคส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.67) ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมทางสุขภาพในการบริจาคโลหิต แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้บริจาคโลหิตที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้บริจาคโลหิต	ร้อยละ	คำอธิบายเพิ่มเติม
เพศชาย	14	44.67	-
เพศหญิง	16	53.33	-
สถานภาพสมรส	17	56.67	ส่วนใหญ่สมรส
สถานภาพโสด	8	26.67	-
อาชีพเกษตรกร	21	70.00	อาชีพหลักของผู้บริจาคโลหิต
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.33	-
ไม่มีโรคประจำตัว	29	96.67	ส่วนใหญ่มีสุขภาพพร้อมบริจาค

2.2 ความพร้อมของผู้บริจาคโลหิตหลังการใช้โปรแกรม ผลการประเมินความพร้อมของผู้บริจาคโลหิตหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งโดยรวมมีความพร้อมสูงมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเป็นร้อยละ 99.94 โดยผู้บริจาคมีความเข้าใจและพร้อมปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองเบื้องต้น เช่น การกรอกใบสมัคร การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต การนำเอกสารติดต่อเจ้าหน้าที่ และการรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำก่อนบริจาค โดย 19 รายการมีการประเมินว่า “ใช่” ครบ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีเพียงรายการเดียวคือ “หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ขนมหวาน ก่อนมาบริจาคโลหิต 6 ชั่วโมง” ที่มีผู้ตอบว่า “ใช่” เพียง 21 คน (ร้อยละ 70.00) และมีผู้ตอบว่า “ไม่ใช่” 9 คน (ร้อยละ 30.00) อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้บริจาคจะมีความรู้และความพร้อมด้านขั้นตอนและข้อกำหนดทางเทคนิคสูง แต่ยังขาดความตระหนักหรือความสามารถในการควบคุมการบริโภคอาหารไขมันสูงก่อนบริจาค ซึ่งอาจส่งผลให้พลาสมามีสีขุ่นและไม่สามารถนำไปใช้รักษาผู้ป่วยได้ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละการประเมินความพร้อมของผู้บริจาคโลหิตหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

รายการประเมินที่ต้องเน้นย้ำ	ระดับความคิดเห็น	ร้อยละ
หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงก่อนบริจาค 6 ชั่วโมง	ใช่	70.00
	ไม่ใช่	30.00
รายการอื่น ๆ (เช่น กรอกใบสมัคร, ชั่งน้ำหนัก, วัดความดัน, ดื่มน้ำก่อนเจาะ)	ใช่	100.00
โดยรวม	**ค่าเฉลี่ย**	**99.94**

2.3 การปฏิบัติตัวก่อนและหลังบริจาคโลหิตหลังการใช้โปรแกรม ผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติตัวหลังใช้โปรแกรม พบว่า ผู้บริจาคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและมีความพร้อมอยู่ในระดับสูงมาก อย่างไรก็ตามยังมีผู้บริจาคบางส่วนที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงก่อนบริจาค (ร้อยละ 30.00) และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำให้งดใช้แขนข้างที่บริจาคโลหิตเป็นเวลา 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 33.33 ปฏิบัติบางครั้ง)

ผลการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้บริจาคโลหิตหลัง การใช้โปรแกรม โดยภาพรวมถือว่าอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเป็นร้อยละ 98.81 ผู้บริจาคส่วนใหญ่รายงานว่า “ปฏิบัติเป็นประจำ” ใน 13 รายการ จาก 15 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งรวมถึงการพักผ่อนให้เพียงพอ การงดแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามมี 2 รายการที่ผู้บริจาครายงานว่า “ปฏิบัติบางครั้ง” ในสัดส่วนที่สูง ได้แก่ 1) งดใช้แขนข้างที่บริจาคโลหิตเป็นเวลา 24 ชั่วโมง: มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำเพียง 20 คน (ร้อยละ 66.67) และปฏิบัติบางครั้งถึง 10 คน (ร้อยละ 33.33) และ 2) หลีกเลี่ยงกิจกรรมหนัก/ยกของหนัก ภายใน 24 ชั่วโมง: มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำ 24 คน (ร้อยละ 80.00) และปฏิบัติบางครั้ง 6 คน (ร้อยละ 20.00) แสดงให้เห็นว่าแม้โปรแกรมจะเพิ่มพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ดีโดยรวม แต่ยังคงมีความเสี่ยงที่ผู้บริจาคจะใช้แขนข้างที่บริจาคหรือทำกิจกรรมหนักเกินไปในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน (เช่น เลือดคั่ง) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้บริจาคโลหิตหลังการใช้โปรแกรม

รายการประเมินที่ต้องเน้นย้ำ	ระดับความคิดเห็น	ร้อยละ
งดใช้แขนข้างที่บริจาคโลหิตเป็นเวลา 24 ชั่วโมง	ปฏิบัติเป็นประจำ	66.67
	ปฏิบัติบางครั้ง	33.33
หลีกเลี่ยงกิจกรรมหนักภายใน 24 ชั่วโมง	ปฏิบัติเป็นประจำ	80.00
	ปฏิบัติบางครั้ง	20.00
รายการอื่น ๆ (เช่น นอนหลับพอ, งดแอลกอฮอล์, ปฏิบัติตามคำแนะนำ)	ปฏิบัติเป็นประจำ	100.00
โดยรวม	**ค่าเฉลี่ย**	**98.81**

2.4 ผลของเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลังการใช้โปรแกรม ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้บริจาคโลหิต หลัง การใช้โปรแกรม ซึ่งโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ 100.00 ผู้บริจาคประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนินการด้านความปลอดภัยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (รวมถึงการให้คำแนะนำ การจัดพื้นที่และการประเมินซ้ำ) ว่า “ปฏิบัติสม่ำเสมอ” ครบทุกรายการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 แสดงให้เห็นว่าผู้บริจาคและ/หรือเจ้าหน้าที่มีความตระหนักและปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างเคร่งครัดภายใต้โปรแกรมที่ได้รับ แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้บริจาคโลหิตหลังการใช้โปรแกรม (n=30)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น	ร้อยละ
การให้คำแนะนำผู้บริจาคและญาติ	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	100.00
ทบทวน/ให้คำแนะนำป้องกันพลัดตกหกล้ม	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	100.00
มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติการณ์	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	100.00
การจัดพื้นที่ให้แห้ง/มีแสงสว่างพอ	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	100.00
มีการประเมินซ้ำผู้บริจาคที่มีความเสี่ยง	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	100.00
โดยรวม	**ค่าเฉลี่ย**	**100.00**

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังใช้โปรแกรม พบว่า แม้ว่าภาพรวมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังบริจาคโลหิตจะสูงถึงร้อยละ 98.82 แต่การวิเคราะห์รายข้อแสดงให้เห็นถึงประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเพิ่มเติมเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโลหิตไม่ได้คุณภาพชี้ให้เห็นว่า ในด้านการควบคุมอาหาร ผู้บริจาคจำนวนมากถึงร้อยละ 30.00 ยังคงไม่ได้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูงก่อนบริจาค ซึ่งอาจส่งผลให้พลาสมามีสีขุ่น และไม่สามารถนำไปใช้รักษาผู้ป่วยได้ และด้านความปลอดภัยหลังบริจาค พบว่า ผู้บริจาคถึงร้อยละ 33.33 ระบุว่า ปฏิบัติบางครั้ง ในการงดใช้แขนข้างที่บริจาคโลหิตภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงสูงที่อาจเกิดภาวะเลือดคั่งหรือภาวะแทรกซ้อนบริเวณที่เจาะได้ การปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอนี้เป็นจุดที่ต้องเน้นย้ำและปรับปรุงในขั้นตอนการให้คำแนะนำหลังบริจาค แสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 รายการประเมินการปฏิบัติตัวก่อนและหลังบริจาคโลหิต ที่มีผู้บริจาคปฏิบัติบางครั้ง/ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำสูงสุด (n=30)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
ความพร้อมในการบริจาค			
หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงก่อนบริจาค 6 ชม.	ไม่ใช่ (ไม่ได้หลีกเลี่ยง)	9	30.00
การปฏิบัติตัวหลังบริจาค			
งดใช้แขนข้างที่บริจาคโลหิตเป็นเวลา 24 ชั่วโมง	ปฏิบัติบางครั้ง	10	33.33
หลีกเลี่ยงกิจกรรมหนักภายใน 24 ชั่วโมง	ปฏิบัติบางครั้ง	6	20.00

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้บริจาคโลหิตต่อการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้บริจาคโลหิตต่อโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม Mean =4.90 คิดเป็นร้อยละ 98.00 ซึ่งรายการที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือ ความเหมาะสมของเนื้อหา, ความเข้าใจง่าย, การใช้ภาษาของผู้ให้ความรู้, ความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย, และความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในครั้งต่อไป (ทุกรายการ Mean =5.00, ร้อยละ 100.00) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บริจาคได้อย่างดีเยี่ยม แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้บริจาคโลหิตต่อการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

รายการประเมิน	Mean	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจโดยรวม	4.90	98.00	มากที่สุด
ความเหมาะสม/ชัดเจน/เข้าใจง่ายของเนื้อหา	5.00	100.00	มากที่สุด
การใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายของผู้ให้ความรู้	5.00	100.00	มากที่สุด
รู้สึกมั่นใจและปลอดภัยในการบริจาค	5.00	100.00	มากที่สุด
ความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในครั้งต่อไป	5.00	100.00	มากที่สุด
ความรู้ที่ได้รับช่วยให้เตรียมตัวได้ดีขึ้น	4.93	98.60	มากที่สุด
ความทันสมัยของข้อมูล	4.93	98.60	มากที่สุด
ความน่าสนใจของสื่อที่ใช้	4.63	92.60	มากที่สุด

วิจารณ์

1. การอภิปรายผลด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริจาคโลหิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 56.20 เป็นร้อยละ 94.75) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัว การปฏิบัติตัว และความปลอดภัยในการบริจาคโลหิต มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้ความเข้าใจของผู้บริจาค ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสมศรี สุขสมบูรณ์ และคณะ[11] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มระดับความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ การที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นย่อมส่งผลให้ผู้บริจาคมีความเข้าใจในความสำคัญของการปฏิบัติตัวก่อนและหลังบริจาคอย่างถูกต้องครบถ้วน ซึ่งเป็นรากฐานของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Health Behavior) ตามมา ทั้งนี้ การสร้างทัศนคติเชิงบวกมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจบริจาคโลหิตซ้ำ ซึ่งนฤมล บุญสนอง และยุพา เอวิจิตรอรุณ[12] ได้ศึกษาและเน้นย้ำว่า ทัศนคติที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตในระยะยาว

2. การอภิปรายผลด้านการปฏิบัติตัวและความพร้อมของผู้บริจาคโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความพร้อมในการบริจาคโลหิต (เพิ่มเป็นร้อยละ 99.94) และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังบริจาค (เพิ่มเป็นร้อยละ 98.82) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้ยืนยันว่าโปรแกรมได้เปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติในภาพรวมได้สำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนจากการบริจาค อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีผู้บริจาคบางส่วนที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์อยู่ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

การไม่หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงก่อนบริจาค (ร้อยละ 30.00) ผู้บริจาคยังขาดความตระหนักในการควบคุมอาหารไขมันสูง ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ฝังลึกหรือขาดทางเลือกด้านอาหารที่สะดวกในบริบทของหน่วยเคลื่อนที่ การไม่หลีกเลี่ยงไขมันสูงอาจทำให้พลาสมามีสีขุ่น (Lipemic Plasma) ส่งผลให้โลหิตที่บริจาคไม่สามารถนำไปใช้รักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ผลนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ ธนวัฒน์ ศรีชัย[13] ที่ระบุว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้บริจาคมักเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพโลหิตที่ได้รับ นอกจากนี้ การที่ผู้บริจาคสามารถจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ถึง 100.00% ยืนยันว่าโปรแกรมได้ให้ความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประกายพรรณ จินดา[14] ที่เน้นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะ Hypotension (ภาวะความดันโลหิตต่ำ) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการพลัดตกหกล้มหลังการบริจาคโลหิต

การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหลังบริจาค (งดใช้แขน/หลีกเลี่ยงกิจกรรมหนัก): พบว่าผู้บริจาคถึงร้อยละ 33.33 ปฏิบัติบางครั้งในการงดใช้แขนข้างที่บริจาคภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้บริจาคกลับไปทำกิจกรรมหรืออาชีพที่ต้องใช้แรงงานทันที (โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกร/ผู้ใช้แรงงาน) แม้ว่าความรู้จะเพิ่มขึ้นแต่การเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตจริงยังทำได้ยาก จำเป็นต้องมีการย้ำเตือนและการติดตามผลเพิ่มเติม ผลนี้สะท้อนว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องมีการเสริมแรงจูงใจและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้วย

3. การอภิปรายผลด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ผู้บริจาคโลหิตมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.90) โดยเฉพาะด้านความชัดเจน ความเข้าใจง่ายของเนื้อหา การใช้ภาษา และความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัยหลังเข้าร่วมโปรแกรม (ได้คะแนนเต็ม Mean =5.00) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ออกแบบมามีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหา (Content) และวิธีการนำเสนอ (Delivery Method) ซึ่งความพึงพอใจในระดับสูงนี้เป็นผลมาจากกระบวนการพัฒนาเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง และสอดคล้องกับงานวิจัยของนงลักษณ์ ธรรมรักษ์[15] ที่กล่าวว่าการออกแบบสื่อและเนื้อหาที่น่าสนใจและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายจะช่วยเพิ่มความเข้าใจและการยอมรับในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ การที่ผู้บริจาคได้รับความรู้และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องยังเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยในการบริจาคโลหิต ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับแนวคิด

การเสริมพลัง (Empowerment) ที่วิชุดา กลิ่นหอม[16] ศึกษาและพบว่าโปรแกรมการเสริมพลังช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและกระตุ้นให้เกิดความเต็มใจในการบริจาคโลหิตซ้ำต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน สำหรับการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิตในหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และควรขยายผลไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ

1.2 ควรเน้นย้ำและหามาตรการเสริมแรงจูงใจเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง (เช่น การให้ข้อมูลอาหารทางเลือก) และการงดใช้แขนข้างที่บริจาค (เช่น การออกบัตรเตือน หรือการโทรติดตามผลในวันรุ่งขึ้น สำหรับผู้บริจาคที่มีอาชีพใช้แรงงาน)

1.3 เนื่องจากผู้บริจาคมีความพึงพอใจสูงต่อความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมควรนำผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมาใช้ในการปรับปรุงพื้นที่ให้บริการของหน่วยเคลื่อนที่ให้มีความปลอดภัยสูงสุดอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบผลของโปรแกรมนี้กับการให้ความรู้แบบปกติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเข้มข้นยิ่งขึ้น

2.2 ควรวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต (เช่น การควบคุมอาหารไขมันสูง) ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตในพื้นที่ชนบท เพื่อหาแนวทางการแทรกแซงที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2.3 ควรศึกษาอัตราการกลับมาบริจาคซ้ำ (Donor Retention Rate) ในระยะยาว (เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี) ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.พว. มะลิวรรณ อังคณิตย์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและช่วยชี้แนะให้รายงานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบพระคุณความอนุเคราะห์อย่างสูงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำขอกราบขอบพระคุณผู้บริจาคโลหิตทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on blood safety and availability 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Nov 14]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240051683 World Health Organization
2. World Health Organization. Blood safety and availability: key facts [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Nov 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability World Health Organization
3. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. แนวทางการดำเนินงานการจัดหาโลหิต [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://thaibloodcentre.redcross.or.th
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). 2562 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.moph.go.th
5. ศูนย์บริการโลหิต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานสถานการณ์โลหิตประจำปี 2568. ร้อยเอ็ด: จังหวัดร้อยเอ็ด; 2568.
6. สุธาทิพย์ ประเสริฐสังข์, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อ

การบริจาคโลหิตของประชาชนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(4):543–54.

7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. 2565. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.moph.go.th
8. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรีวงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3):419-29.
9. อุบลวัณณ์ จรูญเรืองฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2013/TU_2013_5507030588_1361_1188.pdf
10. Rovinelli R J, Hambleton R K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Instructional Science. 1977;6(2):231–45.
11. สมศรี สุขสมบูรณ์ และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลตนเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/107050
12. นฤมล บุญสนอง, ยุพา เอวิจิตรอรุณ. การศึกษาทัศนคติและปัจจัยที่มีผลต่อการบริจาคโลหิตของบุคลากรในโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาค. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2552;(3):61-170.11
13. ธนวัฒน์ ศรีชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของโลหิตที่ได้รับจากการบริจาค [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CRPHJ/article/view/215782
14. ประกายพรรณ จินดา. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะ hypotension หลังบริจาคโลหิต. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2559;1(2):29-37.
15. นงลักษณ์ ธรรมรักษ์. การพัฒนาสื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้บริจาคโลหิต [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://repository.pnru.ac.th/handle/123456789/2816
16. วิชุดา กลิ่นหอม. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2559.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of Screening Practice Guideline for Patients with Chronic obstructive pulmonary (COPD), Out Patient Department, Roi Et Hospital

อุไรวรรณ บรรลุศาสตร์*
Uraiwan Bunlusart
Corresponding author: E-mail; Pingsauri@gmail.com
(Received: December 2, 2025; Revised: December 8, 2025; Accepted: January 5, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (2) พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองฯ และ (3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย COPD กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (R&D) นี้ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม – พฤศจิกายน 2568 โดยใช้กรอบแนวคิด Soukup EBP Model 4 ขั้นตอน ในระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลได้ประยุกต์ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 10 ราย และ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวปฏิบัติการคัดกรอง 5 ขั้นตอน (IOC = 0.83) แบบวัดความรู้ (KR-20 = 0.85) แบบวัดการปฏิบัติ (α= 0.82) และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$)

ผลการวิจัย : จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรอง COPD พบว่า กระบวนการมีความแปรปรวนสูงและขาดประสิทธิภาพ โดยมีอัตราการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันในระยะเริ่มต้นเพียงร้อยละ 6.7 แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) และอ้างอิง GOLD Guideline ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก (ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงไปจนถึงการส่งต่อ Spirometry) หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จาก 15.50 เป็น 22.80 คะแนน และระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากระดับปานกลาง (Mean= 2.50) เป็นระดับมากที่สุด (Mean= 4.20) ที่สำคัญที่สุดคือ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจ Spirometry เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 โดยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด (Mean= 4.62)

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงใน การยกระดับความรู้ทักษะการปฏิบัติ และลดความแปรปรวนในการทำงานของพยาบาล โดยส่งผลให้เพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในระยะเริ่มต้นได้อย่างชัดเจน เสนอแนะคือควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลและขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นเพื่อธำรงรักษามาตรฐานการดูแล

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; การคัดกรองผู้ป่วย; แนวปฏิบัติการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To (1) study the problematic situation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) screening, (2) develop a screening practice guideline, and (3) examine the outcomes of using the developed guideline in the Outpatient Department (OPD) of Roi Et Hospital.

Study design : Research and Development (R&D).

Material and Methods : This Research and Development (R&D) study was conducted from March to November 2025, utilizing the Soukup EBP Model. For the implementation and evaluation phase, a One Group Pre-test Post-test Design was applied. The participants consisted of 10 Registered Nurses and 30 at-risk patients. Key instruments included the 5-step screening guideline (IOC = 0.83), a knowledge assessment tool (KR-20 = 0.85), a practice assessment tool (alpha = 0.82), h and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test to compare the difference in mean scores for knowledge and practice before and after implementation (significance level set at $p < .05$).

Main finding : The initial problem assessment revealed high practice variation and low efficiency in COPD screening, evidenced by a baseline Spirometry referral rate of only 6.7%. The guideline, developed based on EBP and GOLD Guideline, achieved an IOC of 0.83, comprising 5 core steps (from risk screening to Spirometry referral). Post-implementation, nurses' knowledge significantly increased ($p < .001$) from 15.50 to 22.80, and practice level significantly improved ($p < .001$) from moderate (Mean = 2.50) to the highest level (Mean = 4.20). Crucially, the rate of referral for Spirometry significantly increased from 6.7% to 40.0%. Overall satisfaction was at the highest level (Mean = 4.62).

Conclusion and recommendations : The developed COPD screening practice guideline is highly effective in improving nurses' knowledge, practice skills, and reducing practice variation. It successfully and significantly increased the detection rate of at-risk patients, facilitating earlier diagnosis. It is recommended that this guideline be integrated as a core competency for OPD nurses and expanded to other relevant units.

Keyword : Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Screening Practice Guideline; Nursing Practice Guideline

*Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 235 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2019 โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.23 ล้านคน[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2564 อัตราป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนสูงถึง 386.17, 336.24 และ 273.41 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับที่ 8 ของประเทศ นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย[2]

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ หมอกควัน หรือฝุ่นละออง การรับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Readmission) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาที่สำคัญ เนื่องจากอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation) เป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาซ้ำ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น[3]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยในจุดบริการต่างๆ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลภายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในช่วงปีงบประมาณที่ผ่านมา พบว่า อัตราผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (Readmission Rate) สูงถึงร้อยละ 15.00 และจากการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลในจุดคัดกรอง พบว่า ร้อยละของการปฏิบัติการคัดกรองที่สอดคล้องกับมาตรฐานเดิมมีเพียงร้อยละ 43.33 เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแปรผันในการปฏิบัติงาน (Practice Variation) และอาจส่งผลต่ออัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าซึ่งอยู่ในระดับร้อยละ 17.50[4]

ดังนั้นปัญหาดังกล่าวจึงชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่ากระบวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Guideline) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ และนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติ และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2568 – พฤศจิกายน 2568 โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของซูคัพ (Soukup)[5] 4 ขั้นตอน เป็นแนวทางหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-Triggered Phase) ขั้นที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Evidence-Supported Phase) ขั้นตอนที่ 3 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based Phase) และขั้นที่ 4 การประเมินผล (Evaluation/Maintenance Phase)

ในขั้นตอนที่ 3 และ 4 (ระยะการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล และใช้การเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงประวัติ (Historical Comparison) สำหรับผลลัพธ์ในผู้ป่วยก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษา

ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่างเดือนตุลาคม 2568 - พฤศจิกายน 2568 จำนวน 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และพยาบาลวิชาชีพ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยและห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง และแผนกฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายสถานที่ทำงาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

2. กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม 2568 - พฤศจิกายน 2568 (สำหรับผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ) การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณตามสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติของ Heinisch[6] โดยอ้างอิงงานวิจัยของหนูกาญจน์ แผงเมืองคุก และคณะ[7] คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ 95% (Alpha= 0.05, Beta= 0.05, ค่า เท่ากับ 1.96, = 1.645) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 30 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรองที่มีอาการสงสัย COPD อย่างน้อย 1 อาการ (เช่น ไอเรื้อรัง หายใจลำบาก) ไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะมาก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด เหนื่อยง่าย และแน่นหน้าอก มีสติสัมปชัญญะ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีกระบวนการคัดเลือกตัวอย่างโดยดำเนินการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติการคัดเข้าและคัดออก หลังจากได้รับอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) จากอาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The Screening Practice Guideline) ซึ่งพัฒนาตามขั้นตอนของ Soukup EBP Model[5] โดยการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จาก Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Guideline[8] และแนวทางของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย[9] ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก และใช้เครื่องมือคัดกรองที่ใช้งานง่าย (COPD-R 4 Questions) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.83) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง COPD แบบเลือกตอบ 25 ข้อ (คะแนนเต็ม 25) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย KR-20 (กลุ่มนำร่อง) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 2) แบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลฯ เป็นแบบประเมินตนเอง/สังเกต 2 ตัวเลือก (ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ) นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) Cronbach's Alpha (กลุ่มนำร่อง) และ Inter-Rater Reliability (IRR) (Cohen's Kappa) ได้ค่า alpha = 0.82 ; IRR = 0.60 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ (พยาบาล) เป็นแบบคำตอบให้เลือกมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย Cronbach's Alpha (กลุ่มนำร่อง) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มนำร่องและได้ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ และ 5) แบบบันทึกผลการคัดกรองผู้ป่วยเป็นบันทึกผลการคัดกรองและการส่งต่อ Spirometry ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (โดยผู้ทรงคุณวุฒิ) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มนำร่อง และได้ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยดำเนินการ

ตามกรอบแนวคิด Soukup 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) (มีนาคม - มิถุนายน 2568) จากปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) เป็นการระบุปัญหา ศึกษาปัญหาสถานการณ์การคัดกรอง COPD ในปัจจุบันของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการสัมภาษณ์พยาบาลและการวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียน พบว่ากระบวนการมีความแปรปรวนและขาดประสิทธิภาพ (อัตราการส่งต่อเพื่อตรวจ Spirometry ต่ำ) และจากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) ด้วยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ สืบหาหลักฐานที่น่าเชื่อถือ (ตีพิมพ์ไม่เกิน 5 ปี) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (เช่น Thai LIS, PubMed, Google Scholar) โดยใช้กรอบ PICO เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2: การพัฒนาแนวปฏิบัติ (กรกฎาคม - กันยายน 2568) เป็นการร่างแนวปฏิบัติด้วยการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จาก GOLD Guideline และแนวทางของไทยเพื่อ 1) จัดทำร่างแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย COPD จำนวน 5 ขั้นตอน และทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC = 0.83 และ 2) จัดทำเครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นการจัดทำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (แบบวัดความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ) และนำไปตรวจสอบความตรง และความเชื่อมั่นตามรายละเอียดในข้อเครื่องมือการวิจัยและการหาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3: ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (11 ตุลาคม - ต้นพฤศจิกายน 2568) ประกอบด้วย 1) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยการประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล (n=10) ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และเก็บข้อมูลอัตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (n=30) ในช่วงเดือนกันยายน 2568 (Baseline/Historical data) 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยอบรมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และประกาศใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองฯ เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติรูปแบบเดียวกัน และ 3) การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย 30 ราย และพยาบาล 10 ราย) และรวบรวมข้อมูลความรู้ การปฏิบัติ และผลลัพธ์ในผู้ป่วย (อัตราการส่งต่อ Spirometry) รวมถึงประเมินความพึงพอใจ

ขั้นตอนที่ 4: การประเมินผล (ปลายเดือนพฤศจิกายน 2568) เป็นการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของพยาบาลและผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percent), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้ การปฏิบัติและความพึงพอใจ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติงาน และคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 162/2568 รับรองวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2568 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์เริ่มต้นหลังจากได้รับใบรับรองจริยธรรมแล้วเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยการบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยจากการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่า กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ณ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ยังขาดประสิทธิภาพและมีความแปรปรวนสูง ซึ่งสะท้อนจากข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น อัตราการรับไว้รักษาซ้ำที่สูง และร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเดิมอยู่ในระดับต่ำ[4] ปัญหานี้มีรากฐานมาจากหลายปัจจัยสำคัญได้แก่ ปัญหาด้านผู้ป่วยและอุปสรรคในการตรวจ, ปัญหาด้านบุคลากรและสถานที่ทำงาน (ภาระงานสูง ขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน), และปัญหาด้านระบบและทรัพยากร (การคัดกรองไม่ถูกบูรณาการ ขาดระบบส่งต่อที่รวดเร็ว) รายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาด้านผู้ป่วยและอุปสรรคในการตรวจ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ขาดความตระหนักรู้ ถึงอาการเริ่มต้นของ COPD เช่น ไอเรื้อรัง/เหนื่อยง่าย โดยมักเข้าใจผิดว่าเป็นอาการปกติของวัยชรา หรือปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง (การสูบบุหรี่) ทำให้พลาดโอกาสในการคัดกรอง นอกจากนี้ ความไม่สามารถทำตามคำแนะนำการตรวจ Peak Flow ได้อย่างถูกต้องในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผลคัดกรองคลาดเคลื่อน และข้อจำกัดส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจและการเดินทางก็เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

2. ปัญหาด้านบุคลากรและสถานที่ทำงาน บุคลากรพยาบาลใน OPD มี ภาระงานสูงมาก จากการดูแลผู้ป่วยหลากหลายโรค ทำให้มีเวลาจำกัดในการคัดกรอง COPD ที่ต้องใช้ความละเอียด ขณะที่บุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน ในการใช้เครื่องมือและการแปลผลเบื้องต้น ด้านสถานที่ พื้นที่การซักประวัติและการตรวจ Peak Flow ขาดความเป็นส่วนตัวและเงียบสงบ ส่งผลต่อการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยและความแม่นยำของการตรวจ

3. ปัญหาด้านระบบและทรัพยากร การคัดกรอง COPD ยังไม่ถูกบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคัดกรองด่านหน้าอย่างชัดเจนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากหลุดรอดไป และเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัย COPD แล้ว ยังขาดระบบการติดตามและส่งต่อที่รวดเร็ว ไปยังการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วย Spirometry ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ท้ายที่สุดข้อจำกัดด้านงบประมาณยังเป็นอุปสรรคต่อการจัดหาเครื่องมือและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

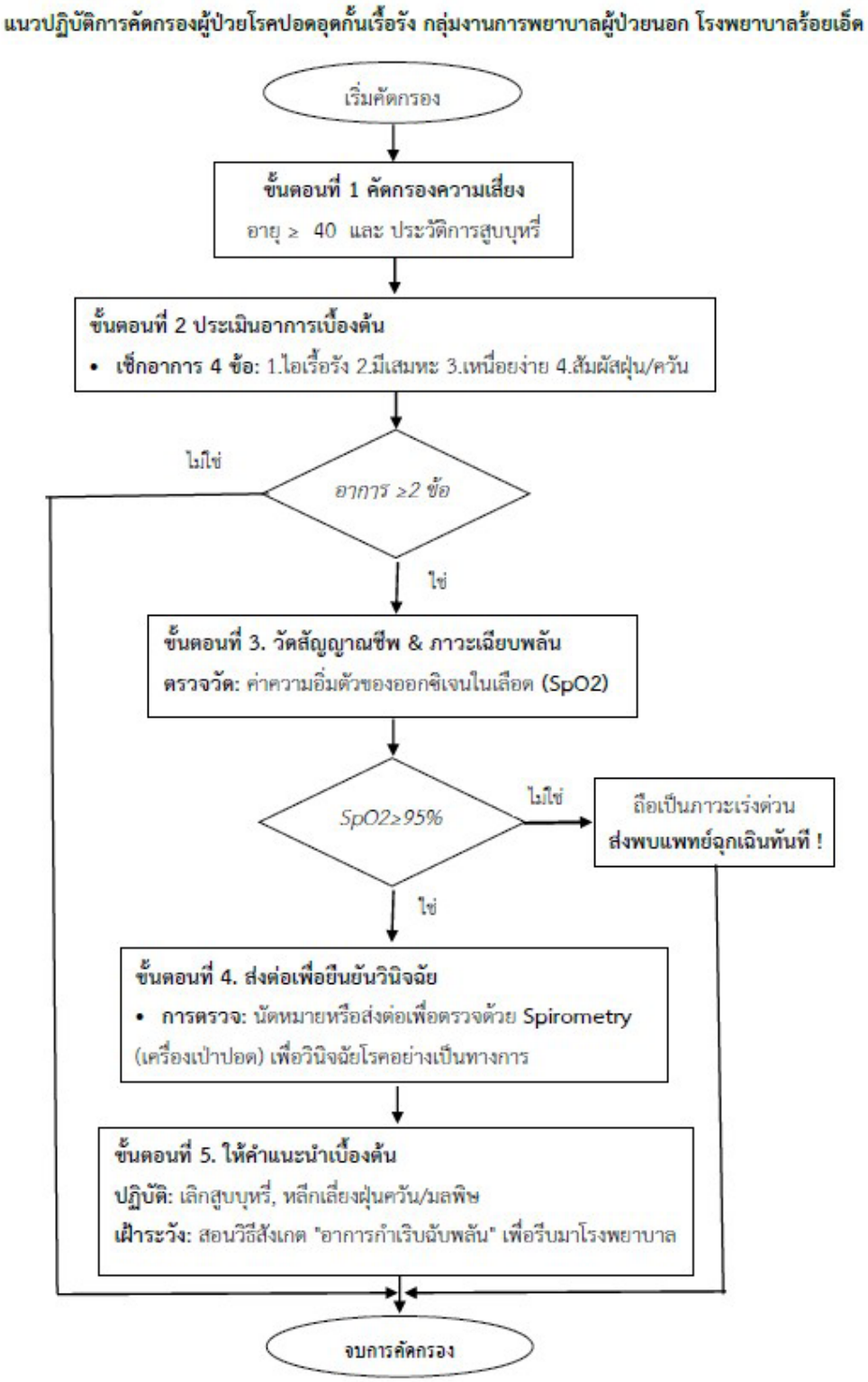
โดยสรุปสถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน เพื่อลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงานและเพิ่มโอกาสในการค้นพบโรค COPD ในระยะเริ่มต้น

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลงานวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-2 ของ Soukup EBP Model (การค้นหาปัญหาและการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์)[5] โดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์[8-9] เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติฉบับร่างที่เน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและอาการเริ่มต้น และได้นำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป) นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง จากนั้นนำไปทดลองใช้และนำมาปรับปรุงและสรุปแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฉบับสมบูรณ์ที่จะใช้ในการทดลอง ซึ่งผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพในจุดคัดกรอง/

จุดซักประวัติ โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย คือ ผู้ที่มารับบริการที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ คือ อายุ 40 ปีขึ้นไป และ/หรือ มีประวัติการสูบบุหรี่ (ปัจจุบันหรือเคยสูบ) ซึ่งสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ (5 ขั้นตอน) ได้แก่ 1) การคัดกรองความเสี่ยง: คัดกรองจากเกณฑ์อายุ และประวัติการสูบบุหรี่ 2) การประเมินอาการเบื้องต้น: สอบถามอาการหลัก 4 ข้อ (ไอเรื้อรัง, มีเสมหะ, เหนื่อยง่าย, สัมผัสฝุ่น/ควัน) หากตอบ “ใช่” 2 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีอาการเข้าได้กับ COPD 3) การวัดสัญญาณชีพและประเมินภาวะเฉียบพลัน: เน้นการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2) หาก SpO2 < 95% ถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องแจ้งแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน 4) การส่งต่อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย: หากไม่มีภาวะเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับ COPD จะถูกส่งต่อ/นัดหมายเพื่อตรวจยืนยันด้วย Spirometry และ 5) การให้คำแนะนำเบื้องต้น: แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และสังเกตอาการกำเริบฉับพลัน

โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีใน 3 มิติ ได้แก่: 1) พยาบาลมีความรู้และระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐาน (KPI ≥ 80% และ 90% ตามลำดับ) 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นพบและส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยได้ทันเวลา (อัตราการส่งตรวจ Spirometry เพิ่มขึ้น) และลดอัตราการรับไว้รักษาซ้ำ (Readmission Rate) ของผู้ป่วย COPD ในระยะยาว และ 3) ต่อองค์กร คือ ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และทำให้การคัดกรองมีความเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งกลุ่มงาน แสดงดังภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



แผนภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วย (n=30) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.00) มีอายุเฉลี่ย 59.96 ปี (SD .= 16.69) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.00) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.30) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.70) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 63.30) และไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด (ร้อยละ 66.70)

ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ n=10) เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) มีอายุเฉลี่ย 37.90 ปี (SD. = 8.52) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.00) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 90.00) และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.00 ปี (SD. = 6.68)

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาบุคลากร โดยสามารถยกระดับทั้ง ความรู้ และ ทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยหลังการนำแนวปฏิบัติการคัดกรอง COPD มาใช้ ทำให้พยาบาลมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลเพิ่มขึ้น 7.30 คะแนน (95% CI: 5.48, 9.12) เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น 1.70 คะแนน (95% CI: 1.34, 2.06) แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง COPD ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=10)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับ COPD					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	15.50 (2.12)	7.30	(5.48, 9.12)	< .001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	22.80 (1.85)			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=10)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	2.50 (0.45)	1.70	(1.34, 2.06)	< .001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	4.20 (0.32)			

3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55, SD. = 0.25) โดยเฉพาะในด้านความชัดเจนของขั้นตอนการปฏิบัติ และการใช้งานง่าย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ (n=10)

ลำดับ	รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1	**ด้านความชัดเจนของเนื้อหา**	**4.60(0.45)**	**มากที่สุด**
	1.1 ความถูกต้องของข้อมูลตามหลักฐานเชิงประจักษ์	4.65(0.35)	มากที่สุด
	1.2 ความครบถ้วนของขั้นตอนการคัดกรอง	4.55(0.40)	มากที่สุด
2	**ด้านความเป็นประโยชน์และความสอดคล้องกับการปฏิบัติ**	**4.75(0.30)**	**มากที่สุด**
	2.1 ความสอดคล้องกับปัญหา COPD ในบริบทของโรงพยาบาล	4.80(0.25)	มากที่สุด
	2.2 การนำไปใช้ได้จริงในจุดคัดกรองผู้ป่วยนอก	4.70(0.35)	มากที่สุด
3	**ด้านการใช้งานง่าย (Usability)**	**4.50(0.40)**	**มากที่สุด**
	3.1 รูปแบบการนำเสนอแนวปฏิบัติที่อ่านและเข้าใจง่าย	4.45(0.45)	มากที่สุด
	3.2 ใช้เวลาในการปฏิบัติไม่นานเกินไป	4.55(0.38)	มากที่สุด
รวม	**ความพึงพอใจโดยรวม**	**4.62(0.35)**	**มากที่สุด**

4. ผลการคัดกรองผู้ป่วยด้วยแนวปฏิบัติฯ

จากการนำแนวปฏิบัติการคัดกรองไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 ราย ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว พบว่า มีผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก (Positive Screen) และต้องได้รับการส่งตรวจสมรรถภาพปอดต่อไป ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวปฏิบัติ (n=30)

ผลการคัดกรอง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ	การดำเนินการต่อไป
เป็นบวก (Positive Screen)	12	40.0	ส่งตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย
เป็นลบ (Negative Screen)	18	60.0	แนะนำการปฏิบัติตัวทั่วไป
รวม	**30**	**100.0**	

และจากการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 ราย ในช่วงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามีอัตราการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายต้องส่งตรวจยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการค้นหากลุ่มเสี่ยงในระยะเริ่มต้น ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n=30/ช่วงเวลา)

รายการเปรียบเทียบ	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (Baseline)	หลังการใช้แนวปฏิบัติ (Post-Intervention)	ผลต่างของการเปลี่ยนแปลง
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง (ราย)	30	30	-
2. ผลคัดกรองเป็นบวก (Positive Screen)	2 ราย	12 ราย	เพิ่มขึ้น 10 ราย
3. ร้อยละที่ส่งต่อเพื่อตรวจ Spirometry	6.7%	40.0%	เพิ่มขึ้น 33.3%

วิจารณ์

การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์ โดยได้แนวปฏิบัติที่ผ่านการรับรองความตรงเชิงเนื้อหาและมีประสิทธิภาพสูงในการยกระดับความรู้และทักษะ การปฏิบัติของพยาบาล รวมถึงเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการอภิปรายแบ่งตามวัตถุประสงค์หลัก ดังนี้

1. การอภิปรายผลสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า ปัญหาหลักของการคัดกรองผู้ป่วย COPD ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คือ ความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน (Practice Variation) และการวินิจฉัยล่าช้า โดยมีรากฐานมาจากสามด้านหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านผู้ป่วย (ขาดความตระหนักรู้ ปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง) ปัญหาด้านบุคลากร (ภาระงานสูง ขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน) และปัญหาด้านระบบ (การคัดกรองไม่ถูกบูรณาการอย่างชัดเจน ขาดระบบส่งต่อที่รวดเร็ว) โดยที่ปัญหาความแปรปรวนในการปฏิบัติงานของพยาบาลนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลุดรอดจากการคัดกรอง ซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัยล่าช้าและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เช่น อัตราการรับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษา เอี่ยมลออ และคณะ[3] ที่ชี้ให้เห็นว่าการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้นผลการศึกษาจึงยืนยันความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและบูรณาการอย่างเป็นระบบเพื่อแก้ไขปัญหาโครงสร้างที่ซับซ้อนเหล่านี้ และสอดคล้องกับหลักการที่ระบุว่า การจัดการโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนจำเป็นต้องมีการยกระดับทั้งความสามารถของบุคลากร และการปรับปรุงระบบ[10]

2. การอภิปรายผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) สูงถึง 0.83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงให้เห็นว่าเนื้อหามีความเหมาะสม สอดคล้อง และเป็นตัวแทนของแนวคิดการคัดกรอง COPD ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ความสมบูรณ์ของแนวปฏิบัตินี้เป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของ Soukup EBP Model[5] โดยเน้นการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Best Evidence) จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เช่นนี้เป็นการดำเนินการอย่างเป็นระบบนี้ จึงทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือทางวิชาการและเป็นไปตามมาตรฐานสากล[8] การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพเหล่านี้ทำให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ชัดเจน 5 ขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงไปจนถึงการส่งต่อ Spirometry ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาความแปรปรวนในการปฏิบัติงานที่พบในขั้นตอนแรกของการวิจัยได้อย่างตรงจุดและมีมาตรฐานสอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565 ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย[9] และสอดคล้องกับงานวิจัยทางการพยาบาลที่เน้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[7,11,12]

อภิปรายผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลลัพธ์ด้านความรู้ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.55$, $p < .001$) โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.50 คะแนน เป็น 22.80 คะแนน (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($t = 15.45$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากระดับ ปานกลาง (Mean= 2.50) ไปสู่ระดับมากที่สุด (Mean= 4.20) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติเป็นผลมาจากการที่แนวปฏิบัติได้ถูกนำไปถ่ายทอดในรูปของ “ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge)” ผ่านเอกสารและขั้นตอนที่เป็นมาตรฐาน[13] ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ[14] และยังสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model: HPM) ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยเสริม “การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy)”[15] ในการปฏิบัติการคัดกรองที่ถูกต้องตามหลักการเพิ่มขึ้น[15] เมื่อความมั่นใจเพิ่มขึ้น การปฏิบัติงานที่ถูกต้องจึงมีความสม่ำเสมอมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวมสูงถึง (ตารางที่ 4) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความเป็นประโยชน์และความสอดคล้องกับการปฏิบัติ (4.75) และด้านการใช้งานง่าย (4.50) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่ถูกต้องตามวิชาการเท่านั้น แต่ยังตอบโจทย์การใช้งานในบริบทจริง ทั้งนี้การที่พยาบาลยอมรับและพึงพอใจต่อแนวทางใหม่นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างยั่งยืนในระยะต่อไป สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่เจตคติเชิงบวกของผู้ปฏิบัติงานเป็นแรงผลักดันที่สำคัญสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ[16]

ผลลัพธ์ในการค้นหาผู้ป่วยซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการวิจัยครั้งนี้คือการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดของอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าข่ายต้องส่งตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (Positive Screen) โดยอัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 (ตารางที่ 6) คิดเป็นอัตราการค้นพบที่เพิ่มขึ้นถึง 33.3% ทั้งนี้การค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพอันยอดเยี่ยมของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการแก้ไขปัญหาความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และปัญหาการวินิจฉัยล่าช้าที่พบในขั้นตอนแรกของการวิจัย การที่พยาบาลมีขั้นตอนการคัดกรองที่ชัดเจนทำให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยที่เข้าข่ายอาการของ COPD ที่อาจถูกมองข้ามไปในอดีตได้มากขึ้น นอกจากนี้อัตราการคัดกรองเป็นบวกที่สูงถึงร้อยละ 40.0 (12 ราย จาก 30 ราย, ตารางที่ 5) ตอกย้ำอย่างชัดเจนว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย (Undiagnosed COPD) จำนวนมากที่เข้ามารับบริการในกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินปัญหาในระดับประเทศและระดับโลก[1] การที่แนวปฏิบัติใหม่สามารถค้นพบกลุ่มนี้ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ จึงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการวิจัยที่นำไปสู่การได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น สอดคล้องกับหลักการจัดการโรคเรื้อรังในระยะเริ่มต้น และเป็นก้าวแรกที่สำคัญในการบรรลุผลลัพธ์ทางคลินิกที่คาดหวัง คือ การลดอัตราการรับไว้รักษาซ้ำ (Readmission Rate) ในระยะยาวต่อไป

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้

มีจุดเด่นที่สำคัญที่สุดคือประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active Case Finding) ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (Positive Screen) ได้อย่างก้าวกระโดดจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงขีดความสามารถและลดปัญหาการวินิจฉัยล่าช้า (Delayed Diagnosis) ได้อย่างเป็นรูปธรรม ช่วยให้ผู้ป่วยที่ตกหล่นอยู่ในระบบ (Undiagnosed COPD) ได้มีโอกาสเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การที่พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ยังเป็นหลักฐานยืนยันว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับมาตรฐานสากลในการจัดการโรคเรื้อรังระยะเริ่มต้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Readmission Rate) ในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะของหน่วยงานผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงหน่วยงานอื่นที่มีทรัพยากรหรือบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ในระยะสั้นด้านกระบวนการและทักษะของบุคลากรเป็นหลัก ยังไม่ได้มีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และประการสุดท้าย คือความสำเร็จของระบบยังคงต้องพึ่งพาปัจจัยสนับสนุนภายนอก โดยเฉพาะขีดความสามารถในการรองรับการตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) ของโรงพยาบาล ซึ่งหากมีการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมากตามประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ อาจส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในขั้นตอนการยืนยันการวินิจฉัยได้ จึงควรมีการวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรส่วนนี้ควบคู่กันไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรมีการกำหนดให้แนวปฏิบัติการคัดกรองฯ นี้เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะหลัก (Core Competency) สำหรับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และต้องมีการทบทวนการปฏิบัติงาน (Audit) อย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 6 เดือน) เพื่อธำรงรักษามาตรฐานไว้

1.2 ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีการคัดกรองผู้ป่วย COPD เช่น ห้องฉุกเฉิน หรือคลินิกโรคเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษา ผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว ที่เป็นรูปธรรมและวัดได้ เช่น การลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย (Readmission Rate) ภายใน 1 ปี หรือการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษา ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ของการใช้แนวปฏิบัตินี้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อองค์กรและระบบสาธารณสุขโดยรวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.พว. มะลิวรรณ อังคณิตย์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและช่วยชี้แนะให้รายงานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการจริยธรรมฯ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease#tab=tab_1
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy

3. อุษา เอี่ยมลออ, สุกัญญา ศรีทิพยมาศ, สุวรรณี วงศ์ศิริ, อัจฉราภรณ์ จันทร์สว่าง, เกศแก้ว ชนะชัย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(2):240-52.
4. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติบริการคลินิก COPD กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ปี 2568. ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2568.
5. Soukup M. The four-step model for evidence-based practice: an effective approach to integrating evidence into clinical practice. J Evid Based Med. 2008;1(4):263–8.
6. Heinisch R. Study on Sample Size Calculation. German J Psychol. 1965.
7. หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก, อิ๋น วงษ์เคน, คณรัตน์ เดโฟเซซ์. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):50-60.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (GOLD) Guideline [Internet]. 2524 [cited 2025 Nev 14]. Available from: https://goldcopd.org/gold-reports/
9. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2565.
10. จิรศักดิ์ คามจังหาร, ชลิตา อ่อนพวง, กฤติกา อินทรักษา, มนสิชา จันทร์คำ, ชัชรีย์ แก้ววิเชียร. ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวิถีใหม่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(3):123-30.
11. รักชนก ถวิลการ, อัษฎาวุธ สอนพรม, อดิศร อุดรทักษ์. การพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):88-96.
12. ธมภร โพธิรุด, จิรพันธ์ อินทรศักดิ์, กัญชริญา ส่องสี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):77-85.
13. วิจารณ์ พานิช. การจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม; 2546.
14. Anderson L W, Krathwohl D R, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
15. Pender N J, Murdaugh C L, Parsons M A. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2006.
16. Kemm J, Close A. Health promotion theory and practice. London: Macmillan Press; 1995.

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Development of Guideline for Providing Medical Social Work Service, Roi Et Hospital

ดวงจัน ข่าขันมะลี*
Duangchun Khakhanmalee
Corresponding author: E-mail; oscc.roiet@gmail.com
(Received: December 2, 2025; Revised: December 8, 2025; Accepted: January 5, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และ ประเมินผลการใช้การจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการระหว่างมกราคม-พฤศจิกายน 2568 เก็บข้อมูลในระยะทดลองใช้ระหว่างวันที่ 11 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสำรวจประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้าหอผู้ป่วย) 43 คน เครื่องมือที่ใช้คือ คู่มือแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (IOC = 0.91) และแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับการปฏิบัติและความพึงพอใจ (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's α รวม 0.80) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน (Independent t-test) และเปรียบเทียบก่อน-หลัง (Paired t-test)

ผลการวิจัย : พบช่องว่างเชิงระบบหลัก 3 ประการคือ การส่งต่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน การบันทึกข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และปัญหาการประสานงานนอกเวลา ("Holiday Contact Gap") แนวทาง REH-MSW Model ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก (การคัดกรอง, มาตรฐาน SOPs 5 ขั้นตอน, การบันทึกและการสื่อสาร, การประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง) หลังการใช้แนวทางพบว่า ผลลัพธ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t-test, $p<.001$) โดยอัตราการใช้เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐานเพิ่มเป็นร้อยละ 92 อัตราความสำเร็จในการติดต่อเคสฉุกเฉินวันหยุดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาทางสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 88 คะแนนความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย/ญาติอยู่ที่ 4.70/5.00 และความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวทางฯ อยู่ในระดับสูงมากถึงสูงที่สุด (Mean> 4.60)

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวทาง REH-MSW Model ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการเป็น "สะพานเชื่อม" และแก้ไขปัญหาช่องว่างเชิงระบบ ส่งผลให้คุณภาพการบริการและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจึงควรประกาศใช้แนวทางฯ เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ทันที และบูรณาการเข้าสู่ระบบ EMR/HIS เพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ : งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์; แนวทางปฏิบัติ; การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ; โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : This developmental research aimed to study the problems of medical social work service provision, develop the Medical Social Work Service Guideline (REH-MSW Model), and evaluate the guideline's implementation at Roi Et Hospital.

Study design : The study was conducted using a developmental research design.

Material and Methods : The study was conducted from January to November 2025, with data collection during the pilot phase occurring between September 11 and November 30, 2025. Purposive and total population sampling was used to select 5 medical social workers and 43 professional nurses (ward supervisors). Instruments included the REH-MSW Model Guideline (IOC = 0.91) and a practice/satisfaction questionnaire (Cronbach's α of 0.80 overall). Data analysis utilized descriptive statistics, Independent t-test, and Paired t-test.

Main finding : Three major systemic gaps were identified: non-standard referrals, incomplete documentation, and the "Holiday Contact Gap". The developed REH-MSW Model has 4 core components (screening, 5-step SOPs, standardized documentation, and continuous coordination). Post-intervention results (Paired t-test, $p<.001$) showed statistically significant improvements: standard referral form usage rate reached 92% [303], emergency contact success was 95%, and social problem resolution success increased to 88%. Overall patient/relative satisfaction scored 4.70/5.00, and staff satisfaction with the guideline was High to Highest (Mean > 4.60).

Conclusion and recommendations : The REH-MSW Model successfully served as a "bridge" and resolved critical systemic gaps, leading to significant improvements in service quality and patient outcomes. It is recommended that the guideline be immediately adopted as a Standard Operating Procedure (SOP) and integrated into the EMR/HIS system for long-term sustainability.

Keywords : Medical Social Work; Guideline; Interprofessional Collaboration; Roi Et Hospital

*Senior Professional Social Worker, Social Work Department, Roi Et Hospital.

บทนำ

บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Work: MSW) ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล[1] การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการลดความเครียด ความวิตกกังวล การจัดการปัญหาทางการเงิน และการส่งเสริมการปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการรักษาและความยั่งยืนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวได้

ในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมให้มีการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล[1] อย่างไรก็ตามแนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานการให้บริการยังมีความหลากหลาย และแตกต่างกันไปในแต่ละสถานพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับภูมิภาค เช่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบและชัดเจนอย่างเต็มศักยภาพ[2]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าโรงพยาบาลมีปริมาณงานสูง ในปี พ.ศ.2567 มีผู้รับบริการรวม 3,587 ราย โดยมีปัญหาหลักที่ต้องเผชิญ คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (1,956 ราย) และและปัญหาความสัมพันธ์/ความแตกแยกในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างยิ่ง[2] ทว่าการดำเนินงานที่ผ่านมายังเผชิญกับความท้าทายเชิงระบบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งต่อ: การส่งปรึกษาผู้ป่วยในที่มีปัญหาทางสังคมยังไม่เป็นระบบและขาดความชัดเจน 2) ปัญหาด้านข้อมูลและการสื่อสาร: การบันทึกข้อมูลทางสังคมในแฟ้มประวัติการรักษาไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ทำให้การสื่อสารระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับทีมสหวิชาชีพ (แพทย์/พยาบาล) ขาดประสิทธิภาพ 3) ข้อจำกัดด้านสิ่งอำนวยความสะดวก: สถานที่คุยกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไม่เป็นส่วนตัว ส่งผลต่อการรักษาความลับของผู้ป่วยและคุณภาพการบำบัด และ 4) ช่องว่างในการดูแลต่อเนื่อง: การติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสลับซับซ้อนต้องใช้ระยะเวลาการประสานงานนานและไม่ต่อเนื่อง การขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทีมสหวิชาชีพดังกล่าวย่อมนำไปสู่การทำงานที่ไม่เป็นระบบ[1-2] การใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม และอาจพลาดโอกาสในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ต้องการอย่างแท้จริง ซึ่งสาเหตุของปัญหาเกิดจากระบบงานเดิมขาดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ การบันทึกข้อมูลทางสังคมไม่ต่อเนื่องส่งผลให้การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีช่องว่างในการประสานงานดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะในช่วงวันหยุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล[3]

ด้วยเหตุนี้การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดความซ้ำซ้อน และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ[4] เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง ทันท่วงที และต่อเนื่องจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งผลการวิจัยนี้ยังสามารถนำไปเป็นต้นแบบ (Best Practice) สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ในระดับภูมิภาคที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และ ประเมินผลการใช้การจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนา

และประเมินแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤศจิกายน 2568 โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลในระยะทดลองใช้ระหว่างวันที่ 11 กันยายน ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และการสำรวจประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling/ Census) เพื่อให้ได้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ปฏิบัติงานหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการใช้แนวทางปฏิบัติมาเป็นผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ จำนวน 5 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และ 2) พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้าหอผู้ป่วย) จำนวน 43 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2) เป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัย คือ คู่มือแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการการวิเคราะห์ปัญหาจริงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เข้ากับมาตรฐานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์และหลักการดูแลแบบองค์รวม คู่มือนี้เน้นกระบวนการหลัก 5 ขั้นตอน สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ และแนวทางการคัดกรอง/ส่งต่อสำหรับพยาบาล ซึ่งทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.91)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มาตรฐานวิชาชีพ และวิเคราะห์บริบทของปัญหาการดำเนินงานจริง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ (ตั้งแต่ ปฏิบัติ/พึงพอใจ น้อยที่สุด 1 คะแนน ถึง ปฏิบัติ/พึงพอใจ มากที่สุด 5 คะแนน) สำหรับส่วนที่ 2, 3 และ 4 ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 8 ข้อ): สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2: ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (จำนวน 27 ข้อ): เนื้อหาครอบคลุมขั้นตอนและกระบวนการหลักในการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 5 ด้าน ได้แก่ การแสวงหาข้อเท็จจริง, การประเมินและวินิจฉัยทางสังคม, การวางแผนแนวทางการช่วยเหลือ, การจัดบริการสังคมสงเคราะห์, และการติดตามและประเมินผล

ส่วนที่ 3: ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาลในหอผู้ป่วย (จำนวน 6 ข้อ): เนื้อหาเน้นการประเมินการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม การส่งต่อ และการประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์

ส่วนที่ 4: แบบประเมินความพึงพอใจ (จำนวน 8 ข้อ): ประเมินความพึงพอใจของบุคลากร (พยาบาล/นักสังคมสงเคราะห์) ต่อการใช้แนวทางการจัดบริการฯ ที่พัฒนาขึ้น

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย (Mean)	การปฏิบัติ	ความพึงพอใจ
4.21 – 5.00	ปฏิบัติทุกครั้งสม่ำเสมอ (มากที่สุด)	พึงพอใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (มาก)	พึงพอใจมาก
2.61 – 3.40	ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง (ปานกลาง)	พึงพอใจปานกลาง
1.81 – 2.60	ปฏิบัติน้อยครั้ง (น้อย)	พึงพอใจน้อย
1.00 – 1.80	ปฏิบัติน้อยที่สุด (น้อยที่สุด)	พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือทั้งหมดถูกนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.91 (ค่า IOC > 0.50 ถือว่าใช้ได้)

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ไปทดลองใช้ (Try-out) กับพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient, α) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 และรายด้าน ดังนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 2 (ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของนักสังคมสงเคราะห์) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.887 แบบสอบถามส่วนที่ 3 (ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาล) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.871 และแบบสอบถามส่วนที่ 4 (แบบประเมินความพึงพอใจ) ซึ่งประเมินจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.975 (ค่า α > 0.70 ถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูง) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้สูงกว่า 0.80 ทุกส่วน แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือสูงและเหมาะสมสำหรับการนำไปเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (มกราคม - 10 กันยายน 2568): ดังนี้ 1) ม.ค.-มิ.ย.: วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (ข้อมูลปี พ.ศ.2567) 2) ก.ค.-ส.ค.: พัฒนาเครื่องมือวิจัยและร่างคู่มือ REH-MSW Model โดยอ้างอิงจากมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และมาตรฐานการปฏิบัติงานคลินิกสังคมสงเคราะห์และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC) พร้อมยื่นจริยธรรมและ 3) ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งรับรองวันที่ 10 ก.ย. 68 (เลขที่ RE 155/2568) และห้ามเก็บข้อมูลก่อนวันนี้

2. ขั้นดำเนินการและทดลองใช้ (11 กันยายน - พฤศจิกายน 2568): ดังนี้ 1) ขออนุญาตและชี้แจงโครงร่างวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) 11 ก.ย. เป็นต้นไป: เริ่มชี้แจงหัวหน้าวอร์ดและชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างทันทีที่ได้รับใบรับรอง 3) นำคู่มือ REH-MSW Model ไปทดลองใช้จริงในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยและนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นระยะเวลา 1 เดือนโดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน ไปจนถึงสิ้นเดือนตุลาคม และ 4) หลังจากสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ทั้ง 4 ส่วน เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางฯดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้เครื่องมือจนเห็นผลแล้ว

3. ขั้นสรุปผล: เป็นการประมวลผลข้อมูลที่ได้จาก

แบบสอบถามออนไลน์ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test ตามที่ระบุไว้ เพื่อให้งานวิจัยเสร็จสิ้นทันกรอบเวลาพฤศจิกายน 2568 จากนั้นนำมาสรุปประเมินผล และปรับปรุงแนวทางฯ ให้มีความสมบูรณ์ก่อนดำเนินการประกาศใช้และเผยแพร่ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีสถิติที่ใช้ดังนี้:

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับการปฏิบัติงาน

2. สถิติอนุมาน ใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการปฏิบัติงานและความพึงพอใจระหว่างกลุ่มวิชาชีพ (พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (เลขที่ RE 155/2568 รับรองวันที่ 10 กันยายน 2568) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด โดยให้ข้อมูลและขอความยินยอมอย่างสมัครใจจากผู้ร่วมวิจัย (Informed Consent) และรับรองการพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล และการให้สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัยในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย 3 ประการ โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับขั้นตอนของการวิจัย ได้แก่

1. สภาพปัญหาการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าสภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ สามารถแบ่งออกเป็นประเด็นหลักๆ ได้ดังนี้

1.1 สภาพปัญหาและอุปสรรคในภาพรวมของการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์พบว่าปัญหาหลักในการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม โดยใน**ด้านโครงสร้างและบุคลากร**นั้นประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรและนักสังคมสงเคราะห์เฉพาะทางอย่างชัดเจน รวมถึงการขาดมาตรฐานการปฏิบัติงานเฉพาะกิจ และความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับการส่งเสริมอย่างเต็มที่ ในขณะที่**ด้านสถานที่และทรัพยากร**มีปัญหาสำคัญคือสถานที่ให้คำปรึกษาขาดความเป็นส่วนตัว ทรัพยากรและงบประมาณมีจำกัด ตลอดจนการขาดแคลนสถานสงเคราะห์หรือที่พักพิง ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยไร้ที่พึ่งเกิดความล่าช้าอย่างมาก สำหรับ**ด้านการดำเนินงานและผู้ป่วย** พบว่าปัญหาสังคมมีความซับซ้อนสูง เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและสิทธิการรักษา ขณะที่ข้อมูลผู้ป่วยแรกเข้ายังไม่ชัดเจน และแนวทางปฏิบัติงานยังไม่เป็นระบบเดียวกันในบางพื้นที่ และสุดท้าย **ด้านนักสังคมสงเคราะห์เอง** พบว่า บุคลากรกลุ่มนี้มีความเครียดสูง โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุงานน้อย และกิจกรรมเสริมสุขที่จัดขึ้นยังไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

1.2 สภาพปัญหาและสถานการณ์เฉพาะ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

พบว่า การจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี พ.ศ.2568 พบว่ามีภาระงานที่สูง โดยมีผู้มารับบริการรวม 3,015 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก (1,812 ราย) และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดพึ่งพาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2,736 ราย) รวมถึงมีอาชีพที่มีรายได้ไม่มั่นคง เช่น ทำนา/เกษตรกรรม และรับจ้าง ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการความช่วยเหลือด้านสังคมและสวัสดิการในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ในด้านการดำเนินงานเชิงคุณภาพกลับพบปัญหาและช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่

ปัญหาเชิงระบบและการส่งต่อ คือการส่งปรึกษาผู้ป่วยในขาดระบบมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการบันทึกข้อมูลทางสังคมในแฟ้มประวัติไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ทำให้การสื่อสารในทีมสหวิชาชีพไม่มีประสิทธิภาพ **ปัญหาด้านการประสานงาน** พบปัญหาสำคัญคือ “วันหยุดติดต่อยาก” (Holiday Contact Gap) และทีมสหวิชาชีพยังขาดความเข้าใจในเกณฑ์การส่งปรึกษา ซึ่งอาจทำให้พลาดการช่วยเหลือเคสวิกฤต และสุดท้าย **ปัญหาด้านสถานที่และจริยธรรม** คือการขาดสถานที่ให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัวในหอผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรักษาความลับและคุณภาพของการบำบัดรักษา

2. แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

ผลการพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model) จากสภาพปัญหาเชิงระบบและการประสานงานที่พบ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา“แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model)” โดยมีหลักการสำคัญ คือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) การทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง (Collaboration) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence-Based Practice: EBP) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก เพื่อปิดช่องว่างของระบบเดิม คือ **องค์ประกอบที่ 1:** การพัฒนาแบบฟอร์มการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ **REH-MSS Tool** เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งปรึกษาที่ไม่เป็นระบบ องค์ประกอบที่ 1 การคัดกรองและการเข้าถึงบริการ องค์ประกอบที่ 2 การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) **5 ขั้นตอน** และเน้นการบำบัดทางสังคมเฉพาะราย (Specific Intervention) เพื่อยกระดับสู่การปฏิบัติงานที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) องค์ประกอบที่ 3 การบันทึกข้อมูลทางสังคมมาตรฐาน 4 ส่วนในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อสื่อสารให้ทีมสหวิชาชีพทราบความก้าวหน้า และองค์ประกอบที่ 4 การสร้าง **Emergency Contact Protocol** เพื่อปิดช่องว่าง “วันหยุดติดต่อยาก” (Holiday Contact Gap) เพื่อการประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

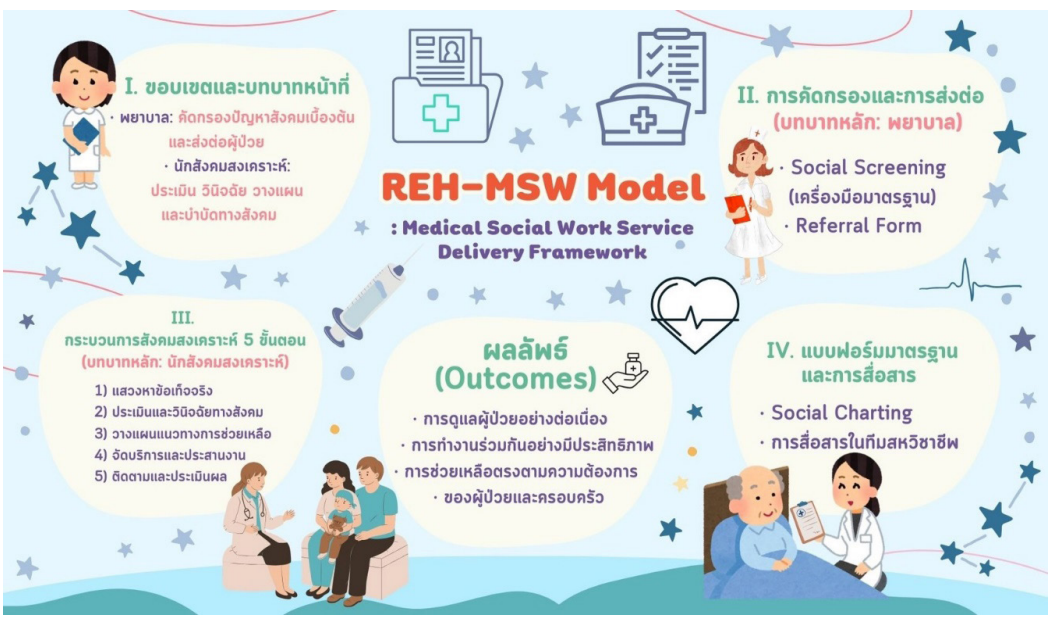
ตารางที่ 1 แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model)

องค์ประกอบหลักของแนวทางใหม่	รายละเอียดการพัฒนาที่สำคัญและสาระสำคัญ	วัตถุประสงค์หลักในการแก้ไขปัญหา
1. การคัดกรองและการเข้าถึงบริการ	พัฒนา **แบบฟอร์ม/เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐาน (REH-MSS Tool)** ที่ชัดเจน เช่น เกณฑ์ **Red Flag** สำหรับการส่งปรึกษาทันที เพื่อกำหนดให้ทีมสหวิชาชีพใช้เกณฑ์เดียวกัน	แก้ไขปัญหาการส่งปรึกษาที่ไม่เป็นระบบ ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ และลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างทีม
2. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs)	จัดทำ **SOPs 5 ขั้นตอนหลัก** (ตั้งแต่การค้นหาข้อเท็จจริงจนถึงการยุติการช่วยเหลือ) และเน้นการบำบัดทางสังคมเฉพาะราย (Specific Intervention) รวมถึงแนวทางปฏิบัติรายโรคตาม Service Plan	สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานให้ เป็นระบบและเพิ่มคุณภาพของ **การบำบัดทางสังคมเฉพาะทาง** เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีความลึกซึ้งและยั่งยืนขึ้น
3. การบันทึกและการสื่อสาร	กำหนด **รูปแบบการบันทึกข้อมูลทางสังคมที่เป็นมาตรฐาน (4 ส่วนหลัก)** ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (เช่น Social Diagnosis, Intervention Plan) พร้อมกำหนดให้มีการ **แจ้งผลการดำเนินการ (Feed-back)** แก่ทีมสหวิชาชีพ	แก้ไขปัญหาการบันทึกที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพทราบความก้าวหน้าของการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักของแนวทางใหม่	รายละเอียดการพัฒนาที่สำคัญและสาระสำคัญ	วัตถุประสงค์หลักในการแก้ไขปัญหา
4. การประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง	สร้าง **Emergency Contact Protocol** สำหรับการประสานงานนอกเวลาและวันหยุด (เพื่อแก้ปัญหา Holiday Contact Gap) และจัดทำ **คู่มือการส่งต่อชุมชน** พร้อมกลไกการติดตามผลหลังจำหน่าย (Follow-up Tracking)	แก้ไขปัญหาการติดต่อยากในวันหยุด และสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย โดยปิดช่องว่างการดูแลใน **ระยะเปลี่ยนผ่าน** จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือ **REH-MSW Model** เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและชัดเจนสำหรับบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คู่มือนี้มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการที่มุ่งส่งเสริมการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นจากการกำหนด **ขอบเขตและบทบาทหน้าที่** ที่ชัดเจนระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาล เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ประการต่อมาคือการกำหนด **กระบวนการหลัก 5 ขั้นตอนสำหรับนักสังคมสงเคราะห์** (Fact-finding ถึง Follow-up) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามลำดับและมีมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ ยังได้กำหนด **แนวทางการคัดกรองและการส่งต่อสำหรับพยาบาล** พร้อมเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสังคมซับซ้อนไปยังนักสังคมสงเคราะห์ได้อย่างทันท่วงทีและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ สุดท้ายคู่มือได้จัดให้มี **แบบฟอร์มมาตรฐาน** เช่น แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางสังคม (Social Charting) และแบบฟอร์มการส่งปรึกษา (Referral Form) เพื่อให้เกิดการสื่อสารข้อมูลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องในทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น คู่มือ REH-MSW Model จึงทำหน้าที่เป็นพิมพ์เขียวที่ยกระดับการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model)

3. การประเมินผลการใช้แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ผลการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบหลังการนำแนวทาง REH-MSW Model ไปใช้ ดำเนินการใน 4 มิติหลัก โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้แนวทางและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานหลัก (พยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์) พบว่า

3.1 ผลลัพธ์เชิงเปรียบเทียบ 4 มิติ (ก่อนและหลังการใช้แนวทาง) ผลการวัดผลเชิงประสิทธิภาพและคุณภาพพบว่าแนวทาง REH-MSW Model ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้านสรุปผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ 4 มิติ ก่อนและหลังการใช้แนวทาง REH-MSW Model

ลำดับ	ตัวชี้วัดการประเมินผล (KPIs)	ก่อนใช้แนวทาง ปี 2567 (Baseline)	หลังการใช้แนวทาง ปี 2568 (Post-Intervention)	นัยยะสำคัญ
I. ประสิทธิภาพเชิงระบบ				
1.	อัตราการใช้แบบฟอร์ม/เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐาน	0%	**92%**	แสดงถึงการยอมรับและการนำเกณฑ์คัดกรองใหม่ไปใช้ในระบบงานประจำ
2.	จำนวนครั้งของการบำบัดทางสังคมเฉพาะราย	14 ครั้ง	**150 ครั้ง**	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ บ่งชี้ถึงการเพิ่มคุณภาพการบำบัดเฉพาะทาง
II. คุณภาพการประสานงาน				
3.	อัตราความสำเร็จในการติดต่อประสานงานในวันหยุด (เคสฉุกเฉิน)	ต่ำ	**95%**	ระบบการประสานงานที่ชัดเจนช่วยแก้ไขช่องว่างของระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
III. ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคม				
4.	ร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาทางสังคม	70%	**88%**	แนวทางการบำบัดที่เป็นระบบ ส่งผลให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น
IV. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ				
5.	คะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการสังคมสงเคราะห์	3.50/5.00 (พอใช้)	**4.70/5.00 (ดีมาก)**	ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือที่ตรงประเด็นและเป็นระบบมากขึ้น
6.	ร้อยละความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	55%	**90%**	แนวทางที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วย/ญาติมีความเข้าใจแนวทางการดูแลต่อที่บ้านลดความสับสน

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ จากการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นก่อนและหลังการใช้ REH-MSW Mode l ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนความคิดเห็นหลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกมิติ (ประสิทธิภาพเชิงระบบ, คุณภาพการประสานงาน, ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคม, และความพึงพอใจของผู้รับบริการ) โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) ไม่ครอบคลุมค่า 0 ซึ่งตอกย้ำถึงประสิทธิภาพ

ของแนวทางที่พัฒนาขึ้นในการยกระดับคุณภาพบริการ ในทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นก่อนและหลังการใช้ REH-MSW Model (n=48)

มิติการประเมิน	ก่อนใช้ (2567)	หลังใช้ (2568)	95%CI	p
	Mean ± SD.	Mean ± SD.		
I. ประสิทธิภาพเชิงระบบ	3.00 ± 0.50	4.60 ± 0.40	(1.42, 1.78)	< .001
II. คุณภาพการประสานงาน	3.20 ± 0.45	4.75 ± 0.35	(1.35, 1.75)	< .001
III. ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคม	3.10 ± 0.55	4.65 ± 0.42	(1.25, 1.85)	< .001
IV. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	3.50 ± 0.60	4.70 ± 0.30	(0.98, 1.42)	< .001

3.2 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจและมุมมองต่อแนวทาง REH-MSW Model (โดยบุคลากร)

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานหลัก (พยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์) ต่อแนวทาง REH-MSW Model พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับ **สูงมากถึงสูงที่สุด** (ค่าเฉลี่ยรวม > 4.60) ซึ่งยืนยันถึงการยอมรับอย่างสูงจากผู้ปฏิบัติงานจริง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจและมุมมองต่อแนวทาง REH-MSW Model (โดยบุคลากร)

ลำดับ	ตัวชี้วัดการประเมิน (KPIs)	กลุ่มเป้าหมาย	คะแนนเฉลี่ย (Mean Score)	นัยยะสำคัญเชิงกลยุทธ์
I. ความพึงพอใจโดยรวม				
1.	ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวทาง	พยาบาลวิชาชีพ (n=43)	**4.79** (สูงที่สุด)	ได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพในระดับสูงมาก
2.	ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวทาง	นักสังคมสงเคราะห์ (นสค.=5)	**4.64** (สูงมาก)	นสค. มีความพึงพอใจ แสดงว่าแนวทางใหม่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานวิชาชีพให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น
II. การรับรู้ถึงคุณภาพและประสิทธิภาพ				
3.	แนวทางฯ ช่วยให้ทีมสุขภาพ **เข้าใจตรงกัน**	พยาบาลวิชาชีพ	**4.87** (สูงที่สุด)	**จุดแข็งสูงสุดของระบบ:** ประสบความสำเร็จในการเป็น **“สะพานเชื่อม”** และเครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน ทำให้การประสานงานไร้รอยต่อ
5.	แนวทางฯ ช่วยให้การทำงาน **มีประสิทธิภาพ**	นักสังคมสงเคราะห์ (นสค.)	**4.73** (สูงที่สุด)	แนวทางฯ สามารถลดความซ้ำซ้อนของงาน และเพิ่มคุณภาพการบำบัดทางสังคมของ นสค. ได้จริง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัดการประเมิน (KPIs)	กลุ่มเป้าหมาย	คะแนนเฉลี่ย (Mean Score)	นัยยะสำคัญเชิงกลยุทธ์
6.	แนวทางฯ ช่วยพัฒนา **ทักษะ/ความสามารถ**	นักสังคมสงเคราะห์ (นสค.)	**4.55** (สูงมาก)	แนวทางฯ ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเรียนรู้ (Learning Tool) และส่งเสริมความเชื่อมั่นในการใช้เทคนิคบำบัดเฉพาะทาง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิชาชีพ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาล ไม่พบความแตกต่างของความคิดเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) ของผลต่างค่าเฉลี่ยครอบคลุมค่า 0 ในทุกมิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าแนวทาง REH-MSW Model ประสบความสำเร็จในการเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นกลางและได้รับการยอมรับร่วมกันจากทั้งสองกลุ่มวิชาชีพ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อ REH-MSW Model ระหว่างกลุ่มวิชาชีพ (Independent t-test)

มิติการประเมิน	นักสังคมสงเคราะห์ (n=5*)	พยาบาล (n=43*)	95%CI	p
1. ความชัดเจนของแนวทาง	4.64 ± 0.45	4.79 ± 0.35	(-0.48, 0.18)	.399
2. การประสานงานทีม	4.73 ± 0.40	4.87 ± 0.30	(-0.45, 0.17)	.362
3. ความพึงพอใจโดยรวม	4.64 ± 0.45	4.79 ± 0.35	(-0.48, 0.18)	.399

ข้อสรุปเชิงกลยุทธ์หลังการประเมิน

ผลการประเมินยืนยันว่า แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม (REH-MSW Model) ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบและการประสานงาน โดยเฉพาะการเป็น “สะพานเชื่อม” (คะแนนความเข้าใจตรงกัน 4.87) และการแก้ไขปัญหาช่องว่างการดูแล (อัตราความสำเร็จในการติดต่อวันหยุดร้อยละ 95) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับสูงมาก (4.70/5.00) ผลลัพธ์ที่โดดเด่นนี้ควรนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการผลักดันให้มีการนำแนวทางฯ ไปใช้เป็นมาตรฐาน (Standard Practice) ในโรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป

วิจารณ์

การอภิปรายผลการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงข้อค้นพบเชิงประจักษ์จากทุกขั้นตอนของการศึกษาตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหาไปจนถึงการพัฒนาและการประเมินผลลัพธ์ของแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model) เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความสอดคล้องของแนวทางฯ กับความท้าทายที่พบในบริบทโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเน้นการเสริมด้วยการอ้างอิงงานวิจัยและมาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือทางวิชาการ ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. อภิปรายผลการศึกษาสภาพปัญหาการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาได้เผยให้เห็นถึงช่องว่างเชิงระบบ (Systemic Gaps) และ ความท้าทายเชิงวิชาชีพ (Professional Challenges) ที่เป็นรากฐานของปัญหาการส่งมอบบริการโดยอภิปรายผลได้ ดังนี้

1.1 ปัญหาเชิงระบบและการเข้าถึงบริการ ประเด็นที่การส่งปรึกษาผู้ป่วยในที่มีปัญหาทางสังคม ไม่เป็นระบบ ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และไม่ชัดเจน ประกอบกับการที่การบันทึกข้อมูลทางสังคมในแฟ้มประวัติการรักษาไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง อภิปรายได้ว่าความบกพร่องเหล่านี้เป็นผลมาจากการขาดมาตรฐาน (Lack of Standardization) ในการปฏิบัติงาน[5] การขาดเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Screening) ที่ชัดเจนและยอมรับร่วมกันนำไปสู่การตัดสินใจส่งต่อที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจเกิดการ “ส่งต่อที่ไม่เหมาะสม” (Inappropriate Referral) หรือ “การพลาดเคสสำคัญ” (Missed Opportunities) ที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน[6-7] การมีเครื่องมือคัดกรองที่มีมาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDOH) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น[8] ยิ่งไปกว่านั้นการบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ยังขัดขวางหลักการความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ[9] หากขาดการบันทึกที่เป็นมาตรฐานย่อมส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพไม่สามารถทราบความก้าวหน้าของการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ปัญหาด้านการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การพบปัญหา “วันหยุดติดต่อยาก” (Holiday Contact Gap) ถือเป็นอุปสรรคสำคัญเชิงอุปสรรคในการประสานงาน (Barriers to Collaboration) ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration: IPC)[10] ปัญหาการสื่อสารที่ขาดหายไปในช่วงนอกเวลาราชการนี้บั่นทอนความเชื่อมั่น (Trust) ของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์[10] ในขณะเดียวกันการที่ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายที่ส่งปรึกษา ไม่เพียงพอยืนยันถึงปัญหาความไม่ชัดเจนในบทบาท (Lack of Role Clarity) ซึ่งเป็นอุปสรรคพื้นฐานที่พบได้บ่อยในการบูรณาการบริการสหวิชาชีพ[11] และขัดต่อบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการสื่อสารข้อมูลทางสังคมแก่ทีมการรักษา[12]

1.3 ปัญหาด้านการบริการวิชาชีพ ข้อค้นพบที่ระบุว่ากระบวนการบำบัดหลักเน้นที่ การสนับสนุนทางสังคมมากกว่าการใช้การบำบัดทางสังคมเฉพาะราย ชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติงานยังคงอยู่ในรูปแบบเชิงตั้งรับ (Reactive) ซึ่งขัดต่อมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์[13] ที่เน้นการใช้มาตรฐานการบำบัดทางสังคม (Social Treatment) ที่เป็นระบบ การขาดการบำบัดเฉพาะทางนี้จึงเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการยกระดับสู่การปฏิบัติงานที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Elevating to EBP)[14] สอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ[15] ที่ส่งเสริมให้มีการใช้เทคนิคการบำบัดที่มีหลักฐานรองรับในสถานบริการสุขภาพเพื่อให้การแก้ไขปัญหามีความลึกซึ้งและยั่งยืน

2. อภิปรายผลการพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

แนวทาง REH-MSW Model ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นกลไกในการปิดช่องว่าง (Closing the Gaps) และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เป็นระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการตอบโจทย์ความท้าทายในแต่ละมิติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีรายละเอียดการอภิปรายดั งนี้

2.1 การพัฒนา: การคัดกรองและการเข้าถึงบริการ การพัฒนาแบบฟอร์ม/เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐาน (REH-MSS Tool) โดยใช้ระบบคะแนนความเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Score) และเกณฑ์ Red Flag นั้น มุ่งแก้ไขปัญหาการส่งปรึกษาที่ไม่เป็นระบบอย่างตรงจุด การพัฒนานี้เป็นไปตามหลักการการสร้างมาตรฐาน (Standardization) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ทำให้การตัดสินใจส่งปรึกษาเป็นไปตามความเสี่ยงที่วัดได้ และสามารถระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (High-Risk Screening) ได้อย่างแม่นยำ[7]

2.2 การพัฒนา: มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) การจัดทำ SOPs 5 ขั้นตอนหลัก ที่ผนวกการใช้การบำบัดทางสังคมเฉพาะราย (Specific Intervention) เข้าไปนั้น

ถือเป็นการตอบสนองเชิงรุกต่อปัญหาการปฏิบัติงานที่ขาดความลึกซึ้ง การนำหลักการ EBP มาใช้กำหนดขั้นตอนการบำบัดรายโรคเป็นการเปลี่ยนผ่านบทบาทนักสังคมสงเคราะห์จาก Generalist Practice ไปสู่ Specialist Practice ซึ่งยกระดับความเป็นวิชาชีพตามที่มาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์กำหนดไว้[13-14]

2.3 การพัฒนา: การบันทึกและการสื่อสาร (Documentation and Communication)

การกำหนด รูปแบบการบันทึกข้อมูลทางสังคมที่เป็นมาตรฐาน (4 ส่วนหลัก) ในแฟ้มประวัติ/EHR มุ่งแก้ไขปัญหา “การบันทึกที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม” โดยตรง กลไกนี้ช่วยสร้างวงจรข้อมูล (Information Loop) ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถใช้ข้อมูลทางสังคมในการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Shared Decision Making) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการการทำงานเป็นทีม (Teamwork) และการสื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วนตามกรอบการทำงานขององค์การอนามัยโลก[16]

2.4 การพัฒนา: การประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง (Coordination and Continuity of Care)

การสร้างระบบการประสานงานนอกเวลาและวันหยุด (Emergency Contact Protocol) และ คู่มือการส่งต่อชุมชน เป็นการตอบสนองต่อปัญหา “วันหยุดติดต่อยาก” และ “การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่องหลังจำหน่าย” การจัดทำ Emergency Contact Protocol ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความพร้อมของระบบ (System Responsiveness) ในภาวะวิกฤต ส่วนการพัฒนาคู่มือการส่งต่อและการติดตามผลหลังจำหน่าย เป็นการดำเนินการตามหลักการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (Care Transition) เพื่อปิดช่องว่างการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งมีผลสำคัญในการลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (Readmission Rate) และประกันความยั่งยืนของการฟื้นฟูทางสังคมของผู้ป่วย[17] ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[5] ที่มีขั้นตอนการติดตามผลและประเมินผล

3. อภิปรายผลการใช้แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ผลการประเมินการใช้ REH-MSW Model เป็นการยืนยันว่าการแก้ไขปัญหาเชิงระบบและการพัฒนามาตรฐานได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ

3.1 ประสิทธิภาพเชิงระบบ และคุณภาพการประสานงาน ข้อค้นพบที่อัตราการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานเพิ่มเป็นร้อยละ 92 และคะแนนความเข้าใจร่วมกันของพยาบาลอยู่ในระดับ สูงที่สุด (4.87/5.00) แสดงให้เห็นว่า REH-MSW Model ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการสร้าง “ภาษาเดียวกัน” (Common Language) ในการดูแลผู้ป่วย การยอมรับมาตรฐานที่สูงบ่งชี้ว่าแนวทางฯ สามารถแก้ไขปัญหาความไม่ชัดเจนในการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นเอกสารร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพช่วยลดความแปรปรวนของคุณภาพบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพได้จริง[11]

3.2 ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคมและความเป็นวิชาชีพของนักสังคมสงเคราะห์การที่จำนวนครั้งของการบำบัดเฉพาะทางเพิ่มจาก 14 ครั้ง เป็น 150 ครั้ง อย่างก้าวกระโดด และร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาทางสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 88 ถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า REH-MSW Model ได้ยกระดับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไปสู่งานวิชาชีพที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) อย่างแท้จริง การใช้แนวทางที่ระบุเทคนิคการบำบัดเฉพาะเป็นการตอกย้ำถึงความเป็นมืออาชีพ (Professionalization)[14] และความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสูงนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกรณี (Case Management) ที่ถูกออกแบบมาอย่างเป็นระบบตามที่กำหนดในมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์[5] ซึ่งเน้นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน[18]

3.3 ความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วย/ญาติที่มีต่อแนวทางฯ ความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรอยู่ใน

ระดับสูงมากถึงสูงที่สุด และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ (4.70/5.00) โดยร้อยละความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการดูแลต่อเนื่องสูงถึงร้อยละ 90 ผลลัพธ์นี้ยืนยันว่าการปรับปรุงกระบวนการภายในได้ถูกแปลงเป็นผลลัพธ์ที่ส่งมอบสู่ผู้รับบริการ (Patient-Centered Outcome) อย่างมีประสิทธิภาพ ความสำเร็จนี้สอดคล้องกับการส่งเสริมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care - PCC)[19] และตรงตามคำจำกัดความของความพึงพอใจในฐานะความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองตามความต้องการ[20-21] นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจแผนการดูแลต่อเนื่องถึงร้อยละ 90 มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (Readmission Rate) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน[17]

โดยสรุป ผลการวิจัยได้ยืนยันความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบระหว่างการระบุปัญหา การออกแบบแนวทาง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดย REH-MSW Model ได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบในทุกมิติของการประเมิน ทั้งในด้านกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการ โดยพบว่าหลังการใช้แนวทางฯ คะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงขึ้นกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพที่แม่นยำ ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันว่าแนวทางฯ นี้ควรได้รับการพิจารณาให้เป็น “Best Practice” ในการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และเป็นแบบอย่างในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบบริการ เสริมสร้างความร่วมมือของทีมสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอย่างยั่งยืน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นที่สำคัญคือ การมุ่งเน้น การบูรณาการสหวิชาชีพ (Interprofessional Integration) โดยไม่ได้จำกัดขอบเขตเพียงมิติด้านสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ได้ดึงพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้แนวทาง REH-MSW Model ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง (Feasibility) และได้รับการยอมรับเป็นเอกฉันท์โดยไม่มีความแตกต่างในมุมมองระหว่างกลุ่มวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ยังผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.91) และการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (α = 0.80) ส่งผลให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ ที่สำคัญคือสามารถปิดช่องว่างเชิงระบบ (Gap Filling) ที่เป็นอุปสรรคมาอย่างยาวนาน อาทิ การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งต่อและปัญหาการประสานงานในช่วงวันหยุด (Holiday Gap) ให้กลายเป็นขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมผ่าน SOP 5 ขั้นตอน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างนักสังคมสงเคราะห์ที่มีจำนวนจำกัดตามบริบทของโรงพยาบาล (n=5) ซึ่งอาจส่งผลต่อความอ่อนไหวของค่าทางสถิติหากมีค่าผิดปกติ (Outliers) เกิดขึ้น อีกทั้ง ระยะเวลาการติดตามผลยังอยู่ในกรอบระยะสั้นเพียง 1 เดือน ทำให้สะท้อนผลลัพธ์ได้เพียงในระยะเริ่มแรกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อยืนยันความยั่งยืนของระบบในอนาคต ประการสุดท้ายคือ บริบทของพื้นที่ เนื่องจากแนวทางนี้ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ การนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลระดับอื่นที่มีทรัพยากรแตกต่างกัน จึงอาจจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาและรายละเอียดให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: เสนอให้โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกาศใช้ REH-MSW Model เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) ทันที พร้อมทั้งจัดการฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพยาบาลในเรื่องการคัดกรองและการส่งต่อ และควรบูรณาการเกณฑ์การบันทึกข้อมูลทางสังคมเข้าสู่ระบบ EMR/HIS เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป: ควรศึกษาประสิทธิผลระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (เช่น อัตราการกลับมา

รักษาซ้ำ) และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจมุมมองและอุปสรรคในการประสานงานสหวิชาชีพ และการขยายผลโมเดลนี้เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในโรงพยาบาลระดับภูมิภาคอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.พว. มะลิวรรณ อังคณิตย์ สำหรับคำปรึกษาและชี้แนะจนงานวิจัยสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการจริยธรรมฯ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและร่วมมือในการเก็บข้อมูล คุณค่าของงานวิจัยนี้ขอมอบแด่การยกระดับคุณภาพบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และวิชาชีพสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Hospital Association. Role of Social Workers in Health Care. [Provide detailed source information upon publication]; 2016.
2. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ปี 2567. จังหวัดร้อยเอ็ด; 2567.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับปรับปรุงใหม่). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2562.
4. พรเพ็ญ ฐีระเวช, กรรณิกา ม่วงมณี, สุชาดา ชินะจิต. การประเมินผลการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. Alonazi A B, Almansour A M, Alghunaim M. The effectiveness of screening tools for social determinants of health: a systematic review. J Public Health. 2021;43(2):e207–216.
7. D' Angelo V. Addressing social determinants of health in the hospital: a systematic review of social care interventions. Health Soc Care Community. 2021;29(1):e1–10.
8. Rudd R E, Phelan J C. Social determinants of health: a critical perspective on health equity. Health Educ Res. 2020;35(1):1–12.
9. HA Standards. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 5). สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2021.
10. Vestergaard J, Heinonen A. Interprofessional collaboration and communication in hospital social work: a scoping review. J Soc Work Pract. 2020;34(3):295–310.
11. Shaw E K. Interprofessional Collaboration in Health Care: Evidence and Frameworks for Action. Geneva: World Health Organization (WHO); 2011.
12. วันทนีย์ วาสิกะสิน. นักสังคมสงเคราะห์กับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์; 2530.
13. คณะกรรมการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลและคณะ. หนังสือมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์; 2565.
14. Thyer B A. Evidence-Based Practice in Social Work: A Critical Stance. Routledge; 2019.
15. National Association of Social Workers (NASW). Standards for Social Work Practice in Health Care Settings. Washington, DC: NASW Press; 2015.

16. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010.
17. Coleman E A, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(9):1334–5.
18. Moxley D P. The Practice of Case Management. Sage Publications; 2011.
19. Rehabilitation Standards. มาตรฐานการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. (อ้างอิงถึงหลักการ patient-centered care และ comprehensive care); 2018.
20. น้ำลิน เทียมแก้ว. ความพึงพอใจในการใช้บริการคลินิกทันตกรรมเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
21. อทิตยา วิมลเมือง. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น [รายงานการวิจัย]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.

การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยา ดาบิกาแทรนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Evaluation of Medication Patient care model in Dibigatran Patients at Roi Et Hospital

ภคินี เล่งเวหาสถิตย์*
Pakinee Lengwehasatit
Corresponding author: Email: pakineenuch@gmail.com
(Received: December 5, 2025; Revised: December 12, 2025; Accepted: January 10, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนใหม่โดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยา ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs) และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ระหว่างกลุ่มเดิมกับกลุ่มใหม่

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกที่รับยาดาบิกาแทรน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเดิม 30 คน และกลุ่มใหม่ 30 คน โดยดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง 31 สิงหาคม 2568 รูปแบบการดูแลใหม่ประกอบด้วย การเพิ่มแบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรน และ สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนเข้าไปในกระบวนการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Chi-square test

ผลการวิจัย : กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาดาบิกาแทรนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs) กลุ่มใหม่พบปัญหาที่เกี่ยวกับยาน้อยกว่ากลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัญหาหลักในกลุ่มเดิมคือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ (ร้อยละ 50.0) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มใหม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้อยกว่ากลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) โดยกลุ่มเดิมพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 26.7 (8 ราย) แต่ในกลุ่มใหม่ไม่พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์เลย (ร้อยละ 100.0 ไม่เกิดอาการ) ด้านความเหมาะสมในการใช้ยากลุ่มใหม่ได้รับขนาดยาเหมาะสมร้อยละ 100.0 ในขณะที่กลุ่มเดิมได้รับยาเหมาะสม ร้อยละ 93.3

สรุปและข้อเสนอแนะ : การใช้แบบประเมินการใช้ยาและสมุดประจำตัวผู้ป่วยในรูปแบบใหม่ช่วย เพิ่มความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและผลข้างเคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะคือควรขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาแล้วไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและควรพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์

คำสำคัญ : ดาบิกาแทรน; ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่; การประเมินการใช้ยา; รูปแบบการดูแลผู้ป่วย; โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the effects of a new care model for patients receiving dabigatran by comparing medication knowledge, drug-related problems (DRPs), and adverse drug reactions between the control group and the intervention group.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The sample consisted of 60 outpatients receiving dabigatran at Roi Et Hospital, divided into a control group (n=30) and an intervention group (n=30). The study was conducted from March 1, 2025, to August 31, 2025. The new care model incorporated a dabigatran medication assessment form and a patient medication passport into the care process. Data analysis employed the Mann-Whitney U test and Chi-square test.

Main findings : The intervention group demonstrated significantly higher mean knowledge scores regarding dabigatran compared to the control group ($p < .001$). Regarding drug-related problems (DRPs), the intervention group experienced significantly fewer problems than the control group ($p< .001$). The primary issue in the control group was patient non-adherence (50.0%). For adverse drug reactions, the intervention group had significantly fewer occurrences than the control group ($p = .005$). The control group experienced adverse reactions in 26.7% of cases (8 patients), while the intervention group had no adverse reactions (100.0% adverse reaction-free). Regarding medication appropriateness, 100.0% of the intervention group received appropriate dosages, compared to 93.3% in the control group.

Conclusion and Recommendations : The implementation of the medication assessment form and patient passport in the new care model effectively increased patient knowledge and understanding, and significantly reduced drug-related problems and adverse reactions. It is recommended that this developed care model be expanded to other healthcare service units to enhance medication safety, and electronic media should be developed.

Keywords : Dabigatran; New oral anticoagulants (NOACs); Medication assessment; Patient care model; Roi Et Hospital

*Registered Pharmacist Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

ยาดาบิกาแทรนเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ (New oral anticoagulants; NOACs) เนื่องจากยาออกฤทธิ์และถูกกำจัดออกจากร่างกายเร็ว มีการเกิดอันตรกิริยากับยาอื่นและอาหารน้อย ความแปรปรวนในการออกฤทธิ์ต่ำ และช่วงการรักษากว้าง ทำให้ไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังการประเมินการรักษาอย่างใกล้ชิด ซึ่งทำให้ยาดาบิกาแทรนเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การใช้ยาดาบิกาแทรนยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การเข้าถึงการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการติดตามการใช้ยา, ยามีราคาสูง และมีโอกาสเกิดอันตรกิริยากับยาในบางกลุ่มได้ โดยยาดาบิกาแทรนได้รับการรับรองในข้อบ่งใช้[1] ดังต่อไปนี้ ป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism; VTE) ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในกระแสเลือด (Systemic embolism) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วชนิดไม่มีโรคลิ้นหัวใจร่วม (Non-valvular atrial fibrillation; NVAF) ที่เนื่องจากวาร์ฟารินมีข้อจำกัดการใช้หลายประการ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่จึงถูกพัฒนาให้มีการออกฤทธิ์ได้ฉพาะเจาะจงมากขึ้น และเพื่อใช้เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ยา Warfarin ปัจจุบันมีข้อมูลการศึกษาที่ยืนยัน[2] ว่ายาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิด Stroke และ Systemic embolism เทียบเท่าหรือดีกว่ายาวาร์ฟาริน และยังมียาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่บางชนิดที่มีความเสี่ยงต่อเกิด Major bleeding น้อยกว่ายาวาร์ฟาริน แม้ว่ายาดาบิกาแทรนจะมีประโยชน์แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกได้เช่นกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากยาและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาดาบิกาแทรนมีข้อควรระวังและควรปรับขนาดยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง และมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องขั้นรุนแรง นอกจากนี้ยังมีข้อมูลการศึกษาที่จำกัดในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ รวมถึงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยา แก้พิษ (Antidote) จากข้อจำกัดข้างต้น อาจทำให้เกิดการใช้ยาในกลุ่มนี้อย่างไม่เหมาะสม นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เกิดประสิทธิผล หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ภาวะเลือดออกผิดปกติในผู้ป่วยได้

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่[3-4] โดยการดูจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก พบว่า ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การเปลี่ยนยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่เหมาะสม ร้อยละ 52-56 ระยะเวลาการได้รับยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 12-95 การบริหารยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 18-26 ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่เหมาะสมตามค่าการทำงานของไต ร้อยละ 5-35 การใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ ร้อยละ 4-20 ผู้ป่วยได้รับยาใน ขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา ร้อยละ 10-19 ขนาดที่สูงกว่าการรักษา ร้อยละ 1-7 และการใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง รุนแรง ร้อยละ 0.4-14 ยังพบการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่กับยาอื่นโดยเฉพาะใช้ร่วมกับยาที่มีผลต่อ P-glycoprotein transporter, Cytochrome P450 3A4 และยาอื่นที่มีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ซึ่งยาดาบิกาแทรน เป็นยาที่จะต้องได้รับการติดตามในด้านความปลอดภัยในการใช้ยา ได้แก่ การปรับขนาดของยาตามค่าการทำงานของไต การสั่งใช้ยาตามขนาดยาที่เหมาะสม การติดตามอันตรกิริยาของยาและติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งจะต้องมีแนวทางที่เหมาะสมเพื่อติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยที่ต่อเนื่อง

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 999 เตียง มีการใช้ยา ดาบิกาแทรนซึ่งจัดเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติพ.ศ. 2561[1] ได้มีการเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2564 จากข้อมูลยอดผู้ป่วยที่มีการใช้ยาดาบิกาแทรนเพิ่มมากขึ้น ปี พ.ศ.2564 จำนวน 35 คน ปี พ.ศ.2565 จำนวน 51 คน ปี พ.ศ.2566 จำนวน 102 คน และในปี พ.ศ.2567 จำนวน 125 คน และมูลค่า

การสั่งใช้ยาดาบิกาแทรนสูงขึ้นทุกๆปีดังนี้ ปี พ.ศ.2564, 2565, 2566 และ 2567 มูลค่ายา 1,018,980 บาท 1,528,026 บาท 3,207,900 บาท และ 4,368,405 บาท ตามลำดับ โรงพยาบาลยังไม่มีการประเมินการใช้ยาและรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนและเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนเดิมและใหม่ เพื่อ เพิ่มประสิทธิผลของการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาให้การใช้ยาก่อประโยชน์สูงสุดและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนใหม่โดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยา ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (DRPs) และผลข้างเคียงจากการใช้ยาระหว่างกลุ่มเดิมกับกลุ่มใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) ศึกษา 2 กลุ่ม เปรียบเทียบ ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาดาบิกาแทรน ปัญหาที่เกี่ยวกับยา ความเหมาะสมในการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยาระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยการพูด อ่าน เขียน และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง 31 สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่รับดาบิกาแทรนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 125 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง 31 สิงหาคม 2568

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับยา Dabigatran ผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวน 125 คน ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์นำเข้าทั้งหมดจึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนที่มีนัดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 เดือนหลังได้รับ EC จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิม 30 คน กับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ 30 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับ ยาดาบิกาแทรนผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวน 125 คน ถ้ามีนัดช่วง 6 เดือน จำนวน 60 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยการพูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัด
2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจค่า Lab การทำงานของไต Scr

การสุ่มตัวอย่าง ได้มาแบบสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systemic sampling) โดยกำหนดวันที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ โดยการแจกสมุดประจำตัวผู้ป่วยดาบิกาแทรน สลับกับวันที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรน ในเรื่องข้อบ่งใช้และขนาดยาที่เหมาะสม

1.2 สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน พร้อมระบุ อธิบายคุณสมบัติของยาดาบิกาแทรน ข้อบ่งใช้คำแนะนำการรับประทานยาการปฏิบัติตัวเมื่อใช้ยาดาบิกาแทรน ตัวอย่างยา ที่มีผลต่อยาดาบิกาแทรน

การเจาะเลือดเพื่อติดตามการรักษา เข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

1.3 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องยาดาบิกาแทรน มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ ถูก ให้ 1 คะแนน, ผิด ให้ 0 คะแนน และไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42)[5] ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้คือ

คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-6 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจระดับต่ำ

คะแนน ร้อยละ 60-79 (7-9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจระดับปานกลาง

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (10-12 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจระดับสูง

2. แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ น้ำหนัก ประวัติแพ้ยา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเหมาะสมการสั่งใช้ยา ข้อบ่งใช้ยาดาบิกาแทรน การทำงานของไต ขนาดยาที่ได้รับ ยาที่ใช้ร่วม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความปลอดภัยปัญหาที่เกี่ยวกับยาดาบิกาแทรนและอาการอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาดาบิกาแทรน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Content Validity) เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความรู้ความเข้าใจเรื่องยาดาบิกาแทรน แบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรน และสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยคณะผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์เฉพาะทางอายุกรรมหัวใจ 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประสาท 1 ท่าน และเภสัชกรเฉพาะทางยาต้านการแข็งตัวของเลือด 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.958

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐานเรื่อง เพื่อการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและข้อค้นพบจากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาดาบิกาแทรน ตลอดจนการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน หรือปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ยาดาบิกาแทรน จากเอกสารผลการวิจัยหรือจากการสังเกตสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลเตรียมทำวิจัย

2. ออกแบบการวิจัย ทำโครงร่างงานวิจัย ส่งขอจริยธรรม

3. กำหนดหลักการเป้าหมายและองค์ประกอบอื่นๆ ของรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระเบียบ การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกรูปแบบไปใช้ให้ตรงจุดมุ่งหมายเพื่อให้การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขบรรลุผลสูงสุด ออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน เดิมจะจ่ายยาโดยไม่มีแบบประเมินการใช้ยา และสมุดประจำตัวผู้ป่วย โดยในการวิจัยนี้จะเพิ่ม 1) แบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรน ในเรื่องข้อบ่งใช้และขนาดยาที่เหมาะสม และ 2) สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน พร้อมระบุคำแนะนำการรับประทานยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

4. กำหนดแนวทางการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยา ดาบิกาแทรน ไปใช้ประกอบด้วยรายละเอียดของวิธีการและเงื่อนไขต่างๆโดยกำหนดให้ใช้ดำเนินงานกับกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน ที่ผู้ป่วยนอก โดยแนบสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและแบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรนให้แพทย์ระบุเหตุผลและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ

5. การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน เป็นการประเมินเพื่อทดสอบความมีประสิทธิภาพของรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยทั่วไปจะใช้วิธีการโดยประเมินความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีโดยคณะผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์เฉพาะทางอายุกรรมหัวใจ 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประสาท 1 ท่าน และเภสัชกรเฉพาะทางยาต้านการแข็งตัวของเลือด 1 ท่าน ซึ่งจะประเมินความสอดคล้องภายใน

ระหว่างองค์ประกอบต่างๆของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน

6. การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน เมื่อพบข้อบกพร่องแล้วต้องนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

7. ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการแบ่งแบบการสุ่มอย่างอย่างมีระบบ โดยกำหนด สลับกับวันกันสองกลุ่ม คือกลุ่มแรกที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิม 30 คนโดยโดยมีเภสัชกรประจำคลินิกจ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยากับกลุ่มสองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ 30 คน โดยมีเภสัชกรประจำคลินิกจ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยา และเพิ่มผู้ป่วยจะได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรน เพื่อนำไปศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจากคำแนะนำเรื่องยาจากเภสัชกรในขณะที่กลับบ้าน และผู้วิจัยจะทำการสอบถามความรู้ความเข้าใจการใช้ยาดาบิกาแทรนและติดตามประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา ประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาและปัญหาที่เกี่ยวกับยาจากการใช้ยาดาบิกาแทรนโดยผ่านระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

8. วิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการใช้ยาดาบิกาแทรน ปัญหาที่เกี่ยวกับยา ความเหมาะสมในการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ ผู้วิจัยจะทำการติดตามประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา ประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาและปัญหาที่เกี่ยวกับยาจากการใช้ยาดาบิกาแทรนโดยผ่านระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วๆ ไปของผู้ป่วย ซึ่งนำเสนอในรูปแบบของจำนวนและร้อยละ สำหรับตัวแปรแจงนับ และสำหรับตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติใช้สถิติ Mannwhitney U test ส่วนศึกษาเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยา ความเหมาะสมในการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ เนื่องจากมีข้อมูลมีการกระจายแบบปกติใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-Square test)

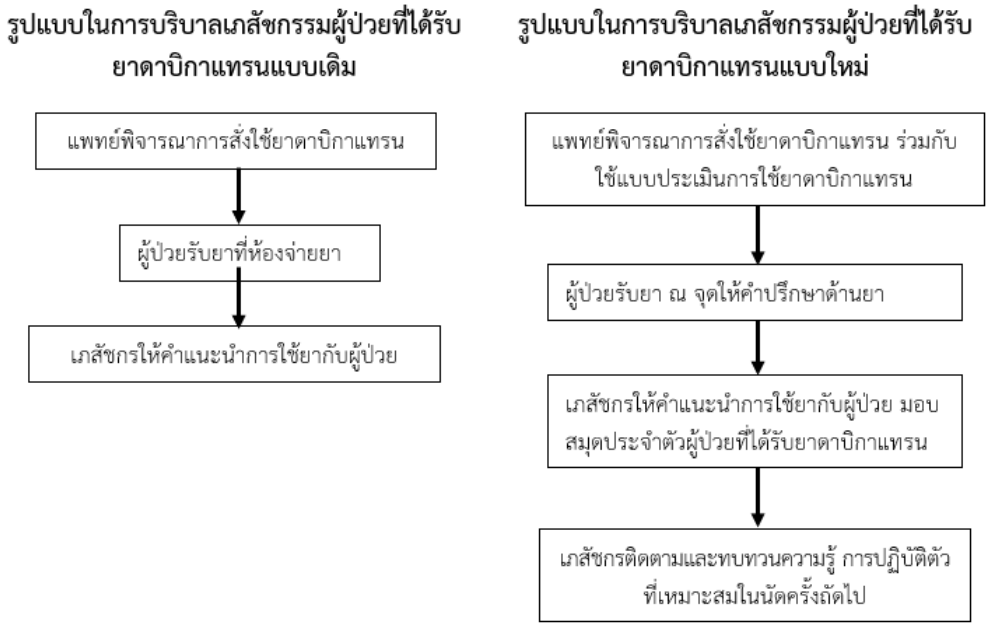
การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยเลขที่ RE040/2568 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยา Dabigatran ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนใหม่ โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนแบบเดิม เภสัชกรจะให้คำแนะนำและทำการจ่ายยาโดยไม่มีแบบประเมินการใช้ยา และสมุดประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งเมื่อมีการพัฒนาระบบใหม่ขึ้นตามแนวทางในการบริบาลเภสัชกรรม จึงได้มีการวางระบบร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ด้วยการใช้แบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรนในเรื่องข้อบ่งใช้และขนาดยาที่เหมาะสม เภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาร่วมกับมอบสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรน ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการรับประทานยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์เข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วย และเภสัชกรทำการติดตามและทบทวนความรู้ การปฏิบัติที่เหมาะสมในนัดครั้งถัดไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนแบบเดิมและแบบใหม่

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการใช้ยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ โดยมีข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่รับยา Dabigatran ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้งกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 70.0 และ 63.3 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 70.03 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 10.71 ปี) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยใหม่มีอายุเฉลี่ย 68.40 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 6.85 ปี) อย่างไรก็ตาม, ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.3 และ 100, โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจเต้นพลิ้ว Atrial Fibrillation หรือ AF ร้อยละ 30.0 ในกลุ่มเดิมและโรคความดันสูงในกลุ่มใหม่ร้อยละ 43.3 ข้อบ่งใช้ยาดาบิกาแทรนที่พบมากที่สุด ทั้งสองกลุ่มเท่ากันคือ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke prevention) ร้อยละ 58.7, ขนาดยาที่ส่วนใหญ่ที่ได้รับในทั้งสองกลุ่มคือ ดาบิกาแทรน 110 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 2 ครั้ง พบในกลุ่มเดิม 28 คน (ร้อยละ 93.3) และกลุ่มใหม่ 30 คน (ร้อยละ 100.0) กลุ่มผู้ป่วยเดิมมีระดับ Serum Creatinine เฉลี่ย 1.13 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 0.28 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่มีระดับ Serum Creatinine เฉลี่ย 0.93 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 0.25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) กลุ่มผู้ป่วยเดิมมีค่า Creatinine Clearance เฉลี่ย 58.20 มิลลิลิตร/นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 19.57 มิลลิลิตร/นาที) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่มีค่า Creatinine Clearance เฉลี่ย 70.99 มิลลิลิตร/นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 28.24 มิลลิลิตร/นาที) โดยผลการการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการใช้ยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ พบว่า ในด้านความรู้ความเข้าใจ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในกลุ่มเดิมมีความรู้ระดับความรู้ต่ำ (6 - 0 คะแนน) ทั้งหมด (24 คน, ร้อยละ 80.0) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยใหม่มีผู้ที่มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง 3 คน (ร้อยละ 10.0) และระดับความรู้สูง (12 - 10 คะแนน) 27 คน (ร้อยละ 90.0) ดังรายละเอียด

ในตารางที่ 1

ผลเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการใช้ยาดาบิกาแทรน เนื่องจากทดสอบการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงนำเสนอผลการศึกษาในรูปค่ามัธยฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (IQR) ซึ่งสามารถสรุปผลการดำเนินการ ดังนี้ จากผลการทดสอบ Mann-Whitney U แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยา Dabigatran ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบเดิมและกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบใหม่นั้น มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างยิ่ง ($p < .001$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบใหม่มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยอันดับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ความเข้าใจยาดาบิกาแทรนเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่

ระดับความรู้	กลุ่มเดิม (n=30) จำนวน(%)	กลุ่มใหม่ (n=30) จำนวน(%)
ต่ำ (0 - 6 คะแนน)	24(80.0)	0(0.0)
ปานกลาง (7 – 9 คะแนน)	6(20.0)	3(10.0)
สูง (10 -12 คะแนน)	0(0.0)	27(90.0)
รวม	**30(100.0)**	**30(100.0)**

Median =5.00 IQR =2.00 Median =12.00 IQR =1.25

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่

คะแนนความรู้	n	Median	Mean rank	Mann-Whitney U Value Z	p
กลุ่มเดิม	30	5.0	15.80	-7.106	<.001
กลุ่มใหม่	30	12.0	45.20		

3. ผลการเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาดาบิกาแทรน ความเหมาะสมในการใช้ยาดาบิกาแทรน และผลข้างเคียงจากการใช้ยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug related problems, DRPs) ในกลุ่มเดิม พบผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวกับยา 6 คน (ร้อยละ 20.0) และพบผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวกับยา 24 คน (ร้อยละ 80.0) ในขณะที่ในกลุ่มใหม่ พบผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวกับยา 29 คน (ร้อยละ 96.7) และพบผู้ป่วยที่พบปัญหาที่เกี่ยวกับยาเพียง 1 คน (ร้อยละ 3.3) เมื่อเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยายาดาบิกาแทรน ความเหมาะสมในการใช้ยายาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบความแตกต่างของร้อยละของผู้ป่วยที่พบปัญหาเกี่ยวกับยาระหว่างสองกลุ่มนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มใหม่พบปัญหาเกี่ยวกับยาน้อยกว่ากลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มเดิม พบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ 8 คน (ร้อยละ 26.7) และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์

จากการใช้ยา 22 คน (ร้อยละ 73.3) และในขณะที่ในกลุ่มใหม่ ไม่พบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 30 คน (ร้อยละ 100.0) เมื่อเปรียบเทียบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบความแตกต่างของร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระหว่างสองกลุ่มนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.005) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มใหม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้อยกว่ากลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่เกี่ยวกับยายาดาบิกาแทรน ความเหมาะสมในการใช้ยายาดาบิกาแทรนและผลข้างเคียงจากการใช้ยายาดาบิกาแทรน ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่

	กลุ่มเดิม (n=30)	กลุ่มใหม่ (n=30)	p
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
1. ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug related problems, DRPs)			<.001
-ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวกับยา	6(20.0)	29(96.7)	
-พบปัญหาที่เกี่ยวกับยา	24(80.0)	1(3.3)	
2. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา			.005
-ไม่เกิด	22(73.3)	30(100.0)	
-เกิด	8(26.7)	0(0.0)	

เมื่อทำการจำแนกปัญหาการใช้ยาที่พบ ในกลุ่มเดิมมีเพียง 20.0% ที่ไม่มีปัญหา (6 คนจาก 30 คน) กลุ่มใหม่ 96.7% ของผู้ป่วย ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับยา (29 คนจาก 30 คน) ปัญหาที่พบมากที่สุดซึ่งเป็นปัญหาหลักคือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ (15 คน, คิดเป็น 50.0%) รองลงมาคือ เกิดอันตรายจากการใช้ยา พบในกลุ่มเดิม 6 คน (20.0%) และปัญหาอื่น ๆ เช่น ได้รับยาผิดขนาดหรือไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ พบเพียงเล็กน้อย (3.3% ต่อกรณี) ในขณะที่กลุ่มใหม่ 96.7% ของผู้ป่วย ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับยา (29 คนจาก 30 คน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการจำแนกประเด็นของปัญหาที่เกี่ยวกับยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนเดิมกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ในแผนกผู้ป่วยนอก

ลำดับ	ปัญหาด้านยา (Drug related problems, DRPs)	กลุ่มเดิม (n=30)	กลุ่มใหม่ (n=30)
		จำนวน(%)	จำนวน(%)
1	ไม่เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยา	6(20.0)	29(96.7)
2	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ	1(3.3)	0(0.0)
3	ผู้ป่วยได้รับยาขนาดน้อยเกินไป	1(3.3)	0(0.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหาด้านยา (Drug related problems, DRPs)	กลุ่มเดิม (n=30)	กลุ่มใหม่ (n=30)
		จำนวน(%)	จำนวน(%)
4	ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป	1(3.3)	0(0.0)
5	ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา		
	-Ketoconazole	1(3.3)	0(0.0)
	-Amiodarone	3(10.0)	0(0.0)
	-Rifampicin	1(3.3)	0(0.0)
	-Carbamazepine	0(0.0)	1(3.3)
	-Ibuprofen	2(6.7)	0(0.0)
6	ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ	15(50.0)	0(0.0)

เมื่อพิจารณาผลของการใช้ยาดาบิกาแทรนในข้อบ่งใช้ในการใช้ยาดาบิกาแทรนที่พบมากที่สุดทั้งสองกลุ่มคือ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke prevention) จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.7 ทั้งในกลุ่มเดิม และกลุ่มใหม่ รองลงมาคือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังการใส่ขดลวดหัวใจ (AF post PCI with coronary stent) จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 ในทั้งสองกลุ่ม ในส่วนของ ขนาดยาที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาดาบิกาแทรน ขนาด 110 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง (110 mg bid) โดยในกลุ่มเดิมมีผู้ได้รับขนาดนี้จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.3) และในกลุ่มใหม่จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 100.0) ขณะที่ในกลุ่มเดิมมีผู้ป่วยบางรายได้รับขนาด 110 mg วันละครั้ง (od) และ 110 mg 2 เม็ด วันละครั้ง (2 tb od) อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 3.3) แต่ในกลุ่มใหม่ไม่มีผู้ป่วยได้รับขนาดดังกล่าวเลย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อบ่งใช้และขนาดยาที่ได้รับในการใช้ยาดาบิกาแทรน

ข้อบ่งใช้และขนาดยาที่ได้รับ	กลุ่มเดิม (n=30)	กลุ่มใหม่ (n=30)
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ข้อบ่งใช้ยาดาบิกาแทรน		
-Stroke prevention	17(58.7)	17(58.7)
-AF post PCI with coronary stent	13(43.3)	13(43.3)
ขนาดยาที่ได้รับ		
110 mg bid	28(93.3)	30(100.0)
110 mg od	1(3.3)	0(0.0)
110 mg 2 tb od	1(3.3)	0(0.0)

ผลการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาดาบิกาแทรน โดยทั้งกลุ่มเดิมและกลุ่มใหม่มีผู้ได้รับยาตรงตามข้อบ่งใช้ทั้งหมด 30 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100.0 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองรูปแบบการดูแลมีความถูกต้องในการพิจารณาข้อบ่งใช้ของยาอย่างเท่าเทียมกัน ในส่วนของ ขนาดยาที่ได้รับ พบว่ากลุ่มใหม่มีผู้ได้รับยาดาบิกาแทรนในขนาดที่เหมาะสม ร้อยละ 100.0 (30 ราย) ซึ่งมากกว่ากลุ่มเดิมมีผู้ได้รับขนาดยาที่เหมาะสม ร้อยละ 93.3 (28 ราย) และไม่เหมาะสม ร้อยละ 6.7 (2 ราย) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของความเหมาะสมด้านขนาดยาระหว่างทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.302, .492 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาดาบิกาแทรนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนแบบเดิมและแบบใหม่

ลำดับ	การประเมินความเหมะสมในการใช้ยาดาบิกาแทรน	กลุ่มเดิม จำนวน(%)	กลุ่มใหม่ จำนวน(%)	p
1	**ข้อบ่งใช้ยาดาบิกาแทรน**			
	-เหมาะสม	30(100.0)	30(100.0)	.302
	-ไม่เหมาะสม	0(0.0)	0(0.0)	
2	**ขนาดยาที่ได้รับ**			
	-เหมาะสม	28(93.3)	30(100.0)	.492
	-ไม่เหมาะสม	2(6.7)	0(0.0)	

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบใหม่ตามแนวทางบริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งรูปแบบเดิมที่ใช้เป็นการดูแลผู้ป่วยในแบบมาตรฐานทั่วไป ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านการขาดเครื่องมือและระบบสนับสนุนที่เป็นมาตรฐาน เช่น ไม่มีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาอย่างเป็นระบบ ไม่มีเอกสารในการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย ไม่มีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบ และไม่มีการคัดกรองอันตรกิริยาระหว่างยาที่เป็นแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งในการพัฒนารูปแบบใหม่นี้ส่งผลเกิดการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาที่เป็นระบบมากขึ้น และมีเครื่องมือสื่อสารและให้ความรู้ต่อผู้ป่วยที่ออกแบบมาอย่างเฉพาะเจาะจง ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปศึกษาซ้ำได้ตลอดเวลา เป็นการช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและเพิ่มความมั่นใจในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบริบาลทางเภสัชกรรมในการมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการใช้ยา การให้ความรู้ การติดตามและการประเมินผลการใช้ยา[6]

ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาดาบิกาแทรนของผู้ป่วย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ มีระดับความรู้เรื่องยาดาบิกาแทรนสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มใหม่มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เท่ากับ 9.0 (IQR 10.0-8.0) คะแนน ในขณะที่กลุ่มเดิมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 7.0 (IQR 8.0-6.0) คะแนน อันเป็นผลมาจากการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับยา วิธีการใช้ ข้อบ่งใช้ ข้อควรระวัง และการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Isaacs et al.[7] และ Sahar Hussain et al.[8] ที่พบว่าการให้ความรู้และติดตามอย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hepler & Strand[9] ที่ให้ความสำคัญกับการบริบาลเภสัชกรรมที่มุ่งเน้น

ถึงความสำคัญของการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากยา การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับยาถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยา โดยเฉพาะยาดาบิกาแทรนที่มีข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ที่ควรคำนึงถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gladstone et al.[10] ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า การให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ สามารถช่วยเพิ่มความปลอดภัยและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงคำแนะนำจาก Best Practice Journal[11] เกี่ยวกับการใช้ดาบิกาแทรนในเวชปฏิบัติทั่วไป ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ในด้านอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions; ADRs) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบใหม่มีการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.005) โดยกลุ่มเดิมพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 26.7 (8 ราย) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาวะเลือดออกผิดปกติ ในขณะที่กลุ่มใหม่ไม่พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์เลย (ร้อยละ 100.0 ไม่เกิดอาการ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ของ American Heart Association[12] ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินความเสี่ยง การปรับขนาดยาให้เหมาะสม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการติดตามอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline[13] และ ESC Guidelines[14] ที่แนะนำให้มีการประเมินและติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Armbruster et al.[15] ที่ประเมินความเหมาะสมของการใช้ดาบิกาแทรนและเหตุการณ์เลือดออกในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การมีระบบการประเมินและติดตามที่ดีสามารถลดอุบัติการณ์เลือดออกได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา ธรรมทินโน[16] เกี่ยวกับยาต้านพิษจำเพาะสำหรับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการรักษา การที่กลุ่มใหม่ไม่พบ ADRs เลยอาจเป็นผลจากระยะเวลาการติดตามที่ยังไม่ยาวนานเพียงพอ (6 เดือน) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบการดูแลใหม่ในการเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งควรมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป ตามคำแนะนำของ Gladstone et al.[10] ที่เสนอแนะให้มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ในด้านปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-Related Problems; DRPs) และการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบใหม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มใหม่พบ DRPs เพียงร้อยละ 3.3 (1 ราย) เทียบกับกลุ่มเดิมที่พบถึงร้อยละ 80.0 (24 ราย) ปัญหาหลักที่พบในกลุ่มเดิมคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Non-adherence) ร้อยละ 50.0 และการใช้ยาไม่ถูกวิธี ร้อยละ 30.0 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลใหม่ที่มีการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาอย่างเป็นระบบโดยใช้แบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรน จะช่วยให้แพทย์และเภสัชกรสามารถคัดกรองข้อบ่งใช้ ปรับขนาดยาตามการทำงานของไตให้เหมาะสม ตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยา และติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาริณี มีอาษา และคณะ[17] และวิมล ตันสกุล[18] ที่พบว่า การทบทวนความเหมาะสมของการใช้ดาบิกาแทรนยังคงพบปัญหาหลายประการ เช่น ขนาดยาไม่เหมาะสมตามค่าการทำงานของไต การใช้ยาร่วมที่มีอันตรกิริยา และการไม่ได้รับการติดตามที่เหมาะสม การศึกษาทั้งสองฉบับได้เสนอแนะว่า ควรมีแนวทางการจัดการที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มความเหมาะสมและความปลอดภัยในการใช้ยานอกจากนั้นการมีแบบประเมินการใช้ยาที่เป็นมาตรฐานจะช่วยให้แพทย์พิจารณาข้อบ่งใช้อย่างรอบคอบ ระบุเหตุผลในการสั่งใช้ยาอย่างชัดเจน และลดข้อผิดพลาดในการสั่งยา ทำให้กลุ่มใหม่มีความเหมาะสมของขนาดยาร้อยละ 100.0 เทียบกับกลุ่มเดิมที่มีความเหมาะสม

ร้อยละ 93.3 แม้ว่าจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .492) แต่การมีระบบตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานก็มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว สอดคล้องกับคำแนะนำของ Comin & Kallmes[19] เกี่ยวกับเภสัชวิทยาของดาบิกาแทรนที่ต้องคำนึงถึงการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง

จุดเด่นของการวิจัยเรื่องนี้มีการประเมินผลลัพธ์หลายมิติครอบคลุมตามหลักการการบริบาลทางเภสัชกรรม และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ได้แก่ การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย การติดตามความเหมาะสมในการใช้ยา การติดตามความปลอดภัยของการใช้ยา และผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานให้ดีขึ้นกว่าเดิม และข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและติดตามผลในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งอาจจะยังไม่เพียงพอต่อการประเมินความปลอดภัย คือ ผลข้างเคียงของยาในระยะยาว โดยเฉพาะภาวะเลือดออกผิดปกติที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการติดตาม และขนาดตัวอย่างในการศึกษาอาจจะมีข้อจำกัด เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมีลักษณะทางประชากรหรือโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้มีนัยยะที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เนื่องจากทำให้เกิดการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบใหม่มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในแผนกผู้ป่วยนอกที่จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิผลของการใช้ยา ได้แก่ การใช้แบบประเมินการใช้ยาดาบิกาแทรนที่จะทำให้แพทย์และเภสัชกรสามารถคัดกรองข้อบ่งใช้ ประเมินความเหมาะสมของขนาดยาตามค่าการทำงานของไต ตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยาได้อย่างเป็นระบบ ช่วยลดความผิดพลาดในการสั่งใช้ยา และเพิ่มความเหมาะสมของการรักษา ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา ซึ่งสามารถที่จะขยายผลไปยังยาต้านแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ ๆ ตัวอื่น เช่น Rivaroxaban, Apixaban และ Edoxaban ซึ่งมีข้อบ่งใช้และข้อควรระวังที่คล้ายกับยาดาบิกาแทรน และสามารถที่จะขยายไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ลดปัญหาด้านยาและลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างชัดเจน ซึ่งถือเป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

สรุป การวิจัยนี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่าควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนใหม่มาใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและขยายผลไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ เนื่องจากสามารถ เพิ่มความรู้ความเข้าใจ ลดปัญหาที่เกี่ยวกับยา และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาแทรนใหม่ทำให้ระดับความรู้เรื่องยาดาบิกาแทรนเพิ่มขึ้นและลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาแล้วไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยใช้ Dabigatran และยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ (NOACs) เพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

2. ควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาควรศึกษาต่อเนื่องในเชิงคุณภาพเพื่อประเมินความเข้าใจและพฤติกรรมผู้ป่วยในการใช้ยาในระยะยาว ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่รับยาดาบิกาแทรนใหม่ เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

4. ควรมีการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ Mobile Application สำหรับติดตามการใช้ยา เตือนเวลารับประทานยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

บันทึกผลข้างเคียง และLINE Official Account ให้คำปรึกษาออนไลน์ ส่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยา นัดหมายติดตามผล เพื่อเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และทีมเภสัชกรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านที่ได้ร่วมมือและให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แสดงรายละเอียดผลิตภัณฑ์ยาพราดาซา 110 มก. (dabigatran etexilate mesilate) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://ndi.fda.moph.go.th/drug_detail/index/drug=6&rctype=1C&rcno=6100007&lpvncd=&lcntpcd=&lcnno=&licensee_no.
2. Ruff C T, Giugliano R P, Braunwald E, Hoffman E B, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. Lancet. 2014;383(9921):955-62.
3. Larock A S, Mullier F, Sennesael A L, Dupont A G, Verhamme P, Abdelmouttaleb I, et al. Appropriateness of prescribing dabigatran etexilate and rivaroxaban in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a prospective study. Ann Pharmacother. 2014;48(10):1258-68.
4. Sidman E, Cua S, Cua B, Mun M, Tomita D. Evaluation of dabigatran utilization and risk among hospitalized patients. Ann Pharmacother. 2014;48(3):349-53.
5. Bloom B S, et al. Taxonomy of Educational Objective. Handbook I: Cognitive Domain. New York: David Macay; 1975.
6. Hepler C D, Strand L M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.
7. Isaacs A N, Kawatkar A A, Rascati K. Medication utilization evaluation of dabigatran and rivaroxaban within a large, multicenter health system. Am J Health Syst Pharm. 2016;73 (5 Suppl 1):S35-41.
8. Hussain S, Jamil A, Naqvi S B, Verghese H. Drug use evaluation of dabigatran in a tertiary care hospital in United Arab Emirates. Eur J Hosp Pharm. 2013;20(2):106-9.
9. Hepler C D, Strand L M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.
10. Gladstone D J, Bui E, Fang J, Laupacis A, Lindsay M P, Tu J V, et al. How to monitor patients receiving direct oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation: a practice tool endorsed by Thrombosis Canada, the Canadian Stroke Consortium, the Canadian Cardiovascular Pharmacists Network, and the Canadian Cardiovascular Society. Ann Intern Med. 2015;163(5):382-5.
11. The use of dabigatran in general practice. Best Pract J [Internet]. 2011 [cited 2025 Oct 30]. Available from: https://bpac.org.nz/bpj/2011/september/dabigatran.aspx
12. Raval A N, Cigarroa J E, Chung M K, Diaz-Sandoval L J, Diercks D, Piccini JP, et al. Management of patients on non-vitamin

K antagonist oral anticoagulants in the acute care and periprocedural setting: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2017;135(10):e604-33.

13. Joglar J A, Chung M K, Armbruster A L, Benjamin E J, Chyou J Y, Cronin E M, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2024;149(1):e1-156.
14. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2017;70(1):50.
15. Armbruster A L, Buehler K S, Min S H, Riley M, Daly M W. Evaluation of dabigatran for appropriateness of use and bleeding events in a community hospital setting. Am Health Drug Benefits. 2014;7(7):376-84.
16. วิภา ธรรมทินโน. ยาต้านพิษจาเพาะสำหรับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ออกฤทธิ์โดยตรง. Thai Bull Pharm Sci. 2021;16(2):61-70.
17. ชาริณี มีอาษา, ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร, ชญานิศ น่าชม, สุปราณี สิงหพีระกุล, ผันสุ ชุมวรฐายี, วีรวรรณ อุชายภิชาต. การทบทวนรูปแบบและความเหมาะสมของขนาดยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. Srinagarind Med J. 2018;33(Suppl):114-24.
18. วิมล ตันสกุล. การทบทวนความเหมาะสมของการใช้ dabigatran ในผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่. เภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(1):25-37.
19. Comin J, Kallmes D F. Dabigatran (Pradaxa). AJNR Am J Neuroradiol. 2012;33(3):426-8.

การพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Development of Medicine and Medical Supplies Warehouse Management System at Roi Et Hospital

จิราภรณ์ สืบสำราญ*
Jiraporn Suebsamrarn
Corresponding author: E-mail: Jirapornc101@gmail.com
(Received: December 5, 2025; Revised: December 12, 2025; Accepted: January 10, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ และเปรียบเทียบอัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์คงคลังก่อนการพัฒนาระบบและหลังการพัฒนาระบบ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้พัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์โดยนำแนวคิดแบบลีน (Lean Management) การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (Vendor Management Inventory: VMI) มาปรับปรุงกระบวนการทำงาน เปรียบเทียบมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ และอัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์คงคลังระหว่างปีงบประมาณ 2566 (ก่อนพัฒนาระบบ) และปีงบประมาณ 2567 (หลังพัฒนาระบบ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบด้วย Paired sample t-test

ผลการวิจัย : ผลการศึกษาพบว่า มูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์เฉลี่ยก่อนพัฒนาระบบ 81.2 ± 10.5 ล้านบาท หลังพัฒนาระบบลดลงเหลือ 68.6 ± 8.8 ล้านบาท ($p<.001$) และอัตราการสำรองยาคงคลังเฉลี่ยก่อนพัฒนาระบบ 1.9 ± 0.3 เดือน หลังพัฒนาระบบลดลงเหลือ 1.4 ± 0.1 เดือน ($p<.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ด้วยแนวคิดแบบลีน เทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบ VMI สามารถลดมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ และอัตราการสำรองยาคงคลังได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้การบริหารจัดการคลังยามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่าย และลดความเสี่ยงจากยาหมดอายุ

คำสำคัญ : การบริหารคลังยา; ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย; การจัดการแบบลีน

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare the value of medicine and medical supplies inventory and the inventory turnover ratio before and after system development.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : This research developed a medicine and medical supplies warehouse management system by applying Lean Management concepts, information technology systems, and Vendor Management Inventory (VMI) system to improve work processes. The study compared the inventory value and turnover ratio between fiscal year 2023 (before system development) and fiscal year 2024 (after system development). Data were analyzed using descriptive statistics and compared using Paired sample t-test.

Main findings : The results showed that the average inventory value before system development was 81.2 ± 10.5 million baht, which decreased to 68.6 ± 8.8 million baht after system development ($p < .001$). The average inventory turnover ratio before system development was 1.9 ± 0.3 months, which decreased to 1.4 ± 0.1 months after system development ($p < .001$). The differences were statistically significant at 0.05 level.

Conclusion and recommendations : The development of medicine and medical supplies warehouse management system using Lean concepts, information technology, and VMI system significantly reduced inventory value and turnover ratio. This resulted in improved warehouse management efficiency, reduced costs, and minimized the risk of medication expiration.

Keywords : Medicine warehouse management; Vendor Management Inventory; Lean management

*Registered Pharmacist Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

ระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เป็นกระบวนการที่สำคัญในการบริหารจัดการโรงพยาบาล เนื่องจากยาและเวชภัณฑ์เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลและรักษาสุขภาพของผู้ป่วย และถือเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุดในโรงพยาบาล คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 30-40 ของงบประมาณดำเนินงานทั้งหมด[1-2] การบริหารคลังยาที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดต้นทุน เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และรักษามาตรฐานความปลอดภัยทางยา สำหรับในประเทศไทย โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ เช่น ข้อมูลสินค้าคงคลังไม่ถูกต้อง การขาดแคลนยา ยาหมดอายุ และการสำรองยามากเกินความจำเป็น[3-4] ระบบการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ประกอบด้วยห่วงโซ่อุปทานเภสัชภัณฑ์ 5 ด้าน ได้แก่ การจัดซื้อ การจัดเก็บ การกระจายสินค้า การจ่ายยาและการใช้ยา ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่รับรองคุณภาพของยาที่จะถูกส่งมอบไปถึงผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในกระบวนการดำเนินงานด้านนี้ ประกอบด้วยตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการบริหารคลังยา ได้แก่ มูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ อัตราการขาดคลัง และอัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์ โดยโรงพยาบาลที่มีการบริหารจัดการที่ดี จะมีต้นทุน การสำรองยาที่ต่ำ อัตราการขาดคลังที่ต่ำและมีอัตราคงคลังที่ต่ำ[5] อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลในประเทศไทยยังประสบปัญหาในด้านการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ เช่น ข้อมูลสินค้าคงคลังไม่ถูกต้อง การขาดแคลนยา ยาหมดอายุ และการสำรองยาที่มากเกินจำเป็น ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและต้นทุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล[4,6] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Siwadol Kanyakam et al.[1] พบว่า โรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยประสบปัญหาการจัดการสินค้าคงคลังที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดต้นทุนที่สูงและการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม

กระบวนการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์จากคลังยาไปยังหน่วยบริการจ่ายยามีความยุ่งยากซับซ้อน เป็นปัญหาส่งผลให้การบริหารยาและเวชภัณฑ์ขาดประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความล่าช้า ทำให้ต้องมีการสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่หน่วยบริการมากขึ้น เพื่อให้เพียงพอและทันต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่มากขึ้นเกินความจำเป็น และอาจเกิดมูลค่าความสูญเสียจากยาและเวชภัณฑ์หมดอายุ ระบบการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีความรวดเร็วและมีการบริหารข้อมูลที่แม่นยำจะทำให้สามารถวางแผนการสำรองยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารคลังยานั้นมีหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของ Khalil & Foo[7] ในปี ค.ศ.2024 ได้ศึกษาการปรับปรุงระบบบริหารยาในโรงพยาบาลโรคหัวใจแห่งแรกของออสเตรเลียโดยใช้แนวทาง Lean พบว่า สามารถลดระดับสินค้าคงคลังได้ ร้อยละ 51 และลดเวลาในการบริหารสินค้าคงคลังร้อยละ 42 ประหยัดต้นทุนแรงงานได้ปีละ 550,000 ดอลลาร์สหรัฐการศึกษาของ Sarunya Adirektawon et al.[8] ในปี ค.ศ.2024 ได้ศึกษาระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของไทย พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการหมุนเวียนสินค้าคงคลังจาก 6.31 เป็น 12.80 ลดมูลค่าสินค้าคงคลังเฉลี่ยร้อยละ 44-70 และลดต้นทุนการบริหารจัดการได้ร้อยละ 47-69 ขึ้นอยู่กับรูปแบบ VMI ที่เลือกใช้ การศึกษาของ Phonchanok Makpiboon & Sineenart Krichanchai[9] ในปี พ.ศ.2567 ได้ศึกษาประสิทธิผลของระบบ VMI ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดจันทบุรี พบว่า VMI สามารถลดอัตราสินค้าคงคลังเฉลี่ย เพิ่มอัตราการหมุนเวียนสินค้าคงคลัง เพิ่มความถูกต้องของสินค้าคงคลัง และส่งมอบสินค้าได้ครบถ้วนและตรงเวลา โดยบุคลากรมีความพึงพอใจอย่างมากต่อประสิทธิภาพด้านเวลา ความสะดวก และความถูกต้องของสินค้าคงคลัง และการศึกษาของชุติเดช มั่นคงธรรม และคณะ[10] ในปี ค.ศ.2025 ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารสินค้าคงคลังเภสัชภัณฑ์ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งโดยใช้ข้อมูลสินค้าคงคลัง 12,322 รายการ ได้ให้ข้อเสนอแนะนำ

ว่ารูปแบบการจัดซื้อที่เหมาะสมควรบูรณาการเครื่องมือต่างๆเข้าด้วยกัน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ อย่าง Artificial Intelligence (AI) Internet of Things (IoT) และ Machine Learning ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าในการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นที่จะต้องใช้หลากหลายวิธีการในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด

กระบวนการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ดำเนินการโดยคลังยาย่อยเป็นหน่วยเบิกยาจากคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อจ่ายยาให้ห้องยาต่างๆ ทำให้มีความซ้ำซ้อนในการทำงาน มูลค่าและปริมาณการสำรองยาและเวชภัณฑ์มากเกินความจำเป็น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการ ภาระค่าใช้จ่ายในการสำรองยาที่สูงขึ้น และความเสี่ยงต่อการเกิดยาหมดอายุ โดยข้อมูลการอัตราการสำรองยา 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2566 มีอัตราสำรอง 1.90 1.89 และ 1.85 เดือน ตามลำดับ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยนำแนวคิดที่ได้รับการพิสูจน์ประสิทธิภาพจากงานวิจัยล่าสุดมาบูรณาการเข้าด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดแบบลีน (Lean Management) เพื่อลดความสูญเปล่าในทุกกระบวนการทำงานและให้เจ้าหน้าที่ทำงานน้อยแต่ได้ผลงานที่มากกว่า การใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อให้สามารถรายงานการใช้ยาและปริมาณยาคงคลังได้อย่างแม่นยำและสะดวกในการเรียกรายงานต่างๆ และการนำระบบ VMI มาใช้ในการบริหารสินค้าคงคลังโดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลมาใช้ในการจัดการสินค้าคงคลัง และกระจายสินค้า ผู้วิจัยคาดหว่างว่าการบูรณาการแนวคิดทั้ง 3 แนวคิดจะสามารถแก้ไขปัญหาความซ้ำซ้อนในกระบวนการ ลดมูลค่าการสำรองยาและเวชภัณฑ์ เพิ่มความรวดเร็วและความถูกต้องในการให้บริการ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์และเปรียบเทียบอัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์คงคลังก่อนการพัฒนาระบบและหลังการพัฒนาระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยนำแนวคิดแบบลีน (Lean Management) การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (VMI Vender Management Inventory) มาปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงาน ด้วยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มูลค่ายาและเวชภัณฑ์คงคลัง มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่จ่ายยาจากคลัง โดยข้อมูลได้จากโปรแกรมจัดซื้อและบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา INVS ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 24 เดือน โดยแบ่งเป็น ก่อนพัฒนาระบบ: ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566) จำนวน 12 เดือน และ หลังพัฒนาระบบ: ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567) จำนวน 12 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางการพัฒนาระบบบริหารคลังยา และเวชภัณฑ์ ซึ่งประกอบด้วย 1) กระบวนการของคลังยาย่อยเบิกยาจากคลังยา ด้วยระบบการบันทึกข้อมูลด้วยการใช้เทคโนโลยี คือ ระบบโปรแกรม VMI (ปรับจากแบบเดิมซึ่งเป็นการเบิกด้วยใช้แบบฟอร์มกระดาษ) 2) ให้ห้องยาที่มีการสำรองยา เบิกยาผ่านระบบโปรแกรม VMI มายังคลังใหญ่โดยตรง โดยยกเลิกการเบิกยาของห้องยาจากคลังยาย่อย ซึ่งเป็นระบบการจัดการแบบลีน (Lean Management) เพื่อลดความซ้ำซ้อนในกระบวนการ

ดำเนินงาน 3) ปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายยาเป็นการเติมยาโดยคลังยาใหญ่ ทำหน้าที่เติมยาให้กับห้องยาตามปริมาณที่คำนวณไว้ ตามแนวคิดแบบลีน (Lean Management)

2. แบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสำหรับบันทึกมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ และอัตราการสำรองยา และเวชภัณฑ์คงคลังรายเดือน โดยเก็บข้อมูลจากระบบเอกสารและระบบโปรแกรม VMI

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานในรูปแบบเอกสารและจากรายงานจากโปรแกรม VMI ที่ใช้ในการพัฒนา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้บันทึกข้อมูลมูลค่าคงคลังและเวชภัณฑ์และอัตราสำรองยาและเวชภัณฑ์รายเดือน โดยเก็บข้อมูลในระยะก่อนการพัฒนาช่วงที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานเดิมของกระบวนการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 และช่วงที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานใหม่ของกระบวนการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2567 และทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณรา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ Paired sample t-test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับหลังการพัฒนาระบบ และวิเคราะห์อัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์ก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับหลังการพัฒนาระบบ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยเลขที่ RE062/2568 ลงวันที่ 2 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 (ก่อนการพัฒนาระบบ) ถึงวันที่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 (หลังการพัฒนาระบบ) โดยเปรียบเทียบมูลค่ายาสำรองคงคลังยาและเวชภัณฑ์ก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับหลังการพัฒนาระบบ และเปรียบเทียบอัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์ก่อนการพัฒนาระบบ เทียบกับหลังการพัฒนาระบบ ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

1. ผลการศึกษาในด้านมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ด้วยการเปรียบเทียบมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์คงคลังก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับหลังการพัฒนาระบบ และการเปรียบเทียบมูลค่าค่าคงคลังเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 มูลค่าคงคลังการก่อนและหลังพัฒนาระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์

หัวข้อ	มูลค่าต่ำสุด (ล้านบาท)	มูลค่าสูงสุด (ล้านบาท)	มูลค่าเฉลี่ย
ก่อนการพัฒนา (ปีงบ 66)	60.4	99.0	81.2 ± 10.5
หลังการพัฒนา (ปีงบ 67)	49.2	82.2	68.6 ± 8.8

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบมูลค่าคงคลังเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
ก่อนการพัฒนาระบบ	12 เดือน	81.2(10.5)	12.60	(6.4, 18.8)	<.001
หลังการพัฒนาระบบ	12 เดือน	68.6(8.8)			

จากตาราง 1 และ 2 แสดงมูลค่ายาและเวชภัณฑ์คงคลัง มูลค่าเฉลี่ยยาและเวชภัณฑ์คงคลังก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ มูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ต่ำสุด คือ 60.4 ล้านบาท มูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์สูงสุด คือ 99.0 ล้านบาท มูลค่าคงคลังและเวชภัณฑ์เฉลี่ย 81.2 ± 10.5 ล้านบาท หลังการพัฒนาระบบ พบว่า มูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์ต่ำสุด คือ 49.2 ล้านบาท มูลค่ายาและเวชภัณฑ์สูงสุด คือ 82.2 ล้านบาท มูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์เฉลี่ย 68.6 ± 8.8 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติแบบ Paired sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยมูลค่าคงคลังยาและเวชภัณฑ์หลังการพัฒนาระบบมีมูลค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p<.001) โดยลดลงร้อยละ 12.60

2. ผลการศึกษาในด้านอัตราการสำรองยาคงคลังก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับอัตราการสำรองยาคงคลังหลังการพัฒนาระบบ และอัตราการสำรองยาคงคลังยาและเวชภัณฑ์เฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับอัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์คงคลังหลังการพัฒนาระบบ ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 อัตราการสำรองยาคงคลังก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับอัตราการสำรองยาคงคลังหลังการพัฒนาระบบ

หัวข้อ	อัตราสำรองต่ำสุด (เดือน)	อัตราสำรองสูงสุด (เดือน)	อัตราสำรองเฉลี่ย
ก่อนการพัฒนา (ปีงบ 66)	1.2	2.3	1.9±0.3
หลังการพัฒนา (ปีงบ 67)	1.1	1.6	1.4±0.1

ตารางที่ 4 อัตราการสำรองยาคงคลังยาและเวชภัณฑ์เฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับอัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์คงคลังหลังการพัฒนาระบบ

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
ก่อนการพัฒนาระบบ	12 เดือน	1.9(0.3)	0.5	(0.3, 0.7)	<.001
หลังการพัฒนาระบบ	12 เดือน	1.4(0.1)			

จากตารางที่ 3 และตารางที่ 4 แสดงอัตราการสำรองยาคงคลังและอัตราการสำรองยาคงคลังเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบเทียบกับหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ อัตราสำรองคงคลังต่ำสุด คือ 1.2 เดือน อัตราการสำรองยาคงคลังสูงสุด คือ 2.3 เดือน อัตราสำรองยาคงคลังเฉลี่ย 1.9±0.3 เดือน หลังการพัฒนาระบบ พบว่า อัตราสำรองยาคงคลังเฉลี่ย 1.4±0.1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติแบบ Paired sample t-test พบว่า อัตราสำรองยาคงคลังเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบอัตราสำรองยาคงคลังเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (p<.001) โดยลดลงร้อยละ 0.5

วิจารณ์

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ยา ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยใช้แนวคิดการลีนเพื่อลดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย ก้องเกียรตินคร[11] ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน (Lean Management) มาใช้ในการปรับปรุงระบบเติมยาคงคลังของงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งพบว่าการใช้แนวคิดลีน (Lean Management) ทำให้ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดเวลาในการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ยาคงคลังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัชชา รุ่งโรจน์พานิช[12] ที่ทำการศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน (Lean

Management) เพื่อพัฒนากระบวนการจ่ายยาจากคลังยา ซึ่งพบว่า การใช้แนวคิดลีน (Lean Management) สามารถลดความสูญเปล่าในกระบวนการทำงานลดระยะเวลาในการเบิกจ่ายยาและเพิ่มความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในขั้นตอนการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของตรัยภพ แสงทอง และคณะ[13] ซึ่งทำการศึกษาการบริหารจัดการการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลด้วยระบบคัมบัง ซึ่งพบว่า การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยให้สามารถติดตามสถานะสินค้าคงคลังได้แบบเรียลไทม์ ลดความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล และช่วยในการวางแผนการสั่งซื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการนำระบบ VMI มาประยุกต์ใช้ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยมูลค่ายาคงคลังลดลงจาก 81.2 ล้านบาทต่อเดือน ลดลงเหลือ 68.6 ล้านบาทต่อเดือน ในด้านอัตราสำรองคงคลังเฉลี่ย พบว่า หลังการพัฒนาระบบเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์สามารถ ลดอัตราสำรองยาคงคลังเฉลี่ยจาก 1.9 เดือน เป็น 1.4 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรมิดา จิตมณี[14] ศึกษาการพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ สถาบันราชประชาสมาสัย จากการพัฒนากระบวนการทำงานดังกล่าว ทำให้ยกเลิกการสำรองยาที่คลังยาย่อย ส่งผลให้สามารถลดมูลค่าการสำรองยาและเวชภัณฑ์ของงานบริการจ่ายยาในภาพรวมได้จากมูลค่าสำรองยาและเวชภัณฑ์เฉลี่ย 3,797,706.25 บาทต่อเดือน ลดลงเหลือ 1,851,835.88 บาทต่อเดือน ลดลงเป็นมูลค่า 1,945,870.37 บาทต่อเดือน คิดเป็นลดลงร้อยละ 51.23 ในด้านระยะเวลาคงคลังเฉลี่ย พบว่า หลังการพัฒนาเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์สามารถลดระยะเวลาคงคลังเฉลี่ย ณ งานบริการจ่ายได้จาก 85.72 วัน เป็น 22 วัน ลดลง 63.72 วัน คิดเป็นลดลง ร้อยละ 75 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิติ โอสิริสกุล[15] ศึกษาการประยุกต์ระบบเติมสินค้าโดยผู้ขายเพื่อการเติมยาภายในโรงพยาบาลรามาธิบดี (APPLICATION OF THE VMI SYSTEM TO REPLENISH MEDICINE AT RAMATHIBODI HOSPITAL) พบว่า เมื่อนำไปใช้ในทุกห้องยา สามารถลดมูลค่าคงคลังของห้องยาได้ถึง 31,019,661 ถึง 36,209,721 บาท และที่คลังยาได้ถึง 70,780,840 ถึง 92,928,603 บาท รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของชะอรสิน สุขศรีวงค์ และคณะ[16] ศึกษาผลประโยชน์ด้านการเงินที่เกิดกับโรงพยาบาลจากการใช้ Vendor Management Inventory ของฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาล ทำให้มูลค่ายาคงคลังมีค่าลดลงโดยในกลุ่มที่มีรูปแบบการใช้ยาแบบสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอลดลงร้อยละ 30.98 และ 25.73 ตามลำดับ จำนวนวันเฉลี่ยที่ยาคงอยู่ในคลังลดลงจาก 10 วัน เป็น 6 และ 8 วันในกลุ่มยาที่มีรูปแบบการใช้แบบสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2566-2570 ของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย[17] ที่กำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีระบบบริหารคลังยา และเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการควบคุมสินค้าคงคลัง การป้องกัน ยาหมดอายุ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข และชัชนินทร์ อัจลานนท์[18] ที่พบว่าแนวทางการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อคุณภาพระบบยาและความปลอดภัยของโรงพยาบาลที่ดีจะต้องลดความเสี่ยงจากยาหมดอายุ ป้องกันการขาดแคลนยาและรักษาคุณภาพของยาตลอดห่วงโซ่อุปทาน การลดมูลค่าคงคลังและอัตราการสำรองที่ไม่เพียงแต่เป็นการลดต้นทุนแต่เป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยด้วย เนื่องจากยาที่หมุนเวียนเร็วขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการหมดอายุน้องลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรนัดดา ศรีสุพรรณ และคณะ[19] ที่พบว่าการประเมินประสิทธิภาพคลังยาด้วยการติดตามมูลค่าอัตราคงคลัง อัตราการสำรองยา อัตราการขาดคลังที่ต่อเนื่องจะทำให้โรงพยาบาลสามารถติดตามประเมินผลและพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ได้เป็นระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการเภสัชกรรมในระยะยาวต่อไป

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ การนำแนวคิดแบบลีน (Lean Management) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบริการสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (VMI) มาบูรณาการใช้ร่วมกัน ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ครอบคลุมในด้านกระบวนการทำงาน เทคโนโลยีและการจัดการห่วงโซ่อุปทาน และ

ผลการวิจัยของการศึกษาครั้งนี้ทำให้มูลค่าคงคลังและอัตราการสำรองยาลดลง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่อาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปใช้กับโรงพยาบาลที่มีขนาดหรือบริบทที่แตกต่างกัน และระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 12 เดือน อาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของระบบในระยะยาว และการวิจัยครั้งนี้ขาดการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ใช้ระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการนำระบบไปใช้อย่างต่อเนื่อง และไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ

ข้อค้นครั้งนี้มีนัยยะทางบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ คือ ทำให้การบริหารจัดการด้านคลังยาและเวชภัณฑ์มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น คือ การลดมูลค่าคงคลังยา เป็นการลดต้นทุน ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลสามารถนำเงินที่ประหยัดได้ไปใช้ในการพัฒนางานด้านอื่น ๆ หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และการลดอัตราการสำรองยา จะทำให้ลดความเสี่ยงจากยาหมดอายุ เป็นการประกันคุณภาพของยาได้ดีขึ้น

สรุป จากการศึกษาการพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ก่อนพัฒนาระบบเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์เปรียบเทียบกับหลังพัฒนาระบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยมูลค่ายาคงคลัง และค่าเฉลี่ยอัตราการสำรองยาคงคลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) หลังพัฒนาระบบการพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ด้วยแนวคิดแบบลีน เทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบ VMI ทำให้การบริหารจัดการคลังยามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่าย และนำไปสู่การลดความเสี่ยงจากยาหมดอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบที่พัฒนาขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้ระบบเพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. จากการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ พบว่า มียาหลายรายการที่ปริมาณยาที่บรรจุต่อกล่องไม่สอดคล้องกับปริมาณที่ห้องยาจ่าย ทำให้เจ้าหน้าที่คลังยาและเวชภัณฑ์เติมยาโดยใช้การประมาณการสำหรับจ่ายยา ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นนี้เพื่อนำมาพัฒนาประสิทธิภาพของการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทีมเภสัชกรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านที่ได้ร่วมมือและให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kanyakam S, Pimpa W, Kamlai K. Inventory management in medical stores of secondary care unit service level hospitals in Northeast of Thailand. Eng Access. 2018;4:17-23.
2. Chopra S, Meindl P. Supply chain management: strategy, planning, and operation. 7th ed. London: Pearson; 2016.
3. Kritchanchai D. A framework for healthcare supply chain improvement in Thailand. Oper Supply Chain Manag Int J. 2014;5:103-13.
4. Krichanchai S, MacCarthy B L. The adoption of vendor managed inventory for hospital pharmaceutical supply. Int J Logist Manag. 2017;28:755-80.
5. Williams BD, Tokar T. A review of inventory management research in major logistics journals: themes and future directions. Int J Logist Manag. 2008;19:212-32.
6. Kritchanchai D. A framework for healthcare supply chain improvement in Thailand. Oper

Supply Chain Manag Int J. 2014;5:103-13.

7. Khalil V, Foo S. A lean approach for improving medicines management in Australia's first cardiac hospital inventory system. Int J Health Plann Manag. 2024;39:1642-51.
8. Adirektawon S, Theeraroungchaisri A, Sakulbumrungsil RC. Efficiency of inventory in Thai hospitals: comparing traditional and vendor-managed inventory systems. Logistics. 2024;8(3):89.
9. Makepiboon P, Krichanchai S. Effectiveness of vendor-managed inventory system in drug inventory management in sub-district health-promoting hospitals. Sci Eng Health Stud. 2022;16:22050014.
10. ชุติเดช มั่นคงธรรม, ชิตพงษ์ อัยสานนท์, ปรียาภรณ์ ธีรพรเลิศรัฐ, เกียรติพงษ์ สันตะบุตร. การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลของรัฐ. Interdisciplinary Acad Res J. 2025;5(3):273-86.
11. วิชัย ก้องเกียรตินคร. ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนในการปรับปรุงระบบเติมเต็มยาคงคลังของงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2563;15(4):56-65.
12. ณัชชา รุ่งโรจน์พานิช. การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อพัฒนากระบวนการเบิกและจ่ายยาจากคลังยา. TUH Journal online. 2561;2(1):30-5.
13. ตรัยภพ แสงทอง, วรพงษ์ พิทยธรรม, วัฒนา เกื้อพิทักษ์, วุฒิกรณ์ วัฒนวงศ์. การบริหารจัดการการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลด้วยระบบคัมบัง. วารสารข่ายงานวิศวกรรมอุตสาหการไทย. 2564;7(2):76-83.
14. รมิดา จิตมณี. การพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ สถาบันราชประชาสมาสัย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;7(2):24-38.
15. นิติ โอสิริสกุล. การประยุกต์ระบบเติมสินค้าโดยผู้ขายเพื่อการเติมยาภายในโรงพยาบาลรามาธิบดี (APPLICATION OF THE VMI SYSTEM TO REPLENISH MEDICINE AT RAMATHIBODI HOSPITAL) [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
16. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, นิติ โอศิริสกุล, อารยา ศรีไพโรจน์, กุสาวดี เมลืองนนท์. ผลประโยชน์ด้านการเงินที่เกิดกับโรงพยาบาลจากการใช้ Vendor Management Inventory ของฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาล. Thai Journal of Thai Pharmacy Practice. 2563;11(1):160-70.
17. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://heyzine.com/flip-book/918a88b264.html
18. บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข, ชัชนินทร์ อัจลานนท์. การบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อคุณภาพระบบยาและความปลอดภัยโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.researchgate.net/publication/343808847
19. วรนัดดา ศรีสุพรรณ, พิมลพร ศรีสุวรรณ, รุ่งนภา สิงห์มณี, จินตนา หวังสันติกุล. การจัดทำตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ (ยา) สำหรับโรงพยาบาลสำนักงานสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เภสัชกรรมคลินิก. 2567;30(1):84-98.

ประสิทธิผลของการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม ลดภาวะปากแห้ง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา

Efficacy of a Novel Artificial Saliva Formulation in Alleviating Symptoms Of Xerostomia in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy

ภัทรมน กังวาฬไกรไพศาล* พิชญดา ศุภจรูญทรัพย์**
Phattharamon Kangwankaiphaisan, Pitchayada Suphacharunsap
Corresponding author: Email: taung410@gmail.com
(Received: December 5, 2025; Revised: December 12, 2025; Accepted: January 10, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม ประเมินประสิทธิผลและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับน้ำลายเทียมสูตรใหม่เปรียบเทียบกับสูตรเดิม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมโดยใช้ Carboxymethylcellulose (CMC) เป็นส่วนประกอบหลัก ศึกษาความตัวทางกายภาพและจุลชีวภาพในสภาวะการเก็บรักษา 3 สภาวะ (2-8°C, ต่ำกว่า 25°C และอุณหภูมิห้อง) เป็นเวลา 180 วัน ระยะที่ 2 ศึกษาประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจำนวน 20 รายที่เคยได้รับน้ำลายเทียมสูตรเดิมเปรียบเทียบกับสูตรใหม่ และประเมินประสิทธิผลในการลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วย จำนวน 25 ราย โดยใช้เกณฑ์ Objective Xerostomia according to the LENT SOMA scale ประเมิน 4 ครั้ง (ก่อนการใช้ และหลังการใช้ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์) ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติอนุมาน Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย : น้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นมีความคงตัวทางกายภาพและจุลชีวภาพที่ดีตลอดระยะเวลา 180 วัน ไม่พบเชื้อจุลินทรีย์ในทุกสภาวะการเก็บรักษา ด้านประสิทธิผล พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 3.52±0.51 เป็น 2.52±0.59, 2.08±0.28 และ 1.76±0.44 ในการประเมินครั้งที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ (ลดลงร้อยละ 28.4, 40.9 และ 50.0) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(3,72) = 108.716$, $p<.001$] ด้านความพึงพอใจพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 โดยรวม โดยเฉพาะด้านการไม่มีกลิ่นเหม็นหืนของน้ำมัน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 208) และด้านรสชาติที่ไม่เลี่ยน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 135)

สรุปและข้อเสนอแนะ : สูตรตำรับน้ำลายเทียมที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพดี มีความคงตัว มีประสิทธิผลในการลดภาวะปากแห้งอย่างมีนัยสำคัญ และได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกในการจัดการภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา

คำสำคัญ : น้ำลายเทียม; ภาวะปากแห้ง; มะเร็งศีรษะและลำคอ; รังสีรักษา; Carboxymethylcellulose; โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To develop an artificial saliva formulation, evaluate its effectiveness in reducing xerostomia, and assess patient satisfaction with the new formulation compared to the original formula.

Study design : Research and Development.

Materials and Methods : This study was conducted in two phases. Phase 1 involved the development of an artificial saliva formulation using Carboxymethylcellulose (CMC) as the primary component. Physical and microbiological stability were evaluated under three storage conditions (2-8°C, below 25°C, and room temperature) for 180 days. Phase 2 comprised a satisfaction assessment among 20 patients who had previously received the original artificial saliva formulation compared to the new formula, and an efficacy evaluation for xerostomia reduction in 25 patients using Objective Xerostomia according to the LENT SOMA scale at four time points (baseline and three post-intervention assessments at 2-week intervals). Data were collected using a developed questionnaire and analyzed using descriptive statistics for general data and repeated measures ANOVA for inferential statistics.

Main findings : The developed artificial saliva formulation demonstrated good physical and microbiological stability throughout the 180-day period, with no microbial contamination detected under all storage conditions. Regarding effectiveness, the severity of xerostomia continuously decreased from 3.52±0.51 to 2.52±0.59, 2.08±0.28, and 1.76±0.44 at the first, second, and third assessments, respectively (reductions of 28.4%, 40.9%, and 50.0%), with statistically significant differences [$F(3,72) = 108.716$, $p<.001$]. Regarding satisfaction, overall patient satisfaction increased by 55%, particularly in the absence of rancid oil odor (208% increase) and non-greasy taste (135% increase).

Conclusions and Recommendations : The developed artificial saliva formulation demonstrated good quality, stability, significant effectiveness in reducing xerostomia, and increased patient satisfaction. It can be utilized as an alternative for managing xerostomia in head and neck cancer patients receiving radiotherapy.

Keywords : Artificial saliva; Xerostomia; Head and neck cancer; Radiotherapy; Carboxymethylcellulose; Roi Et Hospital

*Registered Pharmacist Professional Level, Roi Et Hospital.

**Doctor Senior Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก เนื่องจากอุบัติการณ์ ความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากสถิติในปี ค.ศ. 2018 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทย ถึง 114,199 คน เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2015 ถึงร้อยละ 54.45 (International Agency for Research on Cancer, 2019) ในปี พ.ศ. 2563 สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากรแยกตามเขตบริการสุขภาพทั่ว ประเทศ โดยข้อมูลจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 9,842 คน มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง 2,890 คน คิดเป็นร้อยละ 29.40 จากรายงานอุบัติการณ์พบว่าในประเทศไทยพบ มะเร็งศีรษะและลำคออยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งทั้งหมด[1]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นศูนย์รองรับผู้ป่วยมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และขอนแก่น นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยโรคมะเร็งจากทั่วประเทศตามนโยบาย Cancer anywhere ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่มารักษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีจำนวน 252 ราย การรักษามะเร็งศีรษะและลำคอมีหลากหลายวิธี แต่การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในปัจจุบัน การให้รังสีรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ รังสีจะผ่านบริเวณเยื่อบุในช่องปาก จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากทั้งระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง ในระยะเฉียบพลัน พบว่า เยื่อบุในช่องปากอักเสบ การรับรสชาดของอาหารลดลงในระยะเริ่มรังพบ ภาวะปากแห้ง กลืนลำบาก ขากรรไกรแข็ง เป็นต้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากมักจะเกิดกับผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอทุกราย หลังได้รับรังสีรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ จะพบภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ และภาวะปากแห้ง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมาอีกด้วย[2]

ภาวะปากแห้ง (Xerostomia) เป็นภาวะปากแห้ง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกช่องปากแห้ง มักเกิดจากต่อมน้ำลาย (Salivary gland) ทำงานน้อยกว่าปกติ[3] สาเหตุของการเกิดภาวะปากแห้งเหตุ เกิดจากหลายสาเหตุ การฉายรังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของ การเกิดภาวะปากแห้ง ภาวะปากแห้งมักเป็นภาวะความผิดปกติที่คงอยู่กับผู้ป่วยได้ยาวนานในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาถึงแม้ขนาดของรังสีรักษาจะอยู่ในช่วงการรักษา (Therapeutic doses) ก็ตาม ผู้ป่วยจะมีปริมาณน้ำลายลดลง เหนียวและหนืดข้น ทำให้เกิดความไม่สบายในช่องปาก มีอาการปวด มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Caries) การติดเชื้อในช่องปากเพิ่มมา[4] ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การรักษาและป้องกันภาวะปากแห้งมีหลายวิธี เช่น การดูแลสุขภาพในช่องปาก การจิบน้ำบ่อยๆ งดอาหารที่มีรสจัด การใช้น้ำลายเทียม และ การใช้ยากลุ่ม Cholinergic agonists เช่น ยา Pilocarpine และยา Cevimeline กระตุ้นการไหลของน้ำลาย ซึ่งมีราคาแพง และเป็นยานอกบัญชียาหลัก ซึ่งไม่ครอบคลุมสิทธิการรักษาในผู้ป่วยบัตรทองและประกันสังคม

จากข้อมูลข้างต้น ด้วยข้อจำกัดของการเข้าถึงน้ำลายเทียมที่มีราคาสูงและการเข้าถึงยากลุ่ม Cholinergic agonists ที่มีราคาแพง โดยเฉพาะในผู้ป่วยในสิทธิบัตรทองและประกันสังคมที่ต้องมีการร่วมจ่ายและรับภาระทางด้านการเงิน การใช้น้ำลายเทียม (Artificial Saliva) จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในลดภาวะปากแห้ง ปัจจุบันน้ำลายเทียมมีจำหน่ายในท้องตลาด มีราคาค่อนข้างแพง หลากหลายรูปแบบ หลายความแรง ซึ่งอาจสร้างความสับสนให้แก่ผู้ป่วย รังสีแพทย์จึงมีความต้องการให้เภสัชกรรมงานผลิตกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงผลิตน้ำลายเทียมเพื่อลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา สูตรตำรับน้ำลายเทียมในสูตรแรกที่ผลิตออกมาพบปัญหาว่ามีรสชาติที่เฝื่อน มีการเกาะยึดเกาะเยื่อเมือกไม่ค่อยดี ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการใช้น้ำลายเทียม จากเหตุผลดังกล่าวจึงมี เภสัชกรรมงานผลิต กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ทำการศึกษาวิจัยนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์การพัฒนาตำรับน้ำลายเทียมสูตรใหม่ขึ้น เพื่อให้เพิ่มการยึดเกาะเยื่อเมือกได้ดีขึ้น ให้ความชุ่มชื้นแก่ช่องปากรสชาติที่ดีขึ้น มีคุณภาพตามหลักเภสัชกรรม เพิ่มความร่วมมือในการใช้

น้ำลายเทียมของผู้ป่วย และสูตรตำรับน้ำลายเทียมที่พัฒนา มีประสิทธิผลการลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม (Artificial Saliva) ประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับสูตรตำรับน้ำลายเทียมสูตรใหม่เทียบกับสูตรเก่า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เป็นการวิจัยและพัฒนาสูตรน้ำลายเทียมโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม กำจัดปัจจัยที่อาจส่งผลต่อลักษณะทางกายภาพ และความคงตัวของน้ำลายเทียม พร้อมศึกษาความคงตัวทางกายภาพในสภาวะการเก็บรักษาต่าง ๆ ณ ช่วงเวลาที่กำหนดหลังการเตรียมยา เป็นการศึกษาความคงตัวทางกายภาพของตำรับที่มีความคงตัวสูงสุดซ้ำพร้อมศึกษาความคงตัวทางจุลชีวภาพของน้ำลายเทียมเพิ่มเติม เมื่อเก็บรักษาตามสภาวะ ณ ช่วงเวลาที่กำหนดหลังการเตรียมยาเช่นเดิม

ระยะที่ 2 ประเมินความพึงพอใจของสูตรน้ำลายที่พัฒนากับสูตรเก่าจากผู้ป่วยและประเมินประสิทธิภาพในการลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา จากรังสีแพทย์ ผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะละลำคอ ที่มีภาวะน้ำลายแห้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะละลำคอ ที่มีภาวะน้ำลายแห้งที่ได้รับน้ำลายเทียมที่เคยได้รับน้ำลายเทียมสูตรเก่ามาก่อน จำนวน 20 ราย มาประเมินความความพึงพอใจของสูตรน้ำลายที่พัฒนากับสูตรเก่า ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

- อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยและทราบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้รับการรักษารังสีรักษา หลังรับการรักษาด้วยรังสีรักษามีภาวะปากแห้ง จากการวินิจฉัยจากรังสีแพทย์ เคยได้รับน้ำลายเทียมสูตรเก่าแล้ว
- สามารถพูดหรืออ่านหรือเข้าใจภาษาไทย
- ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและมีคำสั่งให้น้ำลายเทียมที่พัฒนาสูตรตำรับขึ้นโดยแพทย์และทันตแพทย์ที่ไม่ใช่รังสีแพทย์

2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะละลำคอ ที่มีภาวะน้ำลายแห้งที่ได้รับน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาช่วงเวลา (1 เมษายน 2568 - 30 กันยายน 2568) โดยไม่เคยได้รับน้ำลายเทียมมาก่อน ซึ่งมีจำนวน 25 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

- อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยและทราบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้รับการรักษารังสีรักษา หลังรับการรักษาด้วยรังสีรักษามีภาวะปากแห้ง จากการวินิจฉัยจากรังสีแพทย์
- สามารถพูดหรืออ่านหรือเข้าใจภาษาไทย
- ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- ไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิต เช่น โรค ซึมเศร้า โรคจิตเภท
- ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต มีสติสัมปชัญญะเป็น ปกติ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และมีคำสั่งให้น้ำลายเทียมที่พัฒนาสูตรตำรับขึ้นโดยแพทย์และ

ทันตแพทย์ที่ไม่ใช่รังสีแพทย์

- ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Cholinergic agonists ที่ใช้การรักษา ภาวะปากแห้งได้แก่ Pilocarpine และ Cevimeline เนื่องจากยากลุ่มนี้มีผลต่อการวัดประสิทธิผลลดภาวะปากแห้ง ที่ได้รับน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนา ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้

- ผู้ป่วยถอนตัวจากงานวิจัย

เกณฑ์ถอนตัว

- ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้น้ำลาย เช่น พูดไม่ชัด รับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลงไป การย่อยอาหารผิดปกติ และกลืนอาหารลำบาก เป็นต้น ซึ่งอาสาสมัครไม่ประสงค์จะเข้างานวิจัยต่อ

- หากพบผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น อาการแพ้ยา ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการลมพิษ หายใจลำบาก หน้าบวม ริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม เป็นต้น

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา มีภาวะปากแห้งที่ได้รับน้ำลายสูตรเดิมจากจากการสืบค้นข้อมูลจาก Hos-xp พบมีผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดประมาณ 10 รายต่อเดือน ทำการตรวจสอบ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2567-30 ตุลาคม 2567 มีจำนวนผู้ป่วย 30 คน จึงใช้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับน้ำลายเทียมสูตรพัฒนาทั้งหมดที่มาตามนัดช่วงเวลาที่กำหนด 6 เดือน ช่วงเวลา (1 เมษายน 2568 - 30 กันยายน 2568) ตามข้อกำหนดของเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกลักษณะทางกายภาพ และจุลชีพของน้ำลายเทียมที่พัฒนาโดย กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ใช้บันทึกลักษณะทางกายภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในสภาวะแวดล้อมการเก็บยาต่างๆ และ ผลตรวจจุลชีพของน้ำลายเทียม

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะปากแห้ง Objective Xerostomia แห้ง ซึ่งตอบโดยรังสีแพทย์ ประเมินอาการปากแห้งครั้งที่ Code no เพศ อายุ โรคประจำตัวของอาสาสมัคร ประเมินภาวะปากแห้ง ตาม LENT SOMA scale

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อน้ำลายเทียมที่พัฒนาโดยกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จะประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อสภาพทางกายภาพของยา ได้แก่ รสชาติ กลิ่น สี และ บรรจุภัณฑ์ เป็นแบบสอบถาม ที่ใช้เป็นคำถามชนิดประเมินค่า (Rating scale) ประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด, 4 หมายถึง พึงพอใจมาก, 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง, 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

โดยจะประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะละลำคอ ที่มีภาวะน้ำลายแห้งที่ได้รับน้ำลายเทียมที่เคยได้รับน้ำลายเทียม ต่อสภาพทางกายภาพของยา ได้แก่ รสชาติ กลิ่น สี และการยึดเกาะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Content Validity)

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม 3 แบบ ดังนี้

- แบบบันทึกลักษณะทางกายภาพ และจุลชีพของน้ำลายเทียมที่พัฒนาที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1. แพทย์รังสีจำนวน 2 ท่าน 2. เภสัชกรชำนาญการงานผลิตยา จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.94

- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อน้ำลายเทียมที่พัฒนาโดยกลุ่มงานเภสัชกรรม ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1. แพทย์รังสีจำนวน 1 ท่าน 2. เภสัชกร ห้องยามะเร็ง จำนวน 2 ท่าน 3. พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวผู้ป่วยรับรังสีรักษา 1 ท่าน 4. พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.90

- แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะปากแห้ง Objective Xerostomia ซึ่งตอบโดยรังสีแพทย์ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน

5 ท่าน ประกอบด้วย 1. แพทย์รังสีจำนวน 2 ท่าน 2. เภสัชกร ห้องยามะเร็ง จำนวน 1 ท่าน 3. พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวผู้ป่วยรับรังสีรักษา 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.76

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดย คำนวณจากสูตรของครอนบาซหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่า ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลการวิเคราะห์ค่าเชื่อมั่น ดังนี้

- แบบสอบถามการความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีภาวะปากแห้งที่ได้รับสูตรตำรับน้ำลายเทียมสูตรใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

- แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะปากแห้ง Objective Xerostomia ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

- แบบบันทึกลักษณะทางกายภาพ และจุลชีพของยาที่พัฒนาโดย กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ใช้บันทึกลักษณะทางกายภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในสภาวะแวดล้อมการเก็บยาต่างๆ และ ผลตรวจจุลชีพของยาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม โดยทำการพัฒนาจากสูตรตำรับเดิม (สูตรที่ 1) ซึ่งมีปัญหาในด้านรสชาติที่เฝื่อน การเกาะยึดเยื่อเมือกไม่ดี และมีปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างสารของ Methylcellulose (MC) กับ Paraben ทำให้ลดประสิทธิภาพของสารกันเสีย ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาสูตรตำรับใหม่ (สูตรที่ 2) โดยการปรับเปลี่ยนสูตรตำรับ โดยการใช้ Carboxymethylcellulose (CMC), Glycerin เข้าไปแทน MC ซึ่งเป็นสูตรตำรับเดิม (สูตรที่ 1) จากนั้นทำการศึกษาความคงตัวทางกายภาพ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพของน้ำลายเทียมที่พัฒนาสูตรตำรับขึ้นเมื่อเก็บรักษาใน 3 สภาวะคือ 8-2 องศาเซลเซียส 25 องศาเซลเซียสและอุณหภูมิห้อง โดยเก็บในตู้เย็น และห้องปรับอากาศ และอุณหภูมิห้องที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศตามลำดับ ในวันที่ "180, 90 ,60 ,30, 7 ,0" วัน หลังการเตรียมยา ด้วยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพได้แก่ สี กลิ่น รส ต่อสภาวะการเก็บรักษาในแต่ละช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ณ งานเภสัชกรรมการผลิต กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และทำการศึกษาความคงตัวทางจุลชีวภาพ เพื่อดูการปนเปื้อนของจุลชีพทั่วไปและจุลชีพเฉพาะตามข้อกำหนดของ USP หมวดยาเตรียมเฉพาะคราวชนิดไม่ปราศจากเชื้อสำหรับน้ำลายเทียมที่พัฒนาสูตรตำรับขึ้นเมื่อเก็บรักษาใน 3 สภาวะคือ 8-2 องศาเซลเซียส 25 องศาเซลเซียสและอุณหภูมิห้อง โดยเก็บในตู้เย็นห้องปรับอากาศ และอุณหภูมิห้องที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศตามลำดับ ในวันที่ 90, 180" วัน หลังการเตรียมยาด้วยการเพาะเชื้อบน Enrich media คือ Blood agar ต่อสภาวะการเก็บรักษาในแต่ละช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ณ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินประสิทธิภาพในการลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา และประเมินความพึงพอใจของสูตรน้ำลายที่พัฒนาจากขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากกรรมการจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการชี้แจงแนวทางในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีภาวะปากแห้ง เพื่อป้องกันความลำเอียงในการดำเนินการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากเภสัชกรห้องจ่ายยามะเร็งชั้น 2 ตึกมะเร็งเป็นผู้ช่วยการเก็บข้อมูล ซึ่งก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลนักวิจัยได้ทำความเข้าใจผู้เก็บวิจัยให้เข้าใจในขั้นตอนการเก็บข้อมูล การให้ตอบ

แบบสอบถาม และทบทวนจนมั่นใจว่าผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตรงกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจะเริ่มดำเนินการทดลอง โดยมีนักวิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

2. ดำเนินการทดลอง โดยมีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. พัฒนาตำรับน้ำลายเทียมสูตรใหม่ ระยะเวลา 1 เดือน ทดสอบความคงตัวทางกายภาพและทางชีวภาพน้ำลายเทียมสูตรใหม่ ในวันที่ “0, 7, 30 วัน และกำหนดอายุน้ำลายเทียมที่พัฒนา ตาม United State Pharmacopeia (USP) Chapter 795 Preserved aqueous dosage forms มีอายุ 35 วัน หลังจากพัฒนาตำรับน้ำลายเทียมสูตรใหม่ ระยะเวลา 1 เดือน ทดสอบความคงตัวทางกายภาพ น้ำลายเทียมสูตรใหม่ ในวันที่ “0, 7 และ 30 วัน กำหนดอายุน้ำลายสูตรใหม่ 35 วัน ตาม United State Pharmacopeia (USP) Chapter 795 Preserved aqueous dosage forms จึงนำน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนา มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจ และการประเมินประสิทธิภาพในการลดภาวะปากแห้ง

2. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา มีภาวะปากแห้งต่อสูตรตำรับน้ำลายเทียมใหม่กับสูตรเก่า คือผู้ป่วยที่เคยได้รับน้ำลายเทียมสูตรเก่ามาก่อน จำนวน 20 ราย

3. การประเมินประสิทธิภาพในการลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยประเมินจากรังสีแพทย์หลังได้รับน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนา โดยทำการประเมิน 3 ครั้ง โดยรังสีแพทย์ (ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งคอและศีรษะ ได้รับฉายแสง 25-30 แสง ใช้เวลา 3-2 เดือน) ดังนี้

- ทำการประเมินครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวิจัยว่ามีภาวะปากแห้ง และได้รับน้ำเทียมไปใช้แล้ว 1 สัปดาห์ (ผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งคอและศีรษะ ได้รับฉายแสงที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทุกวันจันทร์-ศุกร์ ยกเว้นวันหยุด)
- ทำการประเมินครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยได้รับน้ำลายเทียมครบ 1 เดือน
- ทำการประเมินครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยได้รับน้ำลายเทียมครบ ได้รับฉายแสงครบ (3 เดือน)

4. ทดสอบความคงตัวทางกายภาพในวันที่ 60, 90 และ 180 วัน และทางชีวภาพ น้ำลายเทียมสูตรใหม่ในวันที่ 90 และ 180 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปละวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังนี้

1. การพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาเปรียบเทียบเทียบสูตรตำรับ และลักษณะทางกายภาพของยาเตรียม

2. การศึกษาความคงตัวทางกายภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาเปรียบเทียบเทียบการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพที่สังเกตได้ได้แก่ สี กลิ่น รส ช่วงเวลาต่าง ๆ ที่ทำการศึกษา ความคงตัวทางกายภาพของน้ำลายเทียมจะใช้การสังเกตลักษณะทางกายภาพของยาในวันที่ 0, 7, 30, 60, 90 และ 180 นับจากวันที่ผลิต

3. การศึกษาความคงตัวทางจุลชีวภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาเปรียบเทียบผลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาจากการเจริญของจุลชีพทั่วไปบน Blood agar บน Sabouraud dextrose agar ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ ที่ทำการศึกษาความคงตัวทางชีวภาพ จะใช้ผลการเพาะเชื้อในวันที่ 90 และ 180 วันจากวันที่ผลิต

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วย (ผู้ป่วยที่เคยได้รับน้ำลายเทียมสูตรเก่า) ต่อลักษณะทางกายภาพของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนากับสูตรเดิม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. ประสิทธิภาพของยาจะเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบทดสอบแบบเกี่ยวกับภาวะปากแห้ง (Objective xerostomia) ของผู้ป่วยได้รับน้ำลายสูตรใหม่ (ยังไม่เคยรับน้ำลายมาก่อน) ก่อนและหลังได้รับน้ำลายเทียม 1 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้ สถิติ Repeated Measure ANOVA ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และ

ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยเลขที่ RE055/2568 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิลของการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมในการลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมให้มีคุณภาพดีขึ้น ประเมินประสิทธิผลในการลดภาวะปากแห้งและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับน้ำลายเทียมสูตรใหม่เปรียบเทียบกับสูตรเดิม ซึ่งผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม จากการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมโดยงานเภสัชกรรมการผลิต กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า สูตรตำรับเดิม (สูตรที่ 1) มีปัญหาในด้านรสชาติที่เฝื่อน การเกาะยึดเยื่อเมือกไม่ดี และมีปัญหาการเกิดปฏิกิริยาระหว่างสารของ Methylcellulose (MC) กับ Paraben ทำให้ลดประสิทธิภาพของสารกันเสีย ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาสูตรตำรับใหม่ (สูตรที่ 2) โดยการปรับเปลี่ยนสูตรตำรับเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งสูตรตำรับที่พัฒนาขึ้นใหม่เป็นของเหลวใสที่มีความหนืดปานกลาง มีรสชาติที่ดีขึ้น ละมีคุณสมบัติในการเกาะยึดเยื่อเมือกที่ดีกว่าสูตรเดิม ซึ่งสำหรับผลการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมนี้ประกอบด้วยผลการศึกษา 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ผลการทดสอบความคงตัวของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนา 2) ผลการทดสอบความคงตัวด้านจุลชีวภาพ ดังต่อไปนี้

1.1 ผลการทดสอบความคงตัวของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาในด้านความคงตัวทางกายภาพ เมื่อทำการทดสอบความคงตัวทางกายภาพของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่ในสภาวะการเก็บรักษา 3 สภาวะ ได้แก่ อุณหภูมิ °8-2C อุณหภูมิต่ำกว่า °25C และอุณหภูมิห้อง ในช่วงระยะเวลา 180 วัน พบว่า น้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีความคงตัวทางกายภาพที่ดี ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางกายภาพในทุกสภาวะของการเก็บรักษา ตลอดระยะเวลา 180 ซึ่งแสดงข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความคงตัวทางกายภาพของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่

ระยะเวลา	อุณหภูมิ 2-8°C	อุณหภูมิต่ำกว่า 25°C	อุณหภูมิห้อง
วันที่ผลิต	ของเหลวใส มีความหนืด	ของเหลวใส มีความหนืด	ของเหลวใส มีความหนืด
7 วัน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
30 วัน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
60 วัน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
90 วัน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
180 วัน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

1.2 ผลการทดสอบด้านความคงตัวทางจุลชีวภาพ โดยทำการทดสอบความคงตัวทางจุลชีวภาพของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่ ด้วยการทดสอบที่ระยะเวลา 90 วัน และ 180 วัน ในสภาวะการเก็บรักษา 3 สภาวะ ได้แก่ อุณหภูมิ 2-8°C อุณหภูมิต่ำกว่า 25°C และอุณหภูมิห้อง ผลการเพาะเชื้อ พบว่า ไม่พบเชื้อจุลินทรีย์ในทุกสภาวะของการเก็บรักษา ตลอดระยะเวลา 90 วัน และ 180 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสูตรตำรับที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งแสดงข้อมูลใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความคงตัวทางจุลชีวภาพของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่

ระยะเวลา	อุณหภูมิ 2-8°C	อุณหภูมิต่ำกว่า 25°C	อุณหภูมิห้อง
90 วัน	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ
180 วัน	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ

2. ผลการประเมินประสิทธิผลการลดภาวะปากแห้ง

การศึกษาประสิทธิผลของน้ำลายเทียมในสูตรตำรับที่พัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อลดภาวะปากแห้ง โดยการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งตามเกณฑ์ Objective Xerostomia according to the LENT SOMA scale ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Grade 1-4) โดยทำการประเมินทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการใช้น้ำลายเทียม และหลังการใช้น้ำลายเทียม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและมีภาวะปากแห้ง จำนวน 25 ราย ประกอบด้วย เพศชาย 13 ราย (ร้อยละ 52.0) เพศหญิง 12 ราย (ร้อยละ 48) มีอายุเฉลี่ย 54.10 (ช่วงอายุ 37-72 ปี) มีโรคประจำตัว 13 ราย (ร้อยละ 52.0) ซึ่งผลการประเมินประสิทธิผลการลดภาวะปากแห้ง พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงอย่างต่อเนื่อง คือ ก่อนการใช้ มีระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง 3.52 ± 0.51 ในการประเมินครั้งที่ 1 มีระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงเหลือ 2.52 ± 0.59 (ลดลงร้อยละ 28.4 เมื่อเทียบกับก่อนการใช้) ในการประเมินครั้งที่ 2 มีระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงเหลือ 2.08 ± 0.28 (ลดลงร้อยละ 40.9 เมื่อเทียบกับก่อนการใช้) และในการประเมินครั้งที่ 3 มีระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงเหลือ 1.76 ± 0.44 (ลดลงร้อยละ 50.0 เมื่อเทียบกับก่อนการใช้) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งตามเกณฑ์ Objective Xerostomia according to the LENT SOMA scale เมื่อเทียบกับก่อนการใช้

ช่วงเวลาประเมิน	Mean ± SD.	เปอร์เซ็นต์การลดลง
ก่อนการใช้	3.52 ± 0.51	-
ครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์)	2.52 ± 0.59	28.4%
ครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์)	2.08 ± 0.28	40.9%
ครั้งที่ 3 (6 สัปดาห์)	1.76 ± 0.44	50.0%

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) พบว่าระดับควารุนแรงของภาวะปากแห้งระหว่างช่วงเวลาต่าง ๆ มีความแตกต่างอย่างมีนนัยสำคัญทางสถิติ [$F(3, 72) = 108.716$, $p < .001$] ซึ่งสดงว่า การใช้น้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญตามระยะเวลาการใช้ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) Tests of Within-Subjects Effects

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	Partial Eta Squared
Time	44.030	3	14.677	108.716	<.001	0.678
Error (Time)	9.720	72	0.135	-	-	-

ผลการเปรียบเทียบรายคู่ (Post-hoc Pairwise Comparisons) เนื่องจากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ Repeated Measures ANOVA จึงได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ด้วย Paired t-test พร้อมปรับค่านัยสำคัญด้วยวิธี Bonferroni correction เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างแต่ละช่วงเวลา พบว่ามีวามแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ระหว่างทุกคู่ของช่วงเวลาการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งครั้งที่ 1, 2 และ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้ นอกจากนั้น เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาหลังการใช้ด้วยกันเอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกช่วงเวลาที่ทำการประเมิน ดังนั้น การพัฒนาน้ำลายเทียมสูตรใหม่มีประสิทธิผลในการลดภาวะปากแห้งอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงจากระดับ 3-4 (Absence of moisture, Sticky, Viscous saliva หรือ Absence of moisture, Coated mucosa) เหลือเพียงระดับ 1-2 (Normal moisture หรือ Scant saliva) การใช้น้ำลายเทียมที่พัฒนาขึ้นใหม่อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ภาวะปากแห้งดีขึ้นตามระยะเวลา เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งรายคู่ระหว่างช่วงเวลาต่าง ๆ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา (p<.01) โดยการใช้น้ำลายเทียมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ครั้งที่ 3) ให้ผลการลดความรุนแรงของภาวะปากแห้งดีที่สุด มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างจากก่อนการใช้สูงที่สุด เท่ากับ 1.760 (t=14.735, p<.001) ซึ่งหมายความว่า ระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงเฉลี่ย 1.760 ระดับจากก่อนการใช้ (ก่อนการใช้ เท่ากับ 3.52) รองลงมาคือการใช้น้ำลายเทียมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ครั้งที่ 2) ที่มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างจากก่อนการใช้เท่ากับ 1.440 (t=14.212, p<.001) และการใช้น้ำลายเทียมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (ครั้งที่ 1) มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างจากก่อนการใช้น้อยที่สุด เท่ากับ 1.000 (t=12.247, p<.001) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งระหว่างช่วงเวลาหลังการใช้น้ำลายเทียมด้วยกันเอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกคู่การเปรียบเทียบเช่นกัน (p<.001) ได้แก่ ครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งที่ 1 มีความแตกต่าง 0.440 (t=4.342, p<.001) แสดงว่าการใช้น้ำลายเทียมต่อเนื่องจาก 2 สัปดาห์เป็น 4 สัปดาห์ จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะปากแห้งได้เพิ่มขึ้นอีก 0.440 ระดับ (จาก 2.52 เหลือ 2.08) เมื่อเปรียบเทียบครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 1 มีความแตกต่าง 0.760 (t=6.363, p<.001) แสดงว่าการใช้ต่อเนื่องจาก 2 สัปดาห์เป็น 6 สัปดาห์ จะช่วยลดความรุนแรงได้เพิ่มขึ้นอีก 0.760 ระดับ (จาก 2.52 เหลือ 1.76) และเมื่อเปรียบเทียบครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 2 มีความแตกต่าง 0.320 (t=3.361, p=.003) แสดงว่าการใช้ต่อเนื่องจาก 4 สัปดาห์เป็น 6 สัปดาห์ ยังคงช่วยลดความรุนแรงได้เพิ่มขึ้นอีก 0.320 ระดับ (จาก 2.08 เหลือ 1.76) โดยสรุปได้ว่าประสิทธิผลในการลดภาวะปากแห้งของน้ำลายเทียมที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึง ยิ่งใช้น้ำลายเทียมต่อเนื่องนานขึ้นเท่าไร ความรุนแรงของภาวะปากแห้งจะยิ่งลดลงมากขึ้นตามไปด้วย โดยที่การลดลงของความรุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาที่ทำการประเมิน (p<.001 ในทุกคู่การเปรียบเทียบ) ซึ่งแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งก่อนการใช้ (ก่อน) เปรียบเทียบรายคู่ระหว่างช่วงเวลาต่าง ๆ (Post-hoc Pairwise Comparisons) และเปรียบเทียบช่วงเวลาหลังการใช้ระหว่างช่วงเวลาต่าง ๆ

การเปรียบเทียบ	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง	t-statistic	p
ก่อน vs ครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์)	1.000	12.247	<.001*
ก่อน vs ครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์)	1.440	14.212	<.001*
ก่อน vs ครั้งที่ 3 (6 สัปดาห์)	1.760	14.735	<.001
ครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์) vs ครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์)	0.440	4.342	<.001
ครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์) vs ครั้งที่ 3 (6 สัปดาห์)	0.760	6.363	<.001
ครั้งที่ 2 (4 สัปดาห์) vs ครั้งที่ 3 (6 สัปดาห์)	0.320	3.361	.003

3. ผลการประเมินความพึงพอใจและผู้ป่วยต่อน้ำลายเทียม การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาละมีภาวะปากแห้ง จำนวน 20 ราย โดยทำการเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างน้ำลายเทียมสูตรเดิม (สูตรที่ 1) และน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่ (สูตรที่ 2) ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ รสชาติ กลิ่น สี บรรจุภัณฑ์ ชื่อยาที่ระบุและความชัดเจนของวันที่ผลิตและวันหมดอายุ โดยใช้มาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด) โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 20 ราย ประกอบด้วย เพศชาย 11 ราย (ร้อยละ 55) เพศหญิง 9 ราย (ร้อยละ 45) มีอายุเฉลี่ยอายุเฉลี่ย 53.4 ปี (ช่วงอายุ 34-78 ปี) โดยมีโรคประจำตัว 10 ราย (ร้อยละ 50) โดยผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างการใช้น้ำลายเทียมสูตรเดิมและสูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของการใช้สูตรที่พัฒนาขึ้นใหม่เพิ่มขึ้นจากการใช้สูตรเดิม ร้อยละ 55 (จาก 0.61±2.01 เป็น 0.68±3.21) โดยการพัฒนาสูตรตำรับในด้านการไม่มีกลิ่นเหม็นหืนของน้ำมัน เพิ่มขึ้นสูงสุด ร้อยละ 208 (จาก 0.41±1.20 เป็น 0.66±3.70) ซึ่งแสดงข้อมูลในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างน้ำลายเทียมสูตรเดิมและสูตรที่พัฒนา

ด้านการประเมิน	สูตรที่ 1 (Mean±SD.)	สูตรที่ 2 (Mean±SD.)	%ความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น	ระดับ
รสชาติไม่เลี่ยน	1.55 ± 0.60	3.65 ± 0.75	↑135%	ดี
ไม่มีกลิ่นเหม็นหืนของน้ำมัน	1.20 ± 0.41	3.70 ± 0.66	↑208%	ดี
สีของตัวยาน่าใช้งาน	1.80 ± 0.41	2.35 ± 0.49	↑31%	ปานกลาง
บรรจุภัณฑ์พกพาสะดวก	2.10 ± 0.31	2.25 ± 0.44	↑7%	เล็กน้อย
ชื่อยาระบุไว้ชัดเจน	2.70 ± 0.47	3.25 ± 0.64	↑20%	ปานกลาง
ความชัดเจนของวันที่ผลิตและวันหมดอายุ	2.70 ± 0.47	3.50 ± 0.69	↑30%	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	**2.01± 0.61**	**3.12± 0.68**	**↑55%**	**ดี**

วิจารณ์

การพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียม ได้ใช้หลักการเปลี่ยนส่วนประกอบหลักจาก Methylcellulose (MC) มาเป็น Carboxymethylcellulose (CMC) เนื่องจาก CMC มีคุณสมบัติในการเกาะยึดเยื่อเมือกที่ดีกว่า และไม่เกิดปฏิกิริยากับสารกันเสีย Paraben ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในสูตรเดิม[11] นอกจากนี้ยังได้เพิ่ม Glycerin เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและหล่อลื่นในช่องปาก และใช้ Sweet Orange เพื่อปรับปรุงรสชาติให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนเดช สินธุเสก และคณะ[5] ที่ได้พัฒนาน้ำลายเทียมโดยการเน้นการปรับปรุงรสชาติและคุณสมบัติในการเกาะยึดเยื่อเมือก การพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมนี้ได้ทำการศึกษาผลความคงตัวทางกายภาพละทางด้านจุลชีวภาพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า น้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางกายภาพตลอดระยะเวลา 180 วัน ในทุกสภาวะการเก็บรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสูตรตำรับที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมของส่วนผสมและมีเสถียรภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวทางการศึกษาความตัวของยาตามหลักการของ WHO guidelines on stability testing[6] และเป็นไปตามมาตรฐานของเภสัชตำรับแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (United States Pharmacopia, USP)[7] ที่กำหนดให้ยาเตรียมที่เป็นของเหลวต้องมีความคงตัวทางกายภาพตลอดอายุการใช้งาน สำหรับความคงตัวทางจุลชีวภาพที่พบว่าไม่พบเชื้อจุลินทรีย์ที่ระยะเวลา 90 วัน และ 180 วัน ในทุกสภาวะการเก็บรักษา แสดงให้เห็นว่าสารกันเสีย Paraben concentrate ที่ใช้ในสูตรตำรับมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจริญของจุลินทรีย์ได้ดี เป็นไปตามข้อกำหนดของ USP Chapter 795 Preserved aqueous dosage forms ที่กำหนดว่ายาเตรียมเฉพาะคราวชนิดไม่ปราศจากเชื้อต้องปราศจากการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นอันตราย ดังนั้นน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นจึงมีความปลอดภัยในการนำไปใช้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดอายุของน้ำลายเทียมไว้ที่ 35 วัน ตามแนวทางของ USP Chapter 795[7] ซึ่งถือเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับยาเตรียมเฉพาะคราวที่มีสารกันเสีย

การศึกษาประสิทธิผลการลดภาวะปากแห้ง พบว่าน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการลดภาวะปากแห้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลา การใช้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวดี ขัดทะเสมา และคณะ[2] ที่พบว่าการใช้น้ำลายเทียมอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยลดภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษาได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอิ่มใจ ชิตาพนารักษ์ และคณะ[8] ที่แสดงให้เห็นว่าการรักษาภาวะปากแห้งด้วยยาหรือน้ำลายเทียมสามารถปรับปรุงอาการได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาถึงกลไกการออกฤทธิ์ของน้ำลายเทียมสูตรที่พัฒนาขึ้น พบว่า Carboxymethylcellulose (CMC) ที่เป็นส่วนประกอบหลักมีคุณสมบัติในการเพิ่มความหนืดและความชุ่มชื้นของน้ำลายเทียม ทำให้สามารถเกาะยึดกับเยื่อเมือกในช่องปากได้นานขึ้น ช่วยให้ความชุ่มชื้นอยู่ในช่องปากได้นานกว่าน้ำธรรมดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kapourani et al.[9] ที่อธิบายว่า CMC เป็น Polymer ที่มีคุณสมบัติในการดูดซับน้ำและเกาะยึดกับเยื่อเมือก ทำให้เหมาะสำหรับการใช้ในน้ำลายเทียม นอกจากนี้ Glycerin ยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นและหล่อลื่นในช่องปาก ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Furness et al.[10] ที่แสดงให้เห็นว่า Topical therapies ที่มีส่วนประกอบของ Humectants และ Lubricants มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปากแห้ง การที่ระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งลดลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วงเวลาที่ทำการประเมิน (ครั้งที่ 1 ลดลงร้อยละ 28.40, ครั้งที่ 2 ลดลงร้อยละ 40.90 และครั้งที่ 3 ลดลงร้อยละ 50) แสดงให้เห็นว่าการใช้น้ำลายเทียมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการบรรเทาอาการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Brosky[11] ที่ระบุว่าการจัดการภาวะปากแห้งต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้ป่วยควรใช้น้ำลายเทียมอย่างสม่ำเสมอตลอดวันเพื่อรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้

กับการศึกษาอื่นๆ พบว่าระดับการลดลงของความรุนแรงของภาวะปากแห้ง (ร้อยละ 50) สูงกว่าการศึกษาของปาริยานันท์ จารุจินดา[12] ที่ศึกษาน้ำลายเทียมผสมพิโลคาร์ปีน ซึ่งพบการลดลงประมาณร้อยละ 30-40 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสูตรตำรับที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มีการปรับปรุงส่วนประกอบให้มีคุณสมบัติในการเกาะยึดเยื่อเมือกที่ดีขึ้น และมีระยะเวลาในการติดตามผลที่ยาวนานกว่า (6 สัปดาห์) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าแม้น้ำลายเทียมจะสามารถลดความรุนแรงของภาวะปากแห้งได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่สามารถขจัดอาการได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการปากแห้งในระดับ 1-2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dirix et al.[13] ที่ระบุว่าภาวะปากแห้งจากการฉายรังสีรักษามักเป็นภาวะที่คงอยู่ยาวนานและยากต่อการรักษาให้หายขาด เนื่องจากเกิดจากความเสียหายของต่อมน้ำลายที่ไม่สามารถฟื้นฟูได้อย่างสมบูรณ์

การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 โดยรวม โดยเฉพาะด้านการไม่มีกลิ่นเหม็นหืนของน้ำมันที่เพิ่มขึ้นสูงสุด (เพิ่มขึ้นร้อยละ 208) และด้านรสชาติที่ไม่เลี่ยน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 135) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thirayu B et al.[14] ที่พบว่ารสชาติและกลิ่นของน้ำลายเทียมมีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาและสอดคล้องกับการศึกษาของดุสิต สร้อยสน[15] ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาน้ำลายเทียมที่มีคุณสมบัติทางกายภาพที่ดี มีรสชาติและกลิ่นที่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย การที่ความพึงพอใจด้านรสชาติและกลิ่นเพิ่มขึ้นอย่างมากนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งมักมีปัญหาในการรับรสชาติอยู่แล้ว ดังนั้น หากน้ำลายเทียมมีรสชาติที่ไม่ดี จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Villa et al.[4] ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะปากแห้งมักประสบปัญหาในการรับประทานอาหารและมีความไวต่อรสชาติที่เปลี่ยนแปลง การปรับปรุงรสชาติและกลิ่นของน้ำลายเทียมจึงช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการลดภาวะปากแห้งในที่สุด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่าความพึงพอใจในบางด้านเพิ่มขึ้นไม่มากนัก เช่น ด้านบรรจุภัณฑ์ที่พกพาสะดวกเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 7 แสดงให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นต้องพัฒนาในด้านนี้ต่อไป เช่น การออกแบบบรรจุภัณฑ์ให้มีขนาดเล็กลง ง่ายต่อการพกพา และมีฝาปิดที่สะดวกในการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำลิน เทียมแก้ว[16] ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาบริการที่ครบวงจร รวมถึงการออกแบบบรรจุภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

จุดเด่นของการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมที่มีการทดสอบความคงตัวในสภาวะการเก็บรักษาที่แตกต่างกันและหลายจุดเวลา ซึ่งเป็นการยืนยันด้านความปลอดภัยของตำรับที่พัฒนาขึ้นและมีการประเมินประสิทธิผลในเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งการพัฒนาตำรับขึ้นเองในระดับโรงพยาบาลจะทำให้เพิ่มการเข้าถึงการรักษา ลดความเหลื่อมล้ำ และลดต้นทุนในการจัดซื้อยาที่มีราคาแพง และข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งอาจจะส่งผลต่อกำลังทางสถิติ (Statistical power) ในการตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ และความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ เช่น ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งอาจมีช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) ที่กว้าง และระยะเวลาในการติดตามที่สั้น อาจไม่เพียงพอต่อการประเมินประสิทธิผลในระยะยาว

ข้อค้นพบครั้งนี้มีนัยยะต่อลดภาวะปากแห้ง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา คือ น้ำลายเทียมที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความรุนแรงของภาวะปากแห้งได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยสามารถลดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

สรุป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสูตรตำรับน้ำลายเทียมสามารถปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้มีคุณสมบัติที่ดีขึ้น มีความคงตัวทางกายภาพและจุลชีวภาพที่ดี มีประสิทธิผลในการลดภาวะปากแห้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก น้ำลายเทียมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้

เป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดการภาวะปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับนโยบาย Cancer anywhere ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าถึงการรักษาและการดูแลที่มีคุณภาพได้ในทุกพื้นที่ โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสามารถพัฒนานวัตกรรมด้านยาด้วยตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่าย และเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองด้านยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพในภาพรวม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของน้ำลายเทียมที่พัฒนาขึ้นกับน้ำลายเทียมที่จำหน่ายในท้องตลาดและยามาตรฐานในการรักษาภาวะปากแห้ง ในลักษณะ Randomized controlled trial เพื่อยืนยันประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาน้ำลายเทียมในรูปแบบอื่นๆ เช่น Gel, Spray หรือ Lozenge ซึ่งอาจมีความสะดวกและประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่หลากหลายตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล และควรศึกษาเพิ่มในด้านของการพัฒนาสูตรตำรับโดยการเพิ่มส่วนประกอบอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น Fluoride สำหรับป้องกันฟันผุ, Antimicrobial agents สำหรับลดการติดเชื้อ, หรือ Enzyme systems เพื่อเลียนแบบคุณสมบัติของน้ำลายธรรมชาติมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้น้ำลายเทียมในระยะยาว อย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยในระยะยาว รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม รวมถึงการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) และผลกระทบทางงบประมาณ (Budget impact analysis) ของการใช้น้ำลายเทียมที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณและการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ เช่น การทดสอบ Viscosity, pH, Osmolality และการทดสอบ Antimicrobial effectiveness test เพื่อยืนยันคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อย่างครบถ้วน

5. ควรมีการขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้งจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคภูมิต้านตนเอง ผู้ที่ใช้ยาหลายชนิด เพื่อขยายขอบเขตการใช้งานและเพิ่มประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และทีมเภสัชกรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านที่ได้ร่วมมือและให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html.
2. ปิยวดี ขัดทะเสมา, พรรณวดี พุธวัฒนะ, ดรุณี ชุณหะวัต. ภาวะน้ำลายแห้ง วิธีจัดการ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา. วารสารรามาธิบดีพยาบาลศาสตร์. 2553;16(1):41-53.
3. Sultana N, Sham M E. Xerostomia: An overview. J Dent Clinics. 2011;3(2):58-61.
4. Villa A, Polimeni A, Strohmenger L, Cicciù D, Gherlone E, Abati S. Dental patients' self-reports of xerostomia and associated risk factors. J Am Dent Assoc. 2011;142(7):811-6.
5. ธนเดช สินธุเสก, นวกมล สุริยันต์, นุชลินดา เอี่ยมบุตรลบ,

วรรณา ฉายอรุณ, สุมิตร เมตไดรย์, ปัจจัย เนื่องโคตะ. การศึกษาประสิทธิผลของน้ำลายเทียมจากว่านหางจระเข้ผสมไซลิทอลและฟลูออไรด์ในการป้องกันเหงือกอักเสบและอาหารปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีและเคมีบำบัด. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2551;58(3):189-95.

6. World Health Organization. WHO guidelines on stability testing of pharmaceutical products containing well established drug substances in conventional dosage forms. Geneva: WHO; 1996.
7. The United State Pharmacopoeia. The National Formulary. Pennsylvania: National Publishing; 2014.
8. อิ่มใจ ชิตาพนารักษ์, พิมพ์ขวัญ กำเนิดศุภผล, เอกสิทธิ ธราวิจิตรกุล, ยุพา สุมิตสวรรค์, พิชิต สิทธิไตรย์, เธียรไชย ภัทรสกุลชัย, และคนอื่นๆ. ผลการยาเม็ดพิโลคาร์ปีนในการรักษาภาวะน้ำลายแห้งจากการฉายรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ: การศึกษาทางคลินิกแบบ single-center, single-blind. J Med Assoc Thai. 2551;91(9):1410-15.
9. Kapourani A, Kontogiannopoulos K N, Manioudaki A-E, Poulopoulos A K, Tsalikis L, Assimopoulou A N, et al. A review on xerostomia and its various management strategies: the role of advanced polymeric materials in the treatment approaches. Polymers (Basel). 2022;14(5):850.
10. Furness S, Worthington H V, Bryan G, Birchenough S, McMillan R. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD008934.
11. Brosky ME. The role of saliva in oral health: strategies for prevention and management of xerostomia. J Support Oncol. 2007;5(5):215-25.
12. ปาริยานันท์ จารุจินดา. การศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบของประสิทธิผลน้ำลายเทียมผสมพิโลคาร์ปีนในผู้ป่วยภาวะน้ำลายแห้งหลังการฉายแสงเพื่อรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอเปรียบเทียบกับน้ำลายเทียมอย่างเดียว [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
13. Dirix P, Nuyts S, Van den Bogaert W. Radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a literature review. Cancer. 2006;107(11):2525-34.
14. Thirayu B, Tanita N, Somratai V. A comparative study of carboxymethylcellulose and enzyme-containing saliva substitute on quality of life in head and neck cancer patient with self-report postradiation-xerostomia. Thai Pharm Health Sci J. 2554;6(1):17-24.
15. ดุสิต สร้อยสน. การตั้งตำรับและการประเมินน้ำลายเทียมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาปากแห้งน้ำลายน้อย. ใน: การประชุมวิชาการทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 10; 19-21 กรกฎาคม 2567; ณ โรงแรมมารวยการ์เด้น กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย: 2567.
16. น้ำลิน เทียมแก้ว. การศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีการศึกษา 2560 [รายงานการวิจัย]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patient Stroke : Study 2 Care

สมหมาย สาตื้อ*
Sommai Satue
Corresponding author: E-mail: panmai260820@gmail.com
(Received: December 8, 2025; Revised: December 15, 2025; Accepted: January 15, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

รูปแบบการวิจัย : การศึกษากรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative case study) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย : คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนศิลา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล การทบทวนเวชระเบียนการสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบในด้านปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผลการวิจัย : กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 81 ปี มีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัยเป็น Recurrent stroke ประเมินเป็น Stroke non fast track และส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น หลังพ้นภาวะวิกฤตส่งกลับมาดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 35 ปี มีอาการเดินเซ แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน ต่อมาซึมลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ประเมินเป็น Stroke fast track ได้รับการวินิจฉัย Hemorrhagic stroke ได้รับยา Recombinant tissue plasminogen activator ทางหลอดเลือดดำ และใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น

สรุปและข้อเสนอแนะ : การดูแลรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมตามระบบ Fast track ช่วยเพิ่มความปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรค และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยควรมีระบบติดตามต่อเนื่องและเสริมสร้างความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง; การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

Abstract

Purposes : To study nursing care for patients with stroke through a comparative analysis of two case studies.

Study design : A comparative case study of two patients with stroke admitted to the Emergency and Forensic Nursing Department at Non Sila Hospital, Khon Kaen Province.

Materials and Methods : Two stroke patients were selected using purposive sampling. Data were collected from medical records, interviews with relatives, and direct observation using structured data record forms. Data analysis focused on comparative analysis of risk factors, pathophysiology, clinical manifestations, treatment approaches, nursing problems and diagnoses, and discharge planning.

Main findings : Case 1 was an 81-year-old Thai male who presented with slurred speech and tongue stiffness 3 hours prior to hospital arrival. He was diagnosed with recurrent stroke, assessed as non–fast track stroke, and referred to Khon Kaen Hospital. After stabilization, he was transferred back for rehabilitation care. Case 2 was a 35-year-old Thai male who presented with acute unsteady gait and limb weakness, followed by decreased consciousness, 1 hour prior to hospital arrival. He was assessed as fast track stroke and diagnosed with hemorrhagic stroke. The patient received intravenous recombinant tissue plasminogen activator and endotracheal intubation, and was referred to Khon Kaen Regional Hospital. After the critical phase, he was discharged home with a rehabilitation plan.

Conclusion and Recommendations : Timely and appropriate stroke management, particularly through the fast track system, enhances patient safety, reduces disease severity, and promotes functional recovery. Continuous follow-up and education for relatives and caregivers are essential to support rehabilitation and reduce the risk of stroke recurrence.

Keywords : Stroke; Nursing care

*Professional Nurse, Non Sila Hospital, Khon Kaen Province.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ มีความรุนแรง เป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และความพิการของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ.2565 องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก[1] รายงานว่า โรคหลอดเลือด สมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบ เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง WHO พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอด เลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนต่อปี สาเหตุเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในสมองทำให้ สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสูญเสียการทำงานอย่างเฉียบพลัน[2] ระยะเวลาที่เกิดอาการ[3] ซึ่งมาตรฐานการรักษาในปัจจุบันได้แก่ การมีระบบ Stroke Fast Track[4] โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มีการพัฒนาให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเข้าถึงการรักษาเร็วที่สุด ช่องทางด่วนตั้งแต่ระบบบริการฉุกเฉิน มีการเร่งคิว CT-Scan สมองโดยลดขั้นตอนปกติและเร่งบริการฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาด้วยยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ให้ทันภายในระยะเวลา 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) นับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือด[5] เพื่อให้เนื้อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยลดการเสียชีวิตและความพิการได้ถึงร้อยละ 30[6] จากรายงานสถิติสาธารณสุข[7] กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2566-2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 และ 363,688 รายตามลำดับ เสียชีวิต 36,214 และ 39,068 รายตามลำดับ ในเขตสุขภาพที่ 7[8] พบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดเป็นลำดับ 1 ปี พ.ศ.2566 - 2568 เท่ากับ 12.70%, 14.76% และ 14.76% ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าสูงอยู่ในลำดับที่ 3 ปี เท่ากับ 0.97, 1.04 และ 1.13 ต่อแสนประชากร แยกรายจังหวัดพบว่าจังหวัดขอนแก่นมีอัตราผู้ป่วยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ.2566-2568 เท่ากับ 6,535, 6,399, 7,310 อัตราตายผู้ป่วยโรคเท่ากับ 3.55%, 3.33% และ 1.34% ต่อ แสนประชากร อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แยกรายอำเภอ พบว่าอำเภอโนนศิลามีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 3, 14 และ 8 คนตามลำดับ และจากข้อมูล Stroke alert ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่อำเภอโนนศิลามีแนวโน้มสูงขึ้นของจังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกรณีศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษากรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative case study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนศิลา จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกตอาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกตระหว่างการดูแลรักษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น เลขที่รับรองจริยธรรม: ขก 0033.321.8.2/250

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ในด้านอายุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพของโรค และแนวทางการรักษา ส่งผลให้รูปแบบการพยาบาลและการพยากรณ์โรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลายเส้น รวมถึงมีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (Old CVA) และหยุดยาต่อเนื่องเป็นเวลานานหลังการผ่าตัดหัวใจ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของอาการที่พบไม่มากนัก โดยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ (GCS 15 คะแนน) และมีอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น พูดไม่ชัดและแขนขาซ้ายอ่อนแรง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและเมตาบอลิซึม ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นช้า และภาวะโพแทสเซียมสูง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในทางตรงกันข้าม กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยวัยหนุ่มที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 และมีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมกับการขาดการรักษาเป็นเวลานาน รวมถึงมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการเสื่อมและเปราะบาง ประกอบกับแรงดันโลหิตที่สูง ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในเนื้อสมอง (Acute intraparenchymal hemorrhage) ซึ่งแสดงออกด้วยระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงอย่างชัดเจน (GCS 8 คะแนน) และมีความรุนแรงของอาการมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการจัดอยู่ในกลุ่ม Stroke Fast Track และได้รับการรักษาเฉพาะทางอย่างเร่งด่วน รวมถึงการดูแลทางเดินหายใจและการให้ยา rt-PA ตามแนวทางการรักษามาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยง และการวิเคราะห์เชิงพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
เพศ / อายุ	ชายไทย อายุ 81 ปี	ชายไทย อายุ 35 ปี	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างด้านอายุอย่างชัดเจน ซึ่งอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเสื่อมของหลอดเลือดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
น้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI	50 กก. / 163 ซม. / BMI 18.81 (ต่ำกว่า เกณฑ์)	100 กก. / 170 ซม. / BMI 34.60 (อ้วนระดับที่ 2)	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	ความดันโลหิตสูง (ขาดการรักษานาน 1 ปี)	ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของผู้ป่วยทั้งสองราย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	หลายเส้น (Tri Vessel Disease)		
ประวัติการใช้ยา	ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดไขมัน ยาลดความดันโลหิต และยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ได้รับยาลดความดันโลหิตเพียงชนิดเดียว	การควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่สม่ำเสมอเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด
ประวัติการผ่าตัด	เคยได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft) ปี พ.ศ. 2565	ไม่มีประวัติการผ่าตัด	ประวัติโรคหัวใจร่วมกับภาวะหลอดเลือดเสื่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
พฤติกรรมสุขภาพ	ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด	สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง และดื่มสุราวันละ 1 ก๊ก	พฤติกรรมเสี่ยงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และเปราะบาง
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ไม่มีข้อจำกัดด้านการให้ยาจากประวัติการแพ้ยา
ประวัติครอบครัว	มีประวัติโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบิดาและญาติ	บิดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	ปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาทเสริมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง	มีประวัติ Old CVA ประมาณ 5 ปี และหยุดยานาน 5 ปี	ไม่มีประวัติ Old CVA	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิด Recurrent stroke จากการหยุดยาและมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ
การวิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรค	ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับประวัติ Old CVA และการหยุดยา	ภาวะอ้วนและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทำให้หลอดเลือด	ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันนำไปสู่กลไกการเกิดโรคที่แตกต่าง และต้องการการพยาบาลเฉพาะราย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
	ส่งผลให้เกิด Recurrent Stroke	เปราะบาง	
ระดับความรู้สึกตัวและการทำงานของระบบประสาท	Glasgow Coma Scale 15 คะแนน (E4V5M6) มีอาการพูดไม่ชัด (Dysarthria) และอ่อนแรงของแขนขาซ้าย	Glasgow Coma Scale 8 คะแนน (E3V1M4) ผู้ป่วยมีภาวะ Stuporous	ระดับความรู้สึกตัวที่แตกต่างสะท้อนความรุนแรงของการบาดเจ็บของสมองและมีผลต่อการเฝ้าระวังทางการพยาบาล
การตรวจรูม่านตา	รูม่านตาขนาด 3 มม. ตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง	รูม่านตาขนาด 3 มม. ตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง	การตอบสนองของรูม่านตาปกติบ่งชี้ว่ายังไม่พบสัญญาณของภาวะกดก้านสมอง
กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)	แขนขาซ้ายแรงกล้ามเนื้อระดับ 3 แขนขาขวาระดับ 5 ไม่พบภาวะ Facial palsy	แขนขาซ้ายแรงกล้ามเนื้อระดับ 2 แขนขาขวาไม่สามารถประเมินได้	ความแตกต่างของแรงกล้ามเนื้อสัมพันธ์กับตำแหน่งและขอบเขตของรอยโรคในสมอง
การประเมินความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองระบบหัวใจและการหายใจ	NIHSS แรกรับ 6 คะแนน ไม่พบอาการเจ็บแน่นหน้าอก ฟังปอดพบเสียง Rhonchi ทั้งสองข้าง	ไม่สามารถประเมิน NIHSS ได้เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ฟังปอดเสียงใส (lung clear)	NIHSS ช่วยประเมินความรุนแรงและแนวโน้มการฟื้นตัวของผู้ป่วย Lschemic stroke การประเมินระบบหายใจมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน
สัญญาณชีพ	ชีพจร 33–40 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O_2 saturation 90%	อุณหภูมิ 36.8°C ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 181/123 มม.	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะหัวใจเต้นช้า ส่วนรายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ผลการตรวจพิเศษ	EKG สงสัย Junctional bradycardia ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบโพแทสเซียมสูง (K^+ 6.5 mmol/L) และค่า Creatinine เพิ่มขึ้น (1.14 → 2.35 mg/dL)	ปรอท O_2 saturation 100% ยังไม่พบความผิดปกติทางหัวใจเด่นชัด	ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและไตส่งผลต่อการวางแผนการพยาบาลและการให้ยา
การวิเคราะห์พยาธิสภาพ	Recurrent ischemic stroke จากประวัติ Old CVA และการหยุดยาเป็นเวลานานหลังผ่าตัดหัวใจ	Acute stroke จากภาวะหลอดเลือดเปราะบางร่วมกับความดันโลหิตสูงและการสะสมของไขมันในหลอดเลือด	พยาธิสภาพที่แตกต่างกันนำไปสู่การดูแลรักษาและการพยาบาลที่แตกต่างกันตามสภาพผู้ป่วย
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	ตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, INR, DTX, ATK, EKG, CXR และ Troponin-T	ตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, PT, INR, DTX, ATK, EKG และ CXR	การตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยประเมินภาวะแทรกซ้อน ระบบไหลเวียนโลหิต และความพร้อมต่อการรักษาเฉพาะทาง
การดูแลระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิต	ให้ Atropine 1 mg ทางหลอดเลือดดำทันทีจำนวน 2 ครั้ง และให้ Dopamine infusion อัตราเริ่มต้น 10 ml/hr พร้อมติด Paddle ทั้งสองข้าง	ไม่มีภาวะหัวใจเต้นช้าที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะหัวใจเต้นช้าจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะ Hemodynamic instability อย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
การประเมินหัวใจด้วยเครื่องมือ	EKG พบลักษณะสงสัย Junctional Bradycardia และอัลตราซาวด์หัวใจพบ IVC ไม่โป่งพองและ LVEF อยู่ในเกณฑ์	ไม่พบความผิดปกติทางหัวใจเด่นชัด	ข้อมูลด้านการทำงานของหัวใจมีผลต่อการเลือกใช้ยาและ การพยาบาลเฝ้าระวัง
การแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางเมตาบอลิซึม	พอใช้ให้ Kalimate ร่วมกับน้ำทางปาก, 50% Glucose ร่วมกับ Regular insulin, Sodium bicarbonate และ Calcium gluconate เพื่อแก้ไขภาวะโพแทสเซียมสูง	ไม่พบภาวะโพแทสเซียมสูง	ภาวะโพแทสเซียมสูงเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขทันทีเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
การดูแลทางระบบทางเดินหายใจ	เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน O_2 saturation 90%	ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 ที่ตำแหน่ง 20 ซม.	ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงจำเป็นต้องดูแลทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก
การให้สารน้ำและการพยาบาลทั่วไป	ให้สารน้ำตามแผนการรักษาและติดตาม	ให้ 0.9% NSS 1,000 ml อัตรา 80 ml/hr และคา	การควบคุมสมดุลน้ำและการขับถ่ายมีความสำคัญต่อ
การตรวจทางรังสี	สัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ไม่ได้ตรวจ CT สมองในระยะแรก	สายสวนปัสสาวะ CT scan สมองพบ Acute intraparenchymal hemorrhage	การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผล CT scan เป็นข้อมูลสำคัญต่อการจัดกลุ่ม Stroke Fast Track
การประเมิน Stroke Track	วินิจฉัย Recurrent Stroke จัดอยู่ในกลุ่ม Stroke non Fast Track	วินิจฉัย Acute Intraparenchymal hemorrhage จัดอยู่ในกลุ่ม Stroke Fast Track	การจัดกลุ่ม Stroke Track มีผลต่อความเร่งด่วนในการรักษา

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
การรักษาเฉพาะทาง	รักษาภาวะแทรกซ้อนร่วมและส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น	ได้รับยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	แนวทางการรักษาแตกต่างกันตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง
ผลลัพธ์การรักษา	รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น 7 วัน และฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องประมาณ 6 เดือน	รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น 7 วัน และฟื้นฟูสมรรถภาพประมาณ 3 เดือน	ชนิดและความรุนแรงของโรคส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นฟูและการพยากรณ์โรค
การตรวจทางรังสี	ไม่ได้ตรวจ CT สมองในระยะแรก	CT scan สมองพบ Acute intraparenchymal hemorrhage	ผล CT scan เป็นข้อมูลสำคัญต่อการจัดกลุ่ม Stroke Fast Track
การประเมิน Stroke Track	วินิจฉัย Recurrent Stroke จัดอยู่ในกลุ่ม Stroke non Fast Track	วินิจฉัย Acute Intraparenchymal hemorrhage จัดอยู่ในกลุ่ม Stroke Fast Track	การจัดกลุ่ม Stroke Track มีผลต่อความเร่งด่วนในการรักษา
การรักษาเฉพาะทาง	รักษาภาวะแทรกซ้อนร่วมและส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น	ได้รับยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	แนวทางการรักษาแตกต่างกันตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง
ผลลัพธ์การรักษา	รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น 7 วัน และฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องประมาณ 6 เดือน	รักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 7 วัน และฟื้นฟูสมรรถภาพประมาณ 3 เดือน	ชนิดและความรุนแรงของโรคส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นฟูและการพยากรณ์โรค

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกัน แต่ความแตกต่างด้านปัจจัยเสี่ยงและพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้แนวทางการรักษาและการพยาบาลแตกต่างกันอย่างชัดเจน กรณีศึกษารายที่ 1 มุ่งเน้นการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนร่วมและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มุ่งเน้นการรักษาภาวะฉุกเฉินและการลดความเสียหายของเนื้อสมองในระยะเฉียบพลัน ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการอย่างเป็นระบบ การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน การจัดลำดับความสำคัญในการพยาบาล และการประสานการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทาง Stroke Track อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในระยะยาว ถือเป็นหัวใจสำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการรักษา

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

ประเภทข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 (Ischemic/ Recurrent Stroke)	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 (Hemorrhagic Stroke)
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะเฉียบพลัน	1) เสี่ยงต่อภาวะสมองขาดออกซิเจนเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงจากภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือด 3) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ 4) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) 5) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ	1) เสี่ยงต่อภาวะสมองขาดออกซิเจนเนื่องจากภาวะเลือดออกในสมอง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากภาวะเลือดออกในสมอง 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator; rt-PA) 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	6) มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของ	5) มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเภทข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 (Ischemic / Recurrent Stroke)	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 (Hemorrhagic Stroke)
ระยะฟื้นฟู	ร่างกาย เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทจากโรคหลอดเลือดสมอง 7) เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม 8) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวภายหลังจำหน่าย	ร่างกาย เนื่องจากความเสียหายของเนื้อสมองจากภาวะเลือดออกในสมอง 6) เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงและขาดความรู้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

จากตารางที่ 2 พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะเฉียบพลันของผู้ป่วยทั้งสองรายมีความคล้ายคลึงกันในประเด็นความเสี่ยงต่อภาวะสมองขาดออกซิเจนและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อย่างไรก็ตาม ข้อวินิจฉัยเฉพาะโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความแตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรค โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการจัดการปัญหาทางหัวใจและเมตาบอลิซึม ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 เน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและการช่วยหายใจในระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวร่างกาย ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำในระยะยาว

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมองมีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างเร่งด่วนในระยะเฉียบพลัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะภาวะสมองขาดออกซิเจนและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย ที่เน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทและการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤต กรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำร่วมกับภาวะหัวใจเต้นช้าและภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง พบว่าการดูแลทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการพยุงการไหลเวียนโลหิตและการแก้ไขความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ใจดี และคณะ[9] ที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมทางหัวใจและหลอดเลือดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง และต้องได้รับการเฝ้าระวังทางการพยาบาลอย่างเข้มข้น

ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด พบว่าการพยาบาลมุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและ

การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนฤมล แสงทอง และคณะ[10] ที่พบว่าการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก rt-PA และการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ในระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญญาภา วัฒนศิริ และคณะ[11] ที่ชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการสนับสนุนด้านจิตสังคม มีผลต่อการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จุดเด่นของการศึกษา การศึกษานี้เป็นรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย ซึ่งมีชนิดของโรคและพยาธิสภาพแตกต่างกัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำ และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง การศึกษาแสดงให้เห็นการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเชื่อมโยงพยาธิสภาพของโรคกับการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้การศึกษายังสะท้อนบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประสานการส่งต่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการให้บริการทางการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับเขต และระดับจังหวัด

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้เป็นการรายงานกรณีศึกษาเพียง 2 ราย จึงไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้ นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแต่ละรายอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่สามารถเปรียบเทียบเชิงสถิติได้อย่างชัดเจนอีกทั้ง การศึกษานี้ไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในภาพรวม

ข้อค้นพบครั้งนี้มีผลต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอาศัยการประเมินอย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับชนิดของโรคและระยะของการเจ็บป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมาะสมในระยะเฉียบพลันมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการลดอัตราการเสียชีวิต

ในระยะฟื้นฟู พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการสนับสนุนด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับพื้นที่ และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอาศัยระบบบริการที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ตั้งแต่ระดับชุมชน หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทันท่วงที โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รวมทั้งขยายและเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในการดำเนินระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) อย่างมีมาตรฐาน

2. ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งการอบรมระยะสั้นด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Basic Stroke Nurse) และการพัฒนาพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้

ความรู้ เทคโนโลยี และแนวปฏิบัติที่ทันสมัยในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

3. ควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปตระหนักและเข้าใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะการโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 รวมถึงการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก FAST (Face, Arm, Speech, Time) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันเวลา

4. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่มีภาวะโรคอ้วน เพื่อให้สามารถรับรู้และตอบสนองต่ออาการของโรคได้อย่างเหมาะสม

5. ควรสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนทุกระดับ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การป้องกันโรค และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในระยะยาว

6. ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิกฤติ ทั้งในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและระหว่างการส่งต่อ ให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และมีการกำกับติดตามการนำไปใช้ในทางปฏิบัติอย่างครอบคลุม

7. ผู้บริหารระดับนโยบายควรผลักดันการป้องกันและระบบการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นวาระสำคัญในระดับประเทศ เพื่อสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Global stroke factsheet 2022. Geneva: World Stroke Organization; 2022.
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2019 update. Circulation. 2019;139(10):e56–528.
3. Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management. Melbourne: Stroke Foundation; 2017.
4. โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. แนวทาง Stroke Fast Track และ Stroke Pathway. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น; 2566.
5. Powers W J, Rabinstein A A, Ackerson T, Adeoye O M, Bambakidis N C, Becker K, et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke. 2018;49(3):e46–110.
6. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008;359(13):1317–29.
7. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2566-2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/
9. ศิริพร ใจดี, สมชาย พรหมรักษา, และคนอื่นๆ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมทางหัวใจ และหลอดเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(2):45–58.
10. นฤมล แสงทอง, สุภาวดี ชัยศรี, และคนอื่นๆ. ผลของการดูแลทางการพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลเขตสุขภาพ. 2562;6(1):23–36.
11. บุญญาภา วัฒนศิริ, และคนอื่นๆ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(4):689–99.

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

Effectiveness of health care model for dependent elderly people with participation of caregivers in Ban Lat District, Phetchaburi Province

จิรนันท์ ศรีสุพรรณ* กัณฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ**
Jiranan Srisupun, Kanthaporn Mangprasert
Corresponding author: j.jiranan2517@gmail.com
(Received: December 20, 2025; Revised: December 25, 2025; Accepted: January 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ จำนวน 45 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ญาติ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสถิติ Paired t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม และ 4) การประเมินผลลัพธ์ ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และ 3) ญาติมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรเสริมสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสอนทักษะและให้คำแนะนำแก่ญาติเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน; แรงจูงใจ; สมรรถนะในการปฏิบัติงาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี
**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

Purposes : To develop a model and study the effectiveness of health care model for dependent elderly people with participation of caregivers.

Study design : Participatory Action Research.

Materials and Methods : The sample group consisted of 45 caregivers of the elderly, and 45 pairs of dependent elderly individuals and their relatives. The tool used for development was a program to enhance the competencies of caregivers in caring for dependent elderly individuals. Data was collected using questionnaires for caregivers of the elderly, an assessment of the ability to perform daily activities of the elderly, and guideline questions for interviewing relatives. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values. Hypothesis were tested using Paired t-test. The statistical significance was set at the .05 level.

Main findings : The developed model consists of four steps: 1) assessing the problem and care needs; 2) developing the competencies of caregivers; 3) implementing participatory care for dependent elderly people; and 4) evaluating the outcomes. The effectiveness of the model was found 1) caregivers showed an increase in their average scores for motivation and competence in caring for the dependent elderly people; 2) dependent elderly people showed an increase in their average scores for ADL; and 3) relatives showed an increase in average satisfaction scores regarding the care provided by caregivers to dependent elderly people. The results stated were statistically significant at the .01 level ($p < .001$).

Conclusion and recommendations : Motivation and competency development of caregivers should be continuously enhanced. And encourage caregivers to teach skills and provide guidance to relatives so that they can be involved in the ongoing care of the dependent elderly people at home. This will result in dependent elderly people having a greater ability to perform daily activities.

Keywords : Caregiver; Dependent elderly people; Activity Daily Living : ADL; Motivation; Care competency

*Expert professional nurse, Ban Lat Hospital, Phetchaburi Province.

**Practical professional nurse, Ban Lat Hospital, Phetchaburi Province.

บทนำ

โลกกำลังก้าวเข้าสู่ยุคที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าจะมีจำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเกิน 1 พันล้านคนทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2567 เป็นปีที่สังคมเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนผู้มีอายุเกิน 60 ปีมีมากถึงร้อยละ 20.7[2] โดยพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 14,027,411 คน[3] และเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2568 คาดว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.4 ล้านคน ในปี พ.ศ.2578 จะเพิ่มสัดส่วนเป็นร้อยละ 28 และในปี พ.ศ.2583 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.10 หรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด[4] การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทยได้ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านสังคมทำให้อัตราการพึ่งพิงสูง และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวหรืออาจถูกทอดทิ้งและเกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา[5]

ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2567 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.84 ติดบ้าน ร้อยละ 2.53 และติดเตียง ร้อยละ 0.63 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบมักเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.82 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 17.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.75 และโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.824 โดยในปี พ.ศ.2568 มีการคาดการณ์ไว้ว่าจะมีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านอยู่ราว 126,000 ราย และมีกลุ่มติดเตียงอยู่ราว 236,000 ราย[2] และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นเป็น 304,000 ราย และมีกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็น 581,000 ราย[6]

การยกระดับการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมหลักสำคัญที่ต้องเร่งปฏิรูป เพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี[7] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้านมี ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน[8] และได้จำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง 2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย 3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และ 4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต[9] ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงกำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการหกล้ม ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะและทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการดูแลรักษาจำนวนมาก[6] ภาวะการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5 ที่สุขภาพแข็งแรง[10]

สถานการณ์ดังกล่าวทำให้อุปสงค์ของผู้สูงอายุไทยต่อความต้องการ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care : LTC)” มีแนวโน้มสูงขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังซึ่งมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีความพิการทุพพลภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสำคัญเร่งด่วนโดยผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[10] ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) หมายถึงผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ หรือส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินหรือมีการเจ็บป่วย โดย CG 1 คน ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 5-10 คน[11]

ในปี พ.ศ.2567 อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 317 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 จำนวน 221 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 21 คน กลุ่มที่ 3

จำนวน 51 คน และกลุ่มที่ 4 จำนวน 24 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 74 คน[12] ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอัมพฤกษ์อัมพาต มีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า โดยที่ญาติและผู้ดูแลที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแล ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) มีภาระงานที่หนักทำให้เกิดความอ่อนล้าขาดแรงจูงใจและมีข้อจำกัดด้านสมรรถนะในการปฏิบัติงาน[13]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติโดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะและแรงจูงใจรวมถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลที่บ้านยังมีการศึกษาไม่มากนัก นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ยังเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหรือกึ่งทดลอง ขาดการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลญาติและผู้สูงอายุมีบทบาทร่วมกันตั้งแต่การประเมินปัญหาการพัฒนาศักยภาพ การปฏิบัติการดูแล และการประเมินผลลัพธ์ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว จึงควรสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำหน้าที่สนับสนุนญาติเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis & McTaggart[14]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research : one group, pre-test and post-test) ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 74 คน และ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ จำนวน 317 คู่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 45 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ จำนวน 45 คู่ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุและเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติโดยการเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีการรับรู้ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น ความจำ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ และยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันและยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน สำหรับญาติเป็นผู้ที่มีการรับรู้ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น ความจำ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบโปรแกรม และผู้ที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบโปรแกรม และญาติที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 คน

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ย้ายออกนอกเขตพื้นที่อำเภอบ้านลาดในระหว่างการศึกษาวิจัย ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย และมีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติที่ย้ายออกนอกเขตพื้นที่อำเภอบ้านลาดในระหว่างการศึกษาวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิต และญาติมีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกแบบโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร PAOR[14] ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยโปรแกรมการพัฒนาฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแล (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม (สัปดาห์ที่ 3–17) และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ (สัปดาห์ที่ 18)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคู่มือปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลอยู่ในปัจจุบัน และการเข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 2 แรงจูงใจ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ[15] ได้แก่ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 สามารถแปลผลได้ดังนี้[16] มีแรงจูงใจน้อย = 10.00–23.33 คะแนน, มีแรงจูงใจปานกลาง = 23.34–36.66 คะแนน, มีแรงจูงใจมาก = 36.67–50.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ[15] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.80 คะแนน, น้อย = 1.81–2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61–3.40 คะแนน, มาก = 3.41-4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21–5.00 คะแนน

ตอนที่ 3 สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ[15] ได้แก่ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 สามารถแปลผลได้ดังนี้[16] มีสมรรถต่ำ = 26.00-60.66 คะแนน, มีสมรรถนะปานกลาง = 60.67-95.32 คะแนน, มีสมรรถนะสูง = 95.33-130.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ[15] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00-1.80 คะแนน, น้อย = 1.81–2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61-3.40 คะแนน, มาก = 3.41-4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21-5.00 คะแนน

2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Activity Daily Living : ADL) ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีเกณฑ์ระดับความรุนแรงดังนี้[17] 0–4 คะแนน = ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด, 5–8 คะแนน = ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก, 9–11 คะแนน = ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง, 12–20 คะแนน = ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

3) แบบสัมภาษณ์ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน รายจ่ายของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ภาระหนี้สิน โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ[15] ได้แก่ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 สามารถแปลผลได้ดังนี้[16] มีความพึงพอใจน้อย = 25.00–58.33 คะแนน, มีความพึงพอใจปานกลาง = 58.34–91.66 คะแนน, มีความพึงพอใจมาก = 91.67–125.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ[15] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.80 คะแนน, น้อย = 1.81–2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61–3.40 คะแนน, มาก = 3.41–4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21–5.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่ามีความเหมาะสมและมีความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบแบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบสัมภาษณ์ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มละ 30 คน เพื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[18] ของแรงจูงใจ สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจของญาติ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .906, .914 และ .928 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมรายชื่อญาติที่ดูแล 2) ทำบันทึกเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด และสาธารณสุขอำเภอบ้านลาดเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมญาติผู้ดูแล 3) ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลบ้านลาด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบดูแลงาน LTC เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยและประสานการดำเนินงานในพื้นที่และด้านหน้า และ 4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ และ (2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับญาติก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ส่วนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) วิเคราะห์โดยใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงของบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)[17] และ 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจ สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) และความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBEC No. 30/2568 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเคร่งครัด มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแล พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอัมพฤกษ์อัมพาต มีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า การใช้ชีวิตประจำวันต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็น เตียงไฟฟ้า และเครื่องช่วยหายใจ ขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ ขาดการดูแลจากคนในครอบครัวเนื่องจากลูกหลานต้องออกไปประกอบอาชีพ บางรายถูกทอดทิ้ง ไม่มีรายได้ ด้านสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยไม่มีความเหมาะสมและขาดสุขลักษณะที่ดี เช่น ไม่มีเตียงที่ปรับระดับได้ ไม่มีทางลาดพื้นห้องน้ำลื่นและไม่มีราวจับ สำหรับญาติที่ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแล ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาระงานที่หนักทำให้เกิดความอ่อนล้า และขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ โดยที่กองทุน LTC สนับสนุนสวัสดิการตอบแทนเพียงเดือนละประมาณ 600–1,500 บาท การสนับสนุนจากภาครัฐในด้านงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ยังขาดความชัดเจน การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังมีน้อย การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่ครอบคลุม และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ สำหรับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (71.1%) มีอายุเฉลี่ย 82.02 ปี (SD. = 9.03) โดยอยู่ในช่วงอายุ 80–90 ปีมากที่สุด (55.6%) สถานภาพคู่ (48.9%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (86.7%) มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (64.4%) ไม่มีความพิการร่วม (77.8%) ผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นบุตร (33.3%) ระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.22 ปี โดยอยู่ในช่วง 1–3 ปีมากที่สุด (46.8%)

2. การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 53.42 ปี (SD. = 8.11) โดยอยู่ในช่วง 51–60 ปีมากที่สุด (57.7%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (60.0%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (48.9%) ประกอบอาชีพหลักรับจ้าง (33.3%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,055.55 บาท โดยอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท มากที่สุด (40.0%) มีรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 11,711.11 บาท โดยอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท มากที่สุด (46.7%) ไม่มีโรคประจำตัว (62.2%) ระยะเวลาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 6.44 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1–3 ปีมากที่สุด (42.2%) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแลเฉลี่ย 3.17 คน โดยดูแลเพียง 1 คนมากที่สุด (31.1%) เข้ารับการอบรมฟื้นฟูในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรอบปีที่ผ่านมา (86.7%) และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (60.0%)

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 1) ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1) โดยมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างความคุ้นเคยและการทำงานเป็นทีมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอน และกระบวนการในการดำเนินงาน กิจกรรมเสริมพลังเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการวางแผนแก้ไขปัญหาและการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุสรุปบทเรียนที่ได้รับพร้อมกับการวางแผนดำเนินงานในระยะต่อไป 2) ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สำรวจความต้องการการดูแลและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ พร้อมกับค้นหารากของปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้ที่จำเป็น และเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแรงจูงใจและมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวผู้สูงอายุ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ครบ 17 สัปดาห์) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจจาก 37.82 คะแนน (SD.=5.15) เพิ่มขึ้นเป็น 41.08 คะแนน (SD.=2.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นและยอมรับในตัวท่าน (Mean=4.68, SD.=.46) คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก 87.13 คะแนน (SD.=21.62) เพิ่มขึ้นเป็น 113.08 คะแนน (SD.=6.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p< .001$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน และรายงานต่อพี่เลี้ยงหรือผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรับทราบ (Mean=4.95, SD.=.20)

3. ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 3–17 ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล (Care plan) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คนจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ 1 คู่ตลอดโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน LTC ในพื้นที่ร่วมนิเทศ ให้คำปรึกษา และเยี่ยมเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะเข้าร่วมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุพร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อสังเกตการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นจะใช้กลุ่ม Line สำหรับประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และใช้เป็นชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุดำเนินการไปได้ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุมาประชุมกลุ่มย่อยโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 11–12 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำหน้าที่เป็น Node ของกลุ่มโซนทั้ง 4 กลุ่มโซน เพื่อติดตามประเมินผล เสริมสร้างขวัญกำลังใจพร้อมรับฟังความคิดเห็น สะท้อนปัญหาอุปสรรคและการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อจำกัดของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานรอบถัดไป

4. การประเมินผลลัพธ์ เมื่อปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมครบ 17 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงเชิญผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสะท้อนผลจากผู้สูงอายุและญาติ มีการถอดบทเรียน พบว่า ภายหลังการดำเนินงานพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างเห็นได้ชัด โดยในระยะก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในระดับ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง” (ร้อยละ 51.2) และ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก” (ร้อยละ 44.4) นอกจากนี้ยังมีผู้ที่อยู่ในภาวะ “ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด” อีก 2 ราย (ร้อยละ 4.4) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันที่ค่อนข้างสูง

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลหลังการพัฒนา พบความเปลี่ยนแปลงในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคย “ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด” ลดลง

จนเหลือศูนย์ (ร้อยละ 0.0) ขณะที่กลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากก็มีจำนวนลดลงอย่างมากจาก 20 ราย เหลือเพียง 5 ราย (ร้อยละ 11.1) ประเด็นที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขยับขึ้นมาอยู่ในระดับ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง” เพิ่มสูงถึง 39 ราย (ร้อยละ 86.7) และเริ่มมีผู้ที่สามารถพัฒนาศักยภาพจนอยู่ในระดับ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย” (ร้อยละ 2.2) จากที่เดิมไม่เคยมีใครอยู่ในระดับนี้เลย

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาที่นำมาใช้ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยลดระดับความรุนแรงของการพึ่งพิง และเปลี่ยนจากสภาวะที่ต้องมีผู้ช่วยดูแลตลอดเวลา มาเป็นสภาวะที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งถือเป็นแนวโน้มที่ดีในการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระในการดูแลลงได้ และได้สรุปผลลัพธ์การดูแลตามรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยการเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงของ Barthel ADL Index ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=45)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ก่อนการพัฒนา n(%)	หลังการพัฒนา n(%)
ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (0–4 คะแนน)	2(4.4)	0(0.0)
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก (5–8 คะแนน)	20(44.4)	5(11.1)
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง (9–11 คะแนน)	23(51.2)	39(86.7)
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย (12–20 คะแนน)	0(0.0)	1(2.2)

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น 1.60 คะแนน (Mean differences) (95%CI: 0.814, 2.85) ตามรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=45)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
ก่อนการพัฒนา	45	8.244(2.356)	1.600	0.814, 2.85	<.001
หลังการพัฒนา	45	9.844(1.223)			

ความพึงพอใจของญาติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติจาก 86.08 คะแนน (SD.=7.63) เพิ่มขึ้นเป็น 105.84 คะแนน (SD.=7.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การทำหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mean=4.66, SD.=.47)

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นและมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น แรงจูงใจประกอบด้วยแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก ตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg[19] อธิบายว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมาจาก 2 กลุ่มปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและกระตุ้นให้ทำงานดีขึ้น เช่น การยอมรับความก้าวหน้า และลักษณะงาน และปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) ที่ป้องกันความไม่พอใจแต่ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ เช่น เงินเดือน สภาพแวดล้อม และนโยบายองค์กร การจัดการที่มุ่งเน้นเพียงปัจจัยค้ำจุนจะลดความไม่พอใจแต่ไม่ได้ทำให้คนรักงาน การเพิ่มปัจจัยจูงใจต่างหากที่จะสร้างความพึงพอใจและประสิทธิภาพที่แท้จริง ซึ่งส่งผลให้มีสมรรถนะในการทำงานมากขึ้น สมรรถนะคือบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลที่สามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ[20] สมรรถนะประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร ภาวะผู้นำ การคิดเชิงวิเคราะห์ การทำงานเป็นทีม และการพัฒนาตนเอง ดังนั้น การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นจึงส่งผลให้มีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ สาวีรัมย์[21] ที่พบว่าภายหลังการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์[22] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ดูแลมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์[23] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น

2. ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน[24] จากแนวคิดที่ว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน วางแผน และประสานความร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแล (Caregiver) และญาติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแบบองค์รวม ประกอบกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[14] ที่เน้นการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกันระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และญาติโดยกระบวนการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทั้งนี้ เกิดจากการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถที่นอกเหนือจากผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 70 ชั่วโมงแล้วยังได้รับการเพิ่มพูนและพัฒนาสมรรถนะตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถสอนทักษะและให้คำแนะนำแก่ญาติเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[25] ที่พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ สาวีรัมย์[21] ที่พบว่าภายหลังการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ ศรีพรหม และคณะ[26] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์[23] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชาพร นุสนทรา[27] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 46.7 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อใดๆ และญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของ ลอองจันทร์ คำภิรานนท์ และคณะ[28] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาดา ชมภูนิตย์ และคณะ[29] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และญาติที่เป็นผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีร์วริทธิ์ โพธิ์ทอง และจเร สวัสดิ์นพรัตน์[30] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับมาก และระดับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น

จุดเด่นและจุดด้อยของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและชัดเจน ซึ่งผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน LTC ในพื้นที่ และญาติผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล การวางแผนการดูแล ปฏิบัติการดูแลร่วมกันและมีการประเมินผลลัพธ์ งานวิจัยนี้มีการวัดผลทั้งในด้านแรงจูงใจและสมรรถนะของผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และข้อจำกัดของงานวิจัยที่สำคัญได้แก่ เป็นการศึกษาในพื้นที่จำกัดซึ่งมีบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งมีข้อจำกัดในการขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในระดับที่กว้างออกไป ประกอบกับเป็นการวัดผลระยะสั้นซึ่งยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การกลับมาพึ่งพิงซ้ำ และมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่ต้องอาศัยการประเมินตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และข้อจำกัดด้านการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค รวมทั้งขีดความสามารถที่แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบว่า การวิจัยครั้งนี้ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี คือ การดูแลที่เน้นความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทตามวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิผล โดยที่การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบจะช่วยพัฒนาแรงจูงใจและสมรรถนะ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแล

และสอนทักษะแก่ญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยลดภาวะเครียดและภาระจากการดูแลระยะยาว และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (LTC) และสามารถช่วยลดการเข้ารับบริการในสถานบริการ ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในระบบสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงาน LTC และผู้ที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยการคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งยอมรับและมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ควรมอบหมายภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับขีดความสามารถ ควบคู่ไปกับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังต้องพัฒนาให้มากขึ้น ได้แก่ การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารและการให้อาหารทางสายยาง การให้คำแนะนำแก่ญาติในการเตรียมและประกอบอาหาร รวมทั้งการประเมินภาวะทางโภชนาการพร้อมให้คำแนะนำแก่ญาติ และการหากิจกรรมทางเลือกเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย เช่น การนวดบำบัด การฟังธรรม และการทำสมาธิ ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสอนทักษะและให้คำแนะนำแก่ญาติเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ทุกท่านที่เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจนผู้สูงอายุมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น โดยที่ญาติมีความพึงพอใจและมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณทีมดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาดที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีส่วนสนับสนุนกระบวนการวิจัย และขอขอบคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. อัพเดทเทรนด์ของผู้สูงอายุ ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/news/1/5415
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สูงวัยโดยสมบูรณ์ : สรุปสถานการณ์ผู้สูงวัยในปี 2567 และจะไปต่อกันอย่างไร เมื่อ “ลูก” คือรายได้หลักของพ่อแม่วัยเกษียณ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://section09.thaihealth.or.th/2025/01/09/complete-aged-society/
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด The 2024 Survey of the Older Persons in Thailand Provincial Level [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634.pdf
4. กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=7433
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. เกิดอะไรขึ้น? เมื่อประเทศไทย เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=193

6. กรมอนามัย. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอีก 20 ปี : อนามัยพยากรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198
7. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย; 2566.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติเรื่อง การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข สำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องที่หรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย; 2567.
11. กรมอนามัย. ข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในโปรแกรม Long Term Care (3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://datacatalog.anamai.moph.go.th/da_DK/dataset/0941_cg
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2568. เอกสารอัดสำเนา; 2568.
13. เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด ปีงบประมาณ 2567. เอกสารอัดสำเนา; 2568.
14. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
15. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
16. Best J W, Kahn J V. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice–Hall; 1986.
17. อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง, ภักดี โพธิ์สิงห์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2560;17(3):235–45.
18. Cronbach Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
19. Herzberg F. The Motivation to Work (2nd ed). New York: John Wiley and Sons; 1959.
20. McClelland, David C. Test for Competence, Rather than Intelligence. American Psychologists. 1973;17(7):57–8.
21. ประเสริฐ สาวีรัมย์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):86–100.
22. วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์. การพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(พิเศษ):22–30.
23. จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2567;39(1):77–87.

24. วรณัน ประสารอธิคม. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf/%E0%B9%81
25. นันทิกานต์ หวังจิ, อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2565;9(1):241–56.
26. ศตวรรษ ศรีพรหม, วรรณภา อินต๊ะราชา, วรุณศิริ ทางทอง. การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):376–91.
27. ณิชาพร นุสนทรา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):133–42.
28. ลอองจันทร์ คำภิรานนท์, เสกสรร คงอาชีวกิจ, จำเนียร สุวรรณชาติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):269–77.
29. ปภาดา ชมภูนิตย์, พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ, รัชดาพร แม้นศิริ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(2):1–14.
30. ธีร์วริทธิ์ โพธิ์ทอง, จเร สวัสดิ์นพรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(2):33–44.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

Factors influencing self-care behavior to prevent complications among diabetic and hypertensive patients in the area under the responsibility of Suan Phueng Subdistrict Health Promoting Hospital, Suan Phueng District, Ratchaburi Province

ภรณรงค์ สมรรถชัย*

Pornnarong Samahttachai

Corresponding author: mod241118@gmail.com

(Received: December 20, 2025; Revised: December 25, 2025; Accepted: January 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง จำนวน 291 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับเหมาะสม 61.5% (Mean=157.63, SD.=13.31) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย 3 ปัจจัยเรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อยดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) ความต่อเนื่องในการรักษา โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร (Coefficient of Determination; COD) ของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 35.1 (R2 = .351)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลด ละ เลิกบุหรี่และสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองควบคู่ไปกับการสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และพัฒนาระบบติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน; โรคเบาหวาน; โรคความดันโลหิตสูง; การรับรู้ความสามารถของตนเอง; แรงสนับสนุนทางสังคม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี

Abstract

Purposes : To study self-care behavior to prevent complications and factors influencing self-care behavior to prevent complications in diabetic and hypertensive patients.

Study design : Descriptive research.

Materials and Methods : The sample group consisted of 291 patients with diabetes and hypertension in the area under the responsibility of Suan Phueng Subdistrict Health Promoting Hospital. Data was collected using interviews. Data were analyzed using statistics: percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression analysis. Statistical significance was set at the .05 level.

Main findings : Most of the sample group had self-care behavior to prevent complications at an appropriate level, 61.5%(Mean=157.63, SD.=13.31). Factors influencing self-care behavior to prevent complications with statistical significance at the .05 level, it consists of 3 factors arranged in order of influence from most to least as follows: 1) self-efficacy, 2) social support, and 3) treatment continuity. All factors together explained 35.1% of the variation in self-care behavior to prevent complications. (R2= .351)

Conclusion and recommendations : Guidelines for promoting self-care behavior to prevent complications in patients regarding diet, exercise, stress management, and quitting smoking and alcohol. To empower patients with a sense of self-efficacy, coupled with social support emphasizing family involvement in care, and to develop a monitoring system to ensure patients receive continuous treatment.

Keywords : Self-care behavior to prevent complications; Diabetes; Hypertension; Self-efficacy; Social support

*Public health technical officer, professional level, Suan Phueng Subdistrict Health Promoting Hospital, Suan Phueng District, Ratchaburi Province.

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติจำนวน การเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง[1] ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุกๆ 5 วินาที[2] ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2562 ทั่วโลกอยู่ที่ 1.28 พันล้านคน รายงานระบุว่าสาเหตุหลักมาจากการเติบโตของประชากรและการมีประชากรสูงวัยมากขึ้น[3] ในปี พ.ศ.2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี โดยในปี พ.ศ.2565 เสียชีวิตจำนวน 16,388 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง[3]

ความชุกโรคความดันโลหิตสูงของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีประมาณ 14 ล้านคน[4] ณ วันที่ 6 พฤษภาคม 2568 พบว่ามีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7.4 ล้านคน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีมากถึง 3.5 ล้านคน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้[5] ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียดและไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มสุรา[1] การมีความเครียดเรื้อรัง รวมทั้งการสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่ม NCDs มากขึ้น[6]

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผ่านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านโรคไม่ติดต่อ ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง ตลอดจนการรักษา[1] ซึ่งการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญมากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน แบบแผนการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา แบบแผนการบริโภค ความเครียด โรคซึมเศร้าและสุขภาพในช่องปาก ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมิน Target Organ Damage ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประเมินความสามารถและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนการจัดการตนเองโดยให้ความรู้และสอนทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเองที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย[7] ทั้งนี้ การดูแลหลัก ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมระดับความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเท่าเทียมในสังคม และมีอายุขัยยืนยาวเท่ากับคนทั่วไป[8-9]

ในตำบลเดียวกันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี รับผิดชอบดูแลประชาชนจำนวน 4 หมู่บ้าน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 236 และ 600 คน ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีจำนวนมากถึง 52 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีจำนวน 219 คน และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของทั้งสองโรคมากถึง 7 คน[10] ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีส่วนหนึ่งที่อ่านหนังสือไม่ออก จึงมีข้อจำกัดในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานอาหารรสหวาน

มัน เค็ม และอาหารจำพวกข้าวแป้งน้ำตาลในปริมาณที่มาก ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียดจากความเจ็บป่วยและปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยบางรายยังคงสูบบุหรี่และดื่มสุรา และมีผู้ป่วยขาดนัดและรับยาไม่ต่อเนื่องของทั้งสองโรคอยู่ที่ร้อยละ 8.4[10] ปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จากการทบทวนสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตก่อนวัย อันควร และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อไป โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[11] และทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[12]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการระหว่างวันที่ 3 มิถุนายน 2568 ถึงวันที่ 16 ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง จำนวน 236 และ 600 คน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 836 คน[10] ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[13] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 265 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 291 คน ตามสัดส่วนคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 82 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 209 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-85 ปี 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ 2) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำและการได้ยิน 3) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต และ 4) เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (Discontinuation criteria) 1) มีการย้ายออกนอกพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้งในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) มีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับปรุงและพัฒนาจากต้นฉบับของ นายชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ 8) ความต่อเนื่องในการรักษา

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่ใช่ จำนวน 7 ข้อ ข้อความที่ไม่ใช่ จำนวน 5 ข้อ โดยผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความ

ให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้เลือกตอบว่าข้อความนั้นใช่หรือไม่ใช่ ถ้าสามารถตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือ ไม่ทราบจะไม่ได้คะแนน การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom[14] ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 เท่ากับ 0–7 คะแนน มีความรู้ต่ำ, คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 เท่ากับ 8–9 คะแนน มีความรู้ปานกลาง, คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป เท่ากับ 10–12 คะแนน มีความรู้สูง

ตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับการรับรู้เป็น 4 ระดับ[15] ดังนี้ รับรู้น้อยที่สุด = 1, รับรู้น้อย = 2, รับรู้มาก = 3, รับรู้มากที่สุด = 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ รับรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, รับรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, รับรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[16] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[15] ได้แก่ ได้รับน้อยที่สุด = 1, ได้รับน้อย = 2, ได้รับมาก = 3, ได้รับมากที่สุด = 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ ได้รับในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, ได้รับในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, ได้รับในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[16] แปลผลดังนี้ ได้รับน้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, ได้รับน้อย = 1.76–2.50 คะแนน, ได้รับมาก = 2.51–3.25 คะแนน, ได้รับมากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[15] ได้แก่ มีความรอบรู้น้อยที่สุด = 1, มีความรอบรู้น้อย = 2, มีความรอบรู้มาก = 3, มีความรอบรู้มากที่สุด = 4 วิเคราะห์ผล ในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีความรอบรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, มีความรอบรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[16] แปลผล ดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 51 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[15] ได้แก่ ได้แก่ ไม่เคย = 1 (เชิงลบ = 4), บางครั้ง = 2 (เชิงลบ = 3), บ่อยครั้ง = 3 (เชิงลบ = 2), เป็นประจำ = 4 (เชิงลบ = 1) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 11.00–22.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 22.01–33.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 33.01–44.00 คะแนน

2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นพฤติกรรมเชิงบวกทั้งหมด วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 7.00–14.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 14.01–21.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 21.01–28.00 คะแนน

3) ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ ดังนี้

มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 12.00–24.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 24.01–36.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 36.01–48.00 คะแนน

4) ด้านการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 5 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 8.00–16.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 16.01–24.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 24.01–32.00 คะแนน

5) ด้านการดูแลตนเองทั่วไป จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 13.00–26.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 26.01–39.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 39.01–52.00 คะแนน

6) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในภาพรวม จำนวน 51 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[16] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 51.00–102.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 102.01–153.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 153.01–204.00 คะแนน และวิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ16 แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเคย อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20[17] สำหรับวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .874 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[18] สำหรับวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .907, .928, .904 และ .913

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดังนี้ 1) สำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง 2) ประสานขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3) ชี้แจงทำความเข้าใจการใช้แบบสัมภาษณ์ และแนวทางการสุ่มตัวอย่างพร้อมกับมอบแบบสัมภาษณ์ให้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ช่วยนักวิจัย และ 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 18–31 ตุลาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 3) วิเคราะห์เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และ 4) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เลขที่ RbPH REC 178/2568 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเคร่งครัด มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัย ประโยชน์

ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน (28.2%) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (71.8%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.3%) มีอายุเฉลี่ย 64.69 ปี โดยกลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 61–70 ปี (32.0%) สถานภาพคู่ (67.7%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (76.6%) อาชีพเกษตรกร (35.7%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,935.39 บาท โดยอยู่ในช่วง 5,000 บาทลงมามากที่สุด (61.9%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.61 ปี โดยอยู่ในช่วง 10–14 ปีมากที่สุด (30.2%) และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (96.2%)

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ (40.9%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.75 คะแนน (SD.=2.36) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมาได้ (ใช่) (83.8%) ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตมีอยู่อย่างเดียวคือการจำกัดการกินอาหาร (ไม่ใช่) (69.4%)

3. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (65.3%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.42 คะแนน (SD.=5.27) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถจัดสรรเวลาในการทำงานและเวลาพักผ่อนได้ (Mean=2.97, SD.=.82) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถออกกำลังกายนาน 30 ถึง 40 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถึง 5 วันได้ (Mean=2.16, SD.=.95)

4. ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (49.1%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.34 คะแนน (SD.=5.50) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ/หรือ อสม. (Mean=3.33, SD.=.67) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับการสนับสนุนให้ออกกำลังกายจากคนในครอบครัว (Mean=2.80, SD.=.90) และคนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายจิตใจ เช่น ทำสมาธิ ไปวัด ฟังเทศน์ ฟังธรรม (Mean=2.80, SD.=.90)

5. ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (61.5%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.13 คะแนน (SD.=5.85) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับฟังการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหมอ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างเข้าอกเข้าใจ (Mean=3.32, SD.=.67) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับยาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรก่อนตัดสินใจซื้อหามารับประทาน (Mean=2.63, SD.=.85) และท่านสามารถพูดโน้มน้าวให้เพื่อนที่ป่วยเป็นเบาหวานความดันหรือเพื่อนบ้านปฏิบัติตนในการดูสุขภาพตนเองได้ (Mean=2.63, SD.=.78)

6. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

6.1 ด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (72.2%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.79 คะแนน (SD.=3.21) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานของหมักดอง ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ (Mean=3.26, SD.=.62) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ (Mean=2.05, SD.=.96)

6.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม (66.3%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.17 คะแนน (SD.=4.12) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน (Mean= 2.54, SD.=.93) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายโดยเต้นแอโรบิค (Mean=1.27, SD.=.57)

6.3 ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (67.0%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.79 คะแนน (SD.=5.31) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรู้สึกกลัดกลุ้มใจเกี่ยวกับความหลังครั้งอดีต (Mean=3.62, SD.=.57) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิก่อนนอน (Mean=2.59, SD.=1.08)

6.4 ด้านการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (91.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.20 คะแนน (SD.=3.00) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านลดขนาดยาลงเองเมื่อเห็นว่าอาการดีขึ้น (Mean=3.84, SD.=.49) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านลืมรับประทานยา (Mean=3.43, SD.=.66)

6.5 ด้านการดูแลตนเองทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (86.9%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.67 คะแนน (SD.=4.42) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านดื่มยาดองเหล้า (Mean=3.81, SD.=.55) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสำรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติ (Mean=2.72, SD.=.1.02)

6.6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (61.5%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 157.63 คะแนน (SD.=13.31)

7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย 3 ปัจจัยเรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .414) 2) แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = .243) และ 3) การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Beta = .108) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 35.1 (R2 = .351) และสามารถเขียนสมการ y = a + bx เพื่อทำนายได้ดังนี้ DMHT = 105.391 + 1.041(SC) + .587(SS) + 7.869CON ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในภาพรวม (DMHT) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ด้วยวิธี Stepwise

ตัวแปรอิสระ	b	SE	Beta	p	Tolerance	VIF
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (SC)	1.041	.139	.414	<.001	.738	1.354
แรงสนับสนุนทางสังคม (SS)	.587	.134	.243	<.001	.737	1.356
ความต่อเนื่องในการรักษา (CON)	7.869	3.461	.108	.024	.997	1.003

Constant = 105.391, R = .592, R2 = .351, Adj. R2 = .344

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ แต่อาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากจากคนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงส่งผลให้สามารถมีพฤติกรรมในดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีความสุข Orem[11] ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิตและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการซึ่งทุกคนควรต้องปฏิบัติเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพดี นอกจากนี้ Pender[12] ยังได้กล่าวว่าการเห็นความสำคัญของสุขภาพคือการที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าซึ่งควรแสวงหา ทั้งนี้ สุขภาพสามารถควบคุมได้และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามที่บุคคลต้องการ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์ และอภิชัย คุณีพงษ์[19] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำคำ อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กรวิกา พรมจวง และคณะ[20] ที่พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมัยพร เสียงสนั่น[21] ที่พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา พริบไหว[22] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ เพชรสุด และคณะ[23] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง อยู่ในในระดับสูง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ปัจจัย เรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความต่อเนื่องในการรักษา ผู้วิจัยจึงนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะมีความเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะมีความเหมาะสมน้อยลง Bandura[24] กล่าวว่าการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถ และความคาดหวังในผลลัพธ์ และ Pender[12] ก็ได้กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธานี นามม่วง[25] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[26] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตพร ศิลปะการสกุล และวิราสิริริ์ วสีวีรสิว์[27] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมัยพร เสียงสนั่น[21] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ เพชรสุด และคณะ[23] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะมีความเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะมีความเหมาะสมน้อยลง แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือผู้นำชุมชน[12,28] การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[26] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกนันท์ ฝากมิตร และคณะ[29] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุจรีย์ ภู่ระย้า[30] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตพร ศิลปะการสกุล และวิราสิริร์ วสีวีรสิว์[27] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา พริบไหว[22] ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน

2.3 ความต่อเนื่องในการรักษา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องลดลงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนน้อยลง การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกมิติ ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมแล้ว ยังได้รับการสอนทักษะและคำแนะนำที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน[31] เป็นการป้องกันความเจ็บป่วยต่างๆ ก่อให้เกิดสุขภาพและสวัสดิภาพความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง[11-12]

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์[32] ที่พบว่าการเข้าถึงบริการทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิณท์ ฟักแฟง[33] ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมัยพร เสียงสนั่น[21] ที่พบว่าความต่อเนื่องในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี และสอดคล้องกับการศึกษา

ของสาคร นันทโกวัฒน์ และนิลภา จิระรัตนวรรณะ[34] ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่น ได้แก่ เป็นการศึกษาที่ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับบริบทปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเพียงพอและครอบคลุมผู้ป่วยในพื้นที่ซึ่งสะท้อนสภาพความเป็นจริงของผู้รับบริการได้อย่างน่าเชื่อถือ โดยที่ผลการวิจัยได้ค้นพบปัจจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เน้นการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการวางระบบติดตามเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัด ได้แก่ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์อาจเกิดอคติต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยอาจจะตอบให้เป็นที่ยอมรับทางสังคม ขอบเขตด้านสถานที่วิจัยอาจยังไม่สามารถใช้อ้างอิงหรือขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นในระดับที่กว้างขึ้นซึ่งมีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างออกไป และตัวแปรที่นำมาศึกษายังไม่ได้นำข้อมูลเชิงลึกถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมาศึกษา เช่น คุณภาพการให้คำปรึกษา และรูปแบบการจัดบริการ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ทีมสุขภาพควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง ควบคู่ไปกับการสนับสนุนทางสังคม โดยพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เช่น การแบ่งกลุ่มเพื่อให้ความรู้ การสร้างประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด การรับประทานยา และการลด ละ เลิกบุหรี่และสุรา มีการแลกเปลี่ยนความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างและพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการส่งเสริมสนับสนุนให้ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่อง 3 อ. 2 ส. แก่เพื่อนผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ ทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คำแนะนำ สอนทักษะ และดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ควรเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณน้องๆ ทีมงานของ รพ.สต.สวนผึ้ง ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณพี่น้อง อสม.ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.สวนผึ้ง ทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และขอขอบพระคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยต้นแบบมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งได้กรุณาให้คำแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวทางในการใช้สถิติเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์วงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึง

เมื่อ 3 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606#:text

3. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. การศึกษาใหม่รายงานว่าภาวะความดันโลหิตสูงพบได้มากขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2021/09/02/hypertension-now-more-common-in-low-and-middle-income-countries/#:~:text=%
4. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
5. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2568 เน้นย้ำให้ประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=52652&deptcode=brc&news_views
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2568. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2568.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD CLINIC PLUS ปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
8. กรมควบคุมโรค. E–Learning หลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ระดับพื้นฐาน). นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
9. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2567 เน้นย้ำให้ประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43037&deptcode=brc&news_views=3244
10. เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายสุขอำเภอสวนผึ้ง ประจำปีงบประมาณ 2567. เอกสารอัดสำเนา; 2568
11. Orem D E. Nursing: Concepts of Practice (5th ed.). St. Louis: Mosby–Year Book; 1995.
12. Pender N J. Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton Century–Crofts Norwalk; 1987.
13. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607–10.
14. Bloom B S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw–Hill; 1976.
15. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบ ทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
16. Best J W, Kahn J V. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice–Hall; 1986.
17. บุญชัช เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR–20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
18. Cronbach Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
19. ศศิธร ตันติเอกรัตน์, อภิชัย คุณีพงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำคำ อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว. Humanities,

Social Sciences and arts. 2562;12(6):2542–56.

20. กรวิกา พรมจวง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว, สิตานันท์ จันทร์โต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32(2):233–46.
21. ชมัยพร เสียงสนั่น. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(3):339–51.
22. นันทิกา พริบไหว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2568;15(2):1–12.
23. จุฑามาศ เพชรสุด, มิ่งขวัญ ศิริโชติ, สุนารี ทะน๊ะเป็ก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ. 2568;1(2):262–72.
24. Bandura, Albert. Social learning theory. New Jersey: Prentice–Hall; 1977.
25. ธานี นามม่วง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(1):170–80.
26 ปัทมา สุพรรณกุล, อาจินต์ สงทับ, อนุสรา สีหนาท, นพวรรณ วัชรพุทธ, เบญจมาภรณ์ นาคามดี, กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, เอกภพ จันทร์สุคนธ์. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2566;17(2):148–61.
27. ศตพร ศิลปะการสกุล, วิราสิริร์ วสีวีรสิว์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารมหาจุฬาคชสาร. 2567;15(1):166–83.
28. House R J. A path goal theory of leader effectiveness. Administrative Science Quarterly. 1971;16(2):321–8.
29. ชนกนันท์ ฝากมิตร, ตวงพร พิกุลทอง, อดิเทพ ดารดาษ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2567;11(2):1–16.
30. นุจรีย์ ภู่ระย้า. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2567;4(1):23–34.
31. สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครบองค์รวม (3 อ. + 1 ย.). กรุงเทพฯ: บริษัท ธัญญ์สัมฤทธิ์ 249 จำกัด; 2562.
32. วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2565;16(2):51–63.
33. อรพิณท์ ฟักแฟง. วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565;7(2):100–08.
34. สาคร นันทโกวัฒน์, นิลภา จิระรัตนวรรณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนาจังหวัดนครนายก. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):575–86.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Development of Care Guidelines for End-of-Life Patients in the Private Medical Ward, Roi Et Hospital

จุฑารัตน์ สดใส*

Chutarut Sodsai

Corresponding author: E-mall: chutarut3105@gmail.com

(Received: December 21, 2025; Revised: December 26, 2025; Accepted: January 25, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา ประเมินผลการใช้แนวทาง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะตามวงจร PDCA

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ 12 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายพร้อมครอบครัว 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวม 4 ด้าน (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) ประเมินผลด้วยแบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย : 1) แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมิน ESAS, การแจ้งข่าวร้าย, การประชุมครอบครัว และการสนับสนุนพิธีกรรมตามความเชื่อ 2) ภายหลังใช้แนวทางกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 100 โดยประเด็นมิติจิตวิญญาณและการจัดการอาการรบกวนมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุด และ 3) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวทางในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การดูแลระยะสุดท้ายมีความชัดเจนและครอบคลุมองค์รวม ควรส่งเสริมให้ใช้เป็นมาตรฐานการดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; แนวทางปฏิบัติการพยาบาล; โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To develop, evaluate the effectiveness of clinical nursing practice guidelines for palliative care, and to assess the satisfaction of professional nurses regarding the implementation of these guidelines at the Medical Private Ward, Roi Et Hospital.

Study design : This study employs a Research and Development (R&D) model, divided into four phases based on the PDCA cycle.

Material and Methods : The sample consisted of 12 registered nurses and 30 end-of-life patients with their families. The research instruments included holistic care guidelines (covering physical, psychological, social, and spiritual dimensions) and evaluation questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation).

Main finding : 1) The developed guidelines included key activities such as ESAS assessment, breaking bad news protocols, family meetings for advance care planning, and spiritual support. 2) After implementation, the percentage of patients receiving care at a "high level" increased significantly from 20% to 100%. Critical improvements were observed in symptom management and spiritual care. And 3) Registered nurses reported the highest level of satisfaction with the guidelines, citing increased clinical confidence and clarity in practice.

Conclusion and recommendations : These findings suggest that structured holistic guidelines are essential for improving the quality of end-of-life care in private ward settings.

Keywords : Palliative Care; End-of-Life Patients; Nursing Practice Guidelines; Roi Et Hospital

*Professional Nurse, Senior Level, Private Medical Ward 5, Roi Et Hospital.

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานครอบคลุมทั้งมิติกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์[1] แม้ปัจจุบันจะมีผู้ป่วยต้องการการดูแลนี้สูงถึง 41 ล้านคนต่อปี แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง[2] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลระบุว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าสู่ระบบการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2567 มีจำนวนกว่า 2.5 แสนราย[3] อย่างไรก็ตาม ระบบบริการส่วนใหญ่มักเน้นการรักษาตามอาการทางกาย ซึ่งอาจส่งผลให้การดูแลมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร[4]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่าสถิติสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอก อุบัติเหตุ ปอดอักเสบ โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 700 เตียง พบว่าสถิติสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 ได้แก่ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุ 3) ปอดอักเสบ 4) โรคหัวใจ และ 5) โรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลสถิติแผนกผู้ป่วยในพบผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 112, 117 และ 79 รายตามลำดับ แม้จะมีการดำเนินการด้านการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) และการจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting) ในปี พ.ศ. 2565-2567 อยู่ที่ร้อยละ 72.0, 78.0 และ 80.46 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ร้อยละ 90 นอกจากนี้อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติทำได้เพียงร้อยละ 65.61, 70.47 และ 72.05 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80.0[5] โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติที่เลือกใช้บริการห้องพิเศษมักมีความคาดหวังต่อคุณภาพการสื่อสาร การจัดการอาการและความเป็นส่วนตัวที่สูงกว่า[6] จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ข้อจำกัดสำคัญ คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อแจ้งข่าวร้ายและความมั่นใจในการให้คำปรึกษาด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการขาดแนวทางปฏิบัติ (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ที่เป็นรูปธรรมและเฉพาะเจาะจงสำหรับบริบทหอผู้ป่วยพิเศษ ส่งผลให้พยาบาลมุ่งเน้นเพียงการพยาบาลตามกิจวัตร (Routine care) มากกว่าการดูแลเชิงรุกเพื่อมุ่งสู่ “การตายดี[6] ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลเนื่องจากพยาบาลต้องมีทั้ง “ศาสตร์” และ “ศิลป์” ในการสื่อสารเรื่องละเอียดอ่อนเพื่อช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่สอดคล้องกับความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย[7] ซึ่งพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงจะสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ลดช่องว่างของการสื่อสาร และยกระดับมาตรฐานการดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษให้มีความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[8] และวงจรคุณภาพเดมมิ่ง (PDCA)[9] ที่นำมาพัฒนาแนวทางการดูแลดังกล่าว จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และสร้างความมั่นใจแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนา ประเมินผลการใช้แนวทาง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก[8] และวงจรคุณภาพ

เดมมิ่ง (PDCA) ดำเนินการ 4 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวมที่ผ่านการตรวจสอบ IOC เท่ากับ 0.85 และแบบประเมินความทุกข์ทรมาน (ESAS) ตามมาตรฐานศูนย์กรุณา พีร์ คำทอน นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) ระหว่างพฤศจิกายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : (1) พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 12 คน และ (2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่รับการรักษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่าง : เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น

1. กลุ่มพยาบาล: พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานจริง จำนวน 12 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว: จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ อายุ 15 ปีขึ้นไป, สื่อสารได้, รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษไม่น้อยกว่า 3 วัน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง: คำนวณด้วยแอปพลิเคชัน N4Studies อ้างอิงค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมาน (Mean Diff = 7.93, SD. = 5.95) กำหนดอำนาจการทดสอบ 95% ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 5 ราย แต่ผู้วิจัยขยายเป็น 30 ราย เพื่อความครอบคลุมของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย : แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Holistic Care Guidelines) ประกอบด้วย 4 ด้าน และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 4 มิติ 2) การประเมินระดับความต้องการการดูแล 3) การดูแลบรรเทาอาการรบกวน 4) การให้ข้อมูลและการติดตามต่อเนื่อง 5) การประเมินผลลัพธ์ ซึ่งเนื้อหาแต่ละขั้นตอนครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย, จัดการความปวดและอาการรบกวน (หายใจลำบาก, ท้องผูก ฯลฯ) จิตใจ, การสื่อสารแจ้งข่าวร้าย และการประเมินภาวะโศกเศร้า สังคม, การจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting) และวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และจิตวิญญาณ, การดูแลตามความเชื่อ และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการตายดี (Peaceful Death) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบ IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (0.85) และหาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ได้ 0.82

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (พยาบาล/ผู้ป่วย/ญาติ)

2) แบบประเมินความทุกข์ทรมาน (ESAS) ใช้มาตรวัด Numerical Rating Scale (0-10) ตามมาตรฐานศูนย์กรุณา พีร์ คำทอน

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ (Likert Scale 5 ระดับ) แบ่งเป็นฉบับผู้ป่วย/ญาติ และฉบับพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (Holistic Care Guidelines) ที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ Palliative, พยาบาลเชี่ยวชาญ และพยาบาลชำนาญการพิเศษ) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.85

2. ความเชื่อมั่น (Reliability): แบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่ใกล้เคียง จำนวน 10-20 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินอาการนำไปตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (Plan): วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และร่างแนวทางปฏิบัติแบบองค์รวมโดยค้นหาปัญหาทางคลินิก และวิเคราะห์สถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ซึ่งพบว่าสถิติผู้ป่วยเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็ง, อุบัติเหตุ, ปอดอักเสบ, โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยอัตราการทำ Family Meeting (ร้อยละ 80.46) ยังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 90

ระยะที่ 2 (Do): พัฒนาแนวทางปฏิบัติจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ปรับปรุงร่างแนวทางตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ, อบรมพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และนำแนวทางไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วย 30 ราย (พ.ย. 67 – ก.พ. 68)

ระยะที่ 3 (Check): นำไปใช้จริงในหน่วยงานระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2568 ประเมินผลลัพธ์หลังการใช้แนวทาง โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลลัพธ์และการจัดการอาการ ด้วยการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อน-หลัง (One-group Pre-posttest), ติดตามอัตราการทำ Family Meeting/ACP และประเมินความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 (Act): สรุปผลการประเมิน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้สมบูรณ์เพื่อใช้เป็นมาตรฐานยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์เชิงระบบด้วย สถิติพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, SD.)

2. เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (เลขที่ RE054/2568) เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด รักษาความลับกลุ่มตัวอย่าง และอาสาสมัครลงนามยินยอม (Informed Consent) ก่อนเริ่มการศึกษา

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Guidelines) สำหรับหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC = 0.85) โดยใช้กรอบแนวคิด PDCA8 และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ “แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม (RE-Special Palliative Care Model)” ซึ่งมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติแบ่งตามมิติการดูแล ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านร่างกาย: ใช้แบบประเมิน ESAS เพื่อจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบาย (หายใจลำบาก, ท้องผูก, ปากแห้ง) อย่างเป็นระบบทุกเวร องค์ประกอบที่ 2 ด้านจิตใจ: ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News) และการประเมินภาวะโศกเศร้าล่วงหน้า องค์ประกอบที่ 3 ด้านสังคม: จัดให้มีกระบวนการ Family Meeting เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และองค์ประกอบที่ 4 ด้านจิตวิญญาณ: การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อการ “ตายดี” (Peaceful Death) การทำพิธีกรรมตามความเชื่อ และการขออโหสิกรรม

โดยจุดเด่นของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (Key Success Factors) คือ 1) ความเป็นส่วนตัว: ออกแบบมาเพื่อ “หอผู้ป่วยพิเศษ” ซึ่งมีความพร้อมด้านสถานที่มากกว่าหอผู้ป่วยรวม ทำให้สามารถจัดสิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณได้เต็มที่ และ 2) ความชัดเจน: มีแบบบันทึกการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับแนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทราบขั้นตอนที่ต้องทำอย่างชัดเจน (Checklist) ซึ่งมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติแบ่งตามมิติการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Care) การมุ่งเน้นการจัดการอาการไม่สุขสบายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงท้าย โดยมีกิจกรรมหลักคือ 1) การคัดกรองและประเมิน: ใช้แบบประเมินอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ประเมินความรุนแรงของ 9 อาการหลัก ทุกเวร หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 2) การจัดการความปวด: กำหนดแผนผัง

การให้ยาแก้ปวด (Pain Ladder) และการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่า การประคบเย็น/ร้อน และ 3) การจัดการอาการรบกวน: มีแนวทางจัดการภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) การดูแลช่องปาก (Oral Care) ในผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร และการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ

2. ด้านจิตใจ (Psychological Care) การมุ่งเน้นการประคับประคองภาวะอารมณ์และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว: 1) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ: ใช้เทคนิค SPIKES Protocol ในการแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News) เพื่อประเมินการรับรู้และความพร้อมของญาติ 2) การจัดการความเศร้าโศก: การประเมินภาวะโศกเศร้าล่วงหน้า (Anticipatory Grief) และการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การพลัดพราก

3. ด้านสังคม (Social Care) การมุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและการวางแผนร่วมกันของครอบครัว ได้แก่ 1) การประชุมครอบครัว (Family Meeting): จัดให้มีกระบวนการพูดคุยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเป้าหมายการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และ 2) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP): การบันทึกหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) หรือการระบุตัวแทนตัดสินใจด้านสุขภาพเพื่อลดความขัดแย้งในวาระสุดท้าย

4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care) การมุ่งเน้นการสร้างความสงบภายในและการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี (Peaceful Death): 1) การสนับสนุนความเชื่อ: การเปิดโอกาสให้ประกอบพิธีกรรมตามศาสนา เช่น การนิมนต์พระมาป้อนภัตตาหาร/สวดมนต์ หรือการทำพิธีอโหสิกรรม 2) การจัดสิ่งแวดล้อม: การจัดเตรียมห้องพักพิเศษให้มีความเงียบสงบ การอนุญาตให้ญาติเฝ้าไข้ได้ไม่จำกัดจำนวนในระยะวิกฤต และการใช้ดนตรีบำบัดหรือกลิ่นบำบัดตามความชอบของผู้ป่วย และ 3) การดูแลหลังเสียชีวิต: การปฏิบัติอวสานสปา (Last Office) ด้วยความเคารพและเปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 30 ราย พบผลลัพธ์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว (n=30): ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.7) อายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 43.3) อายุเฉลี่ย 69.43 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน วินิจฉัยโรคหลักคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 93.3) มีโรคร่วมที่สำคัญคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.97 วัน

2. ผลลัพธ์หลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในมิติจิตวิญญาณและการจัดการความค้างคาใจน้อยที่สุด แต่ หลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ คะแนนผลลัพธ์การดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 37.53 เป็น 47.17 ($t = -36.391$, $p < .001$) โดยผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100.0) ได้รับการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายอย่างเป็นระบบ แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว (n=30)

ตัวแปร	Mean	SD.	Mean Diff.	95%CI	p
ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ	37.53	1.57	-9.64	-10.17, -9.09	<.001
หลังการใช้แนวทางปฏิบัติ	47.17	0.69			

โดยมิติที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุดคือด้านจิตวิญญาณ โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ถึงการได้รับการดูแลในระดับ “มาก” (คะแนน > 40) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.0 (จากเดิม ร้อยละ 20.0) โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ คือ ด้านการจัดการอาการและการสื่อสาร: ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการไม่สุขสบาย การได้รับข้อมูลการดำเนินโรค และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 ในระดับ “ทุกครั้ง” ด้านการดูแลใจและสังคม: การติดตามสิ่งที่ค้างคาใจและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากระดับ “บางครั้ง/ส่วนใหญ่” เป็นระดับ “ทุกครั้ง” ทั้งหมดร้อยละ 100.0 และด้านจิตวิญญาณ: มีการพัฒนาอย่างเห็นได้ชัด โดยการได้รับทางเลือกด้านศาสนาและพิธีกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ไม่เคยได้รับหรือได้รับเพียงบางครั้ง เป็นการได้รับทุกครั้งร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่ร้อยละ 33.3 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับการได้รับการดูแลก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติ (n=30)

มิติการดูแลแบบองค์รวม	ก่อนใช้แนวทาง	หลังใช้แนวทาง
	Mean(SD.)	Mean(SD.)
1. ด้านร่างกาย (การจัดการความไม่สุขสบาย)	3.10(0.72)	4.85(0.36)
2. ด้านจิตใจ (การแจ้งข้อมูล/เตรียมความพร้อม)	3.05(0.68)	4.75(0.44)
3. ด้านสังคม (การวางแผนการรักษาร่วมกัน)	2.80(0.69)	4.95(0.22)
4. ด้านจิตวิญญาณ (ความเชื่อ/พิธีกรรม/เป้าหมายชีวิต)	1.50(0.50)	4.65(0.48)
การรับรู้ระดับการได้รับการดูแล	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ได้รับปานกลาง(30-39 คะแนน)	**24(80.0)**	**6(20.0)**
ได้รับมาก(40 คะแนนขึ้นไป)	**6(20.0)**	**30(100.0)**

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (n=12) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 66.7) มีประสบการณ์การทำงาน 10-20 ปี (ร้อยละ 58.4) และส่วนใหญ่ยังไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 75.0)

จากการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ 12 คน ต่อการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับ “มากที่สุด” เนื่องจากแนวทางปฏิบัติมีความชัดเจน มีแบบประเมินที่เป็นรูปธรรม และช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการสื่อสารเรื่องการดูแลระยะสุดท้ายกับครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น โดยด้านความชัดเจนของขั้นตอน พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เนื่องจากมีคู่มือและแบบประเมินที่เป็นรูปธรรม และด้านความมั่นใจในการปฏิบัติงาน พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในมิติจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเดิมเป็นส่วนที่พยาบาลมีความกังวลในการเข้าหาผู้ป่วย

2. ผลลัพธ์ต่อสมรรถนะและความพึงพอใจของพยาบาล

2.1 ผลลัพธ์ต่อสมรรถนะการดูแลของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้และความสามารถในการใช้แบบประเมิน ESAS และ SPSS เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังใช้แนวปฏิบัติฯ (Mean = 56.42) สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ (Mean = 46.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.567$, $p < .001$) สะท้อนถึงสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นในการใช้เครื่องมือประเมิน ESAS และ SPSS โดยพยาบาลทุกคนสามารถใช้แบบ

ประเมิน ESAS และ SPSS ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100.0 แสดงดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ (n=12)

ตัวแปร	Mean	SD.	Mean Diff.	95%CI	p
ก่อนการพัฒนา	46.33	3.39	-8.63	-11.72, -8.45	<.001
หลังการพัฒนา	56.42	1.16			

ตารางที่ 4 แสดงผลการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญทางการพยาบาลตามสมรรถนะการดูแลของพยาบาล

กิจกรรมสำคัญทางการพยาบาล	ผลการปฏิบัติสำเร็จ (n(%))
1. การประเมินอาการรบกวนด้วยแบบประเมิน ESAS	30(100.0)
2. การประเมินสมรรถนะผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน SPSS	30(100.0)
3. การจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting)	30(100.0)
4. การจัดการมิติจิตวิญญาณ/พิธีกรรมตามความเชื่อ	30(100.0)

2.2 ผลลัพธ์ต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ (n=12) มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” (ร้อยละ 83.69) โดยด้านที่พึงพอใจสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Mean = 4.00, SD. = 0.00) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายด้านของพยาบาลต่อการใช้แนวทางปฏิบัติฯ (n=12)

ด้านความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านคุณภาพของแนวทางปฏิบัติ	3.88	0.26	มากที่สุด
2. ด้านความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.93	0.17	มากที่สุด
3. ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่า	3.97	0.06	มากที่สุด
4. ด้านผลลัพธ์และการตอบสนองผู้ป่วย	4.00	0.00	มากที่สุด
โดยรวม	**3.94**	**0.12**	**มากที่สุด**

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมิติองค์รวมมากขึ้น และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบงานในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 83.69) ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในครั้งนี้เป็นการบูรณาการหลักการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก[8] ร่วมกับการใช้กระบวนการคุณภาพตามวงจรเดมมิ่ง (PDCA)[9] ทำให้แนวทางที่พัฒนามีความครอบคลุมและเป็นมาตรฐานที่ชัดเจนสำหรับ

การปฏิบัติในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมทั้งนี้อาจเป็นเพราะแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์เนื่องจากผ่านกระบวนการสังเคราะห์วรรณกรรมและตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้พยาบาลมีเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการ เช่น แบบประเมิน ESAS และ SPSS ซึ่งช่วยให้การพยาบาลมีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้นการจัดการอาการแบบองค์รวม (Holistic Care) ซึ่งก่อนใช้แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยมักไม่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 11.6) แต่หลังใช้แนวทางฯ พยาบาลมีการเสนอทางเลือกด้านศาสนาและการจัดการความค้างคาใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 สะท้อนว่าแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลไม่ละเลยการดูแลมิติจิตวิญญาณ จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถนำไปอภิปรายได้ว่า “แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การพยาบาลเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค (Cure) มาเป็นการมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต (Care) อย่างเป็นระบบ” สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[8] ที่เน้นการบรรเทาทุกข์ในทุกมิติ เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูล การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งก่อนใช้แนวทาง ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพียงระดับปานกลาง แต่หลังใช้แนวทาง พบว่า มีการได้รับการดูแลครบถ้วนทุกมิติ (มากกว่าร้อยละ 90 ใน หลายด้าน) ทั้งนี้การที่คะแนนผลลัพธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งนี้เนื่องจากแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีการนำแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) มาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ทำให้พยาบาลสามารถค้นหาและจัดการความปวดหรืออาการหายใจลำบากได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะมิติจิตวิญญาณและการจัดการความค้างคาใจ (จากร้อยละ 11.6 เป็น 100.0) เป็นเพราะแนวทางปฏิบัติกำหนดขั้นตอนการประเมินความต้องการเชิงลึกไว้อย่างชัดเจนผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์[7] ที่ระบุว่าการประเมินอาการรบกวนอย่างเป็นระบบเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว[10] ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลที่มีการประเมินอย่างเป็นระบบช่วยลดความทุกข์ทรมานได้จริง โดยเฉพาะมิติจิตวิญญาณที่การวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.0 เนื่องจากแนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลกล้าที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อและการขออโหสิกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการมากที่สุด

นอกจากนี้ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการวางแผนล่วงหน้า การทำครอบครัวสัมพันธ์ (Family Meeting) และการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Planning: ACP) มีอัตราการปฏิบัติที่สูงขึ้น ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งในการตัดสินใจช่วงวิกฤต ทั้งนี้เป็นเพราะการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับศิริพร มงคลชัย[6] ที่ศึกษาในบริบทหอผู้ป่วยพิเศษและพบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพและญาติเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลราบรื่นและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณและการเผชิญความตายอย่างสงบ ประเด็นที่น่าสนใจคือการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณและการสนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ผลนี้สะท้อนว่าแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลลดความประหม่าในการพูดคุยเรื่องความตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธรักษา พงษ์สมบัติ[11] ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีแนวทางจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลมั่นใจในการดูแลจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (Peaceful Death) ตามความเชื่อส่วนบุคคลได้มากขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอของจอนผะจง เพ็งจาด ที่เน้นว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรครอบคลุมมิติทางจิตวิญญาณด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับความตายอย่างสงบ[12]

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติและสมรรถนะพยาบาล การที่คะแนนของพยาบาลเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญเป็นผลมาจากการนำเครื่องมือมาตรฐาน (ESAS และ SPSS) มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางปฏิบัติ ทำให้การประเมินอาการรบกวนมีความแม่นยำ ไม่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจส่วนตัว ส่งผลให้การจัดการความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พยาบาลมีความพึงพอใจในด้านผลลัพธ์การดูแลสูงที่สุด และสอดคล้องกับแนวคิดของ WHO[8] ที่เน้นย้ำว่าการประเมินที่แม่นยำเป็นจุดเริ่มต้นของการบรรเทาทุกข์ที่มีประสิทธิภาพ การมีแนวปฏิบัติที่สร้างจากบริบทจริงช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจและพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของไกรลาศ วงศ์เพ็ชร[4] ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานช่วยลดภาระทางอารมณ์ของบุคลากรได้

ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 90) ซึ่งสะท้อนว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเป็นระบบ และลดความสับสนในการทำงาน ทั้งนี้การที่พยาบาลเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสะดวกไม่ยุ่งยาก (Mean = 4.0) เนื่องจากเป็นแนวทางที่สร้างขึ้นจากบริบทจริงของหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้ลดภาระทางอารมณ์ของบุคลากรเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการที่พยาบาลพึงพอใจในระดับมากที่สุดผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสุขสันติ์ สุขสงคราม[9] ที่ระบุว่าการพัฒนางานพยาบาลด้วยวงจรเดมมิ่ง (PDCA) ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติได้ต่อเนื่องและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว[10] ที่พบว่าการประเมินที่เป็นระบบช่วยลดความทุกข์ทรมานได้จริง และพุทธรักษา พงษ์สมบัติ[11] ที่ชี้ว่าแนวทางที่ชัดเจนสร้างความมั่นใจในการดูแลจิตวิญญาณ ช่วยให้เกิดการตายดี (Peaceful Death) ตามข้อเสนอของจอนผะจง เพ็งจาด[12] นอกจากนี้การมีระบบงานที่ชัดเจนยังช่วยลดภาระทางอารมณ์ของพยาบาล[4,13] อีกทั้งยังสอดคล้องกับไกรลาศ วงศ์เพ็ชร[4] ที่กล่าวว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และยังช่วยลดภาระทางอารมณ์ของบุคลากรที่ให้การดูแล เนื่องจากมีแนวทางที่ชัดเจน ช่วยลดภาระทางอารมณ์และลดความขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย เนื่องจากมีการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning) ทำให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานมากขึ้น

สรุปผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษอายุกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถนำไปอภิปรายได้ว่า “แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การพยาบาลเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค (Cure) มาเป็นการมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต (Care) อย่างเป็นระบบ” ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และเป็นแนวปฏิบัติที่เน้นการบรรเทาอาการรบกวน ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เน้นการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายที่เหมาะสมกับบริบท ประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เป็นแนวปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนให้ทีมผู้ให้บริการ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งทีมผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นไปในทิศทางเดียวกันสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนต่อไปสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการรายกรณีของศูนย์กรุณา พีร์ คำทอน[13] ที่เน้นการสร้างเครือข่ายบริการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของการวิจัยคือการพัฒนาแนวทางที่ตอบโจทย์บริบทหอผู้ป่วยพิเศษ โดยเน้นมิติจิตวิญญาณและการใช้เครื่องมือมาตรฐาน (ESAS, SPSS) ที่ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและเป็นระบบ แม้จะมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาติดตามผลระยะยาวและขยายผลสู่บริบทอื่นได้ยาก เนื่องจากความพร้อมของทรัพยากรที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการวิจัยสรุปได้ว่าแนวทางนี้ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี และเพิ่มความพึงพอใจแก่บุคลากรอย่างชัดเจน จึงควรส่งเสริมให้เป็นมาตรฐานการดูแลในหน่วยงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลควรนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม และขยายไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม

2) ควรจัดอบรมและเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลด้านการสื่อสาร การดูแลเชิงจิตวิญญาณและการจัดการกับอาการทุกข์ทรมานที่ซับซ้อน

3) ส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวทางกับหอผู้ป่วยประเภทอื่น เช่น หอผู้ป่วยสามัญ เพื่อยืนยันความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน

2) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังการสูญเสีย เพื่อสะท้อนประสิทธิผลของแนวทางในมิติที่กว้างขึ้น

3) ควรพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดที่ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณมากขึ้น เนื่องจากยังเป็นจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ระยะเวลาในการติดตามผล เนื่องจากการวิจัยมีระยะเวลาการเก็บข้อมูลจำกัด (พฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568) อาจทำให้ไม่สามารถติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวได้ เช่น กระบวนการจัดการความโศกเศร้าของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 6 เดือน ถึง 1 ปี

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 รายจะเพียงพอสำหรับการทดสอบทางสถิติในเบื้องต้น แต่ผลการวิจัยมาจากบริบทเฉพาะของหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เท่านั้น การจะนำผลการวิจัยไปปรับใช้ (Generalization) ในโรงพยาบาลที่มีระดับต่างกันหรือวัฒนธรรมต่างกัน ควรทำด้วยความระมัดระวัง

3. ปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ความรุนแรงของโรคและสภาวะวิกฤตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมาน (ESAS) และความพึงพอใจ แม้ว่าจะมีการใช้แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันก็ตาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.(พิเศษ) นพ.ณรงค์ชัย สังฆา และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ รพ.ร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนโครงการ R2R รุ่นที่ 4 จนสำเร็จลุล่วง ขอบพระคุณ ดร.พว.มะลิวรรณ อังคณิตย์ และ ดร.สมหมาย คชนาม ที่กรุณาให้คำปรึกษาทางวิชาการและช่วยให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ท้ายที่สุดขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ผู้ป่วย และครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลครั้งนี้อย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care: Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Dec 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. World Health Organization. Global atlas of palliative care [Internet]. 2nd ed. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2024 [cited 2025 Dec 23]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240009332
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. ไกรลาศ วงศ์เพ็ชร. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารการพยาบาล. 2563;35(2):12-25.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2565 – 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
6. ศิริพร มงคลชัย. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษ. วารสารวิจัยสุขภาพ.

2563;14(3):45-58.

7. กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. World Health Organization. Palliative Care: Concepts and model of care. Geneva: WHO; 2019.
9. สุขสันติ์ สุขสงคราม. การพัฒนางานพยาบาลด้วยวงจรเดมมิ่ง (PDCA). วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2564;15(1):1-14.
10. พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
11. พุทธรักษา พงษ์สมบัติ. การดูแลจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3):5-19.
12. จอนผะจง เพ็งจาด. การพยาบาลประคับประคอง: มิติทางจิตวิญญาณและการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
13. อนงค์ สิมลี, นภัสวรรณ ภูริพันธ์ภิญโญ, มะลิวรรณ อังคณิตย์, อารยา สอนบุญ. รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์กรุณาพีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(4):112-21.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Development nursing guidelines management for pain in patients open heart surgery at cardiothoracic surgery intensive care unit, Roi Et Hospital

กุลวรินทร์ จ่าหล้า* ศุภลักษณ์ ยายิรัมย์**
Kulwarin Jala, Suppaluk Yayiram
Corresponding author: E-mail; kulwarin2@gmail.com
(Received: December 21, 2025; Revised: December 26, 2025; Accepted: January 25, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามกรอบแนวคิดของ Soukup

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 ราย และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการจัดการความปวด คู่มือการใช้ แบบประเมินความปวด CPOT/NRS และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน การจัดการความปวดแบบบูรณาการ (ยาและไม่ใช้ยา) และการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ ผลการใช้พบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดเมื่อเทียบกับระยะ 48 ชั่วโมง โดยลดลงจากระดับปานกลางสู่ระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด (Mean = 4.78) และพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นกัน (Mean= 4.70) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การจัดการความปวดเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในการลดระดับความปวดของผู้ป่วยได้จริง ควรบูรณาการเป็นมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงานและขยายผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล; การจัดการความปวด; การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To develop nursing practice guidelines (NPGs) for pain management in post-open heart surgery patients and evaluate the effectiveness of these NPGs in the Cardiothoracic ICU, Roi Et Hospital.

Study design : Research and Development (R&D) based on the Soukup framework.

Material and Methods : Conducted from October 2024 to June 2025. Subjects included 15 registered nurses and 30 post-cardiac surgery patients selected by purposive sampling. Instruments consisted of the developed NPGs, CPOT/NRS pain scales, and satisfaction questionnaires, validated by 3 experts. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test.

Main finding : The developed NPGs included systematic pain assessment, pharmacological and non-pharmacological interventions, and standardized re-evaluation. Post-implementation results showed a significant decrease in patients' pain scores at the .000 level, particularly at 72 hours post-surgery compared to 48 hours (improving from moderate to mild pain). Both patients and nurses reported the highest level of satisfaction with the NPGs (Mean = 4.78$ and 4.70, respectively), specifically regarding the systematic assessment and feasibility of the guidelines.

Conclusion and recommendations : The NPGs provide a standardized and effective approach to reducing post-operative pain. Integrating these guidelines into routine clinical practice and promoting ongoing nursing training is recommended.

Keywords : Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG); Pain Management; Open Heart Surgery

*Registered Nurse, Professional Level, Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit (CVTICU), Nursing Subdivision of Intensive Care, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นกลุ่มของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับหัวใจและระบบหลอดเลือด ซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ากลุ่มโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก โดยในปี ค.ศ.2023 มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 20 ล้านคน ซึ่งข้อเท็จจริงที่น่าสนใจคือร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 โดยในปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วยสะสมกว่า 2.5 แสนราย และมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึงชั่วโมงละ 5 คน[2]

เมื่อสถานการณ์ของโรคมีความรุนแรงขึ้น เช่น ในกรณีลิ้นหัวใจรั่วหรือหลอดเลือดหัวใจตีบตันอย่างมาก การรักษาที่ได้มาตรฐานและจำเป็นคือการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ข้อมูลเปรียบเทียบในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาระบบการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น[3-4] อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ภายหลังการผ่าตัดคือ “ความปวดเฉียบพลัน” (Acute Postoperative Pain)

ความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีลักษณะเฉพาะและรุนแรง เนื่องจากมีสาเหตุจากหลายปัจจัย (Multi-factorial) ประการแรกคือการบาดเจ็บจากการเปิดกระดูกกลางหน้าอก (Median Sternotomy) และการใช้เครื่องมือถ่างขยายทรวงอก (Retractor) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ และกระดูก[5-6] ประการต่อมาคือการระคายเคืองจากการคาสายระบายทรวงอก (Chest Tubes) เพื่อระบายเลือดและพลาสมาหลังผ่าตัด[7] นอกจากนี้กระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammation) จากการใช้เครื่องช่วยปอดและหัวใจเทียมยังช่วยเพิ่มความไวต่อความปวดให้มากขึ้นอีกด้วย[8-9]

หากความปวดไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย เช่น ทำให้หายใจตื้นและไม่กล้าไอ ส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) หรือปอดอักเสบตามมา ด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดรุนแรงและภาวะซึมเศร้า รวมถึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ[6-7,9] การจัดการความปวดในปัจจุบันจึงยังคงเป็นความท้าทายของทีมสหวิชาชีพที่ต้องหาจุดสมดุลระหว่างการบรรเทาปวดและการลดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด[10-11]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในฐานะโรงพยาบาลศูนย์และศูนย์เชี่ยวชาญระดับตติยภูมิด้านโรคหัวใจ ได้เปิดให้บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมจนถึงปี พ.ศ.2566 จำนวน 370 ราย และเฉพาะในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดถึง 130 ราย[12] แม้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (CVTICU) จะมีการจัดการความปวดเป็นกิจวัตร แต่จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่ายังมีความหลากหลายสูง (Variation in Practice) พยาบาลแต่ละคนเลือกใช้แบบประเมินที่ต่างกัน เช่น NRS, VRS หรือ CPOT ตามความคุ้นเคย และจัดการความปวดตามประสบการณ์เฉพาะตัวหรือคำสั่งการรักษาแบบรายวันเท่านั้น อย่างไรก็ตามแม้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (CVTICU) จะมีการจัดการความปวดเป็นกิจวัตร แต่จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่ายังมีความหลากหลายสูง (Variation in Practice) พยาบาลเลือกใช้แบบประเมินความปวดที่ต่างกันตามความคุ้นเคย และจัดการความปวดตามประสบการณ์เฉพาะตัวเท่านั้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวพบว่า ข้อจำกัดสำคัญ คือ การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจซึ่งมีความซับซ้อนสูง โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถสื่อสารได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ที่เฉพาะเจาะจงและเป็นลายลักษณ์อักษร ส่งผลให้การจัดการความปวดขาดความต่อเนื่องและอาจไม่ครอบคลุมมิติการดูแลที่ไม่ใช้ยา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขึ้น โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบสากล และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้สู่ความเป็นเลิศตามเป้าหมายขององค์กรสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักฯ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ: เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักฯ อย่างน้อย 1 ปี และยินดีร่วมโครงการ

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด: คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Taro Yamane[13] และเกณฑ์ประมาณการของบุญชม ศรีสะอาด[14] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (คัดเข้าตามเกณฑ์: อายุ 20 ปีขึ้นไป, สื่อสารได้ดี, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดเชิงลึกดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG): เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินความปวด การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา และการประเมินซ้ำ และ 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ: จัดทำเป็นรูปเล่มที่สรุปเนื้อหาสำคัญ แผนภูมิการตัดสินใจ (Algorithm) และเกณฑ์การประเมินระดับความปวด เพื่อให้พยาบาลใช้ประกอบการตัดสินใจทางคลินิกได้รวดเร็ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความปวด Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT): ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (เช่น ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ) ประเมินจาก 4 องค์ประกอบ: การแสดงสีหน้า, การเคลื่อนไหวร่างกาย, การเกร็งของกล้ามเนื้อ และการหายใจร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ (คะแนน 0-8) 2) แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS): ใช้สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและสื่อสารได้ โดยให้ระบุระดับความปวดจาก 0 (ไม่ปวดเลย) ถึง 10 (ปวดมากที่สุด) และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล แบบเลือกตอบ 5 ระดับ ครอบคลุมด้านความชัดเจน ความง่ายในการปฏิบัติ และผลลัพธ์ในการบรรเทาปวด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ได้มาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแนวปฏิบัติติการพยาบาลและคู่มือการนำใช้ที่พัฒนาฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ค่า IOC เท่ากับ 0.86) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

และพยาบาลโดยการ Try-out พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ในผู้ป่วย และ 0.80 สำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยดำเนินการตามกรอบแนวคิด Soukup[15] 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) (ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568) ประกอบด้วย 1) จากปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) ด้วยการสำรวจสถิติและทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง 1 ปี (ต.ค. 66 – ก.ย. 67) สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความปวดที่เป็นอยู่ และระดมสมองพยาบาลในหน่วยงานเพื่อวางแผนการพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ (ย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี) จากฐานข้อมูล Thai LIS, PubMed, CINAHL, Cochrane และ Google Scholar โดยใช้กรอบ PICO เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมและนำมาสังเคราะห์เป็นร่างแนวปฏิบัติ (Draft CNPG)

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติและเครื่องมือวิจัย (กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2568) นำร่างแนวปฏิบัติ (Draft CNPG) มายกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด และสร้างคู่มือการใช้งาน และทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC = 0.86 และ 2) จัดทำเครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นการจัดทำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (แบบประเมินความปวด การปฏิบัติของพยาบาล และความพึงพอใจ) และนำไปตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นตามรายละเอียดในข้อเครื่องมือการวิจัยและการหาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง (Evidence-based Implementation) (เมษายน – พฤษภาคม 2568) เป็นการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วมาใช้ในสถานการณ์จริง โดยเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพพยาบาล (Staff Development) ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันก่อนเริ่มการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ประกอบด้วยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติและฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพทั้ง 15 คน นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 30 ราย โดยมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการประเมินผลและสรุป (มิถุนายน 2568) เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก **(Evidence-based Evaluation)** ประเมินจากตัวชี้วัด 3 ด้านคือ (1) ระดับคะแนนความปวดที่ลดลง (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และ (3) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติ : เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการวิจัย และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน (Standard of Care) ของหน่วยงาน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการเก็บข้อมูลไว้ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการและการพิทักษ์สิทธิ โดย 1) ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยและทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงาน 2) ปฐมนิเทศผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี) เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือ CPOT และ NRS ให้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด (Inter-rater reliability) และ 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) และให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วนก่อนลงนามยินยอม

2. ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล: บันทึกข้อมูลพื้นฐานและการรักษาจาก เวชระเบียนและสัมภาษณ์เบื้องต้น 2) การประเมินความปวด: ก่อนการจัดการปวด: ประเมินและบันทึกระดับความปวดเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัด ขณะดำเนินการ: พยาบาลให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (CNPG) ที่พัฒนาขึ้น หลังการจัดการปวด: ประเมินซ้ำที่เวลา 30 นาที และ 60 นาที (หรือตามที่ระบุในแนวปฏิบัติ) เพื่อดูประสิทธิภาพของการบรรเทาปวด และ 3) การประเมินความพึงพอใจ: เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความพึงพอใจ ส่วนพยาบาลจะทำแบบประเมินหลังสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

3. ขั้นตรวจสอบและจัดทำข้อมูล โดย 1) รวบรวมแบบบันทึกทั้งหมด ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล (Data Cleaning) 2) ลงรหัสข้อมูลเพื่อปกปิดชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรม และ 3) บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percent), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้การปฏิบัติ และความพึงพอใจ

2. การเปรียบเทียบประสิทธิผล เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำใช้แนวปฏิบัติโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 070/2568 รับรองวันที่ 7 มีนาคม 2567 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์เริ่มต้นหลังจากได้รับใบรับรองจริยธรรมแล้วเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยการบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

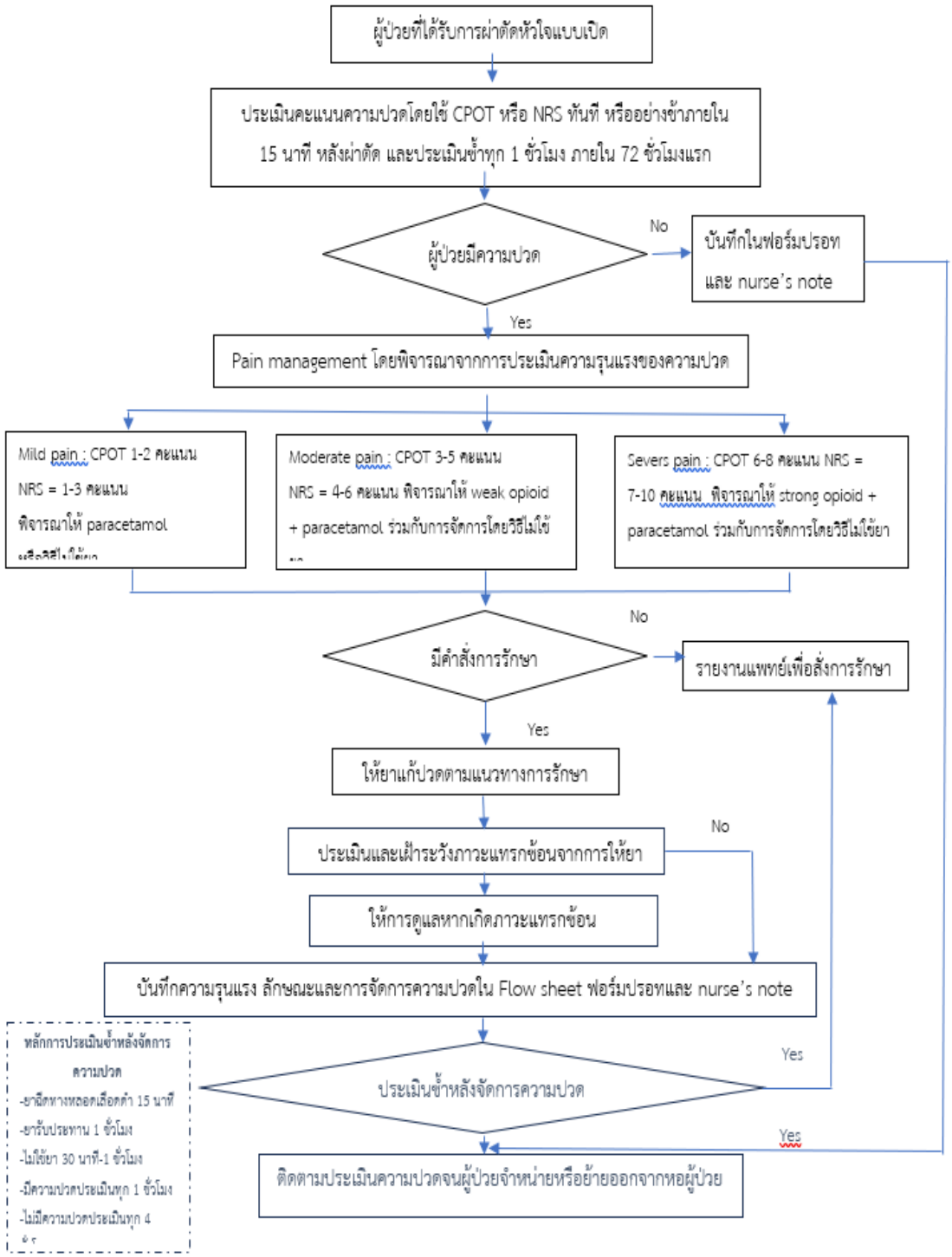
ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด (CNPG) โดยใช้กรอบแนวคิด Soukup Model[15] ผ่านกระบวนการ 4 ระยะ จนได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ที่มีความสำคัญดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา: แนวปฏิบัติใหม่ช่วยแก้ปัญหาความไม่สอดคล้องในการจัดการปวด และการใช้เครื่องมือประเมินที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต (เช่น ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ) 2) จุดเด่นของแนวปฏิบัติ: มีการใช้เครื่องมือ CPOT และ NRS ที่ชัดเจน มีเกณฑ์การให้ยาตามระดับความปวด (Mild, Moderate, Severe) และกำหนดเวลาการประเมินซ้ำที่แน่นอน (15-60 นาทีตามประเภทของยา) และ 3) คุณภาพ: ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้ (Pilot Test) แล้วพบว่าพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีความมั่นใจมากขึ้น โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด (CNPG) ที่ผ่านการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ Soukup Model ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญคือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (CPOT/NRS) ขั้นตอนที่ 2 การจัดการความปวดแบบบูรณาการ (การใช้ยาและไม่ใช้ยา) และ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ แสดงดังแผนภาพที่ 1

แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด(แบบใหม่)



2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแบ่งออกเป็น 4 ส่วนสำคัญ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=30) จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 59.60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.43) โดยมีสถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ในด้านสถานะทางสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 96.7 โดยร้อยละ 80.0 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่มาก่อน สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ที่ประมาณ 2 ชั่วโมง และร้อยละ 50.0 ใช้ระยะเวลาในการเข้าเครื่องปอดและหัวใจเทียมอยู่ในช่วง 1-2 ชั่วโมง

2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=15) ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 15 ราย พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 60.0) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.47 ปี ทุกรายสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้านประสบการณ์วิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกเป็นเวลา 3 ปี (ร้อยละ 53.3) และที่สำคัญคือพยาบาลทุกราย (ร้อยละ 100.0) ล้วนมีประสบการณ์ตรงในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาก่อน ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมและความเข้าใจในบริบทการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี

3. ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย (ระดับคะแนนความปวด)

ระดับความปวด คือ คะแนนความปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจนตามลำดับเวลา โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งลดลงจากระดับปานกลาง (ใน 24-48 ชม. แรก) สู่ระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้ 1) ระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก คะแนนความปวดเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 5.70 - 5.96 คะแนน (ระดับ ปานกลาง) ซึ่งผลวิเคราะห์พบว่า ยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($p = .078$) และ 2) ระยะ 72 ชั่วโมง คะแนนความปวดเฉลี่ย ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเหลือเพียง 2.50 คะแนน (ระดับน้อย) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระยะ 48 ชั่วโมง พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n=30)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	Mean	SD.	ระดับความปวด
24 ชั่วโมงแรก	6.80	0.85	มาก
48 ชั่วโมง	5.70	0.70	ปานกลาง
72 ชั่วโมง	**2.50**	**0.68**	**น้อย**

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะเวลาการประเมินความปวด	Mean	SD.	Wilcoxon (Z)	p
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	5.96	0.55	-	-
หลังใช้แนวปฏิบัติ (48 ชม.)	5.70	0.70	1.76	.078
หลังใช้แนวปฏิบัติ (72 ชม.)	**2.50**	**0.68**	**4.85**	**<.001**

4. ความพึงพอใจต่อการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนำใช้แนวปฏิบัติ พบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.78) โดยประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อการประเมินความปวดที่ได้รับและผลลัพธ์ของการจัดการปวด แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวด (n=30)

รายการความพึงพอใจของผู้ป่วย	Mean	SD.	ระดับ
1. การประเมินความปวดที่ได้รับ	4.83	0.37	มาก
2. การได้รับการประเมินซ้ำหลังจัดการปวด	4.83	0.37	มาก
3. ผลลัพธ์จากการจัดการความปวด	4.83	0.37	มาก
4. คำแนะนำในการจัดการความปวด	4.80	0.40	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจ	**4.78**	**0.36**	**มาก**

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.70) โดยระบุว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจน ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ดี แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด (n=15)

รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของแนวปฏิบัติ	4.80	0.41	มากที่สุด
2. ความสะดวกและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง	4.73	0.45	มากที่สุด
3. ประสิทธิภาพในการช่วยลดความปวดแก่ผู้ป่วย	4.67	0.48	มากที่สุด
รวมเฉลี่ย	**4.73**	**0.45**	**มากที่สุด**

สรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากช่วยให้ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจลดลงอย่างชัดเจนในระยะ 72 ชั่วโมง และสร้างความพึงพอใจในระดับสูงแก่ทั้งผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) และผู้ให้บริการ (พยาบาล)

วิจารณ์

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่ง

การอภิปรายผลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด (CNPG) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Soukup[15] พบว่าผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้สำเร็จ โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

ประการแรก ด้านกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบ การที่แนวปฏิบัติฉบับนี้ผ่านกระบวนการ 4 ระยะตามกรอบ Soukup Model[15] ทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือสูง เนื่องจากเริ่มจากการสำรวจปัญหาจริงในหน่วยงาน (Evidence-triggered phase) ซึ่งพบความไม่สอดคล้องในการจัดการปวดและการเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยวิกฤต (เช่น ผู้ป่วยที่ยังใส่ท่อช่วยหายใจ) การพัฒนาจึงมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสังเคราะห์เป็นขั้นตอนที่ชัดเจน 3 ขั้นตอน คือ การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (CPOT/NRS) การจัดการความปวดแบบบูรณาการ และการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Soukup[15] ที่ระบุว่าการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติจะช่วยให้บุคลากรเกิดการยอมรับและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ

ประการที่สอง ด้านความชัดเจนและคุณภาพของแนวปฏิบัติ จุดเด่นของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นคือการกำหนดเกณฑ์การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรง (Mild, Moderate, Severe) และการระบุช่วงเวลาประเมินซ้ำที่แน่นอน (15–60 นาทีตามประเภทของยา) ซึ่งช่วยลดความแปรปรวนในการตัดสินใจของพยาบาล (Nursing judgment) และส่งเสริมให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจงลักษ์ รสสุขุมาลชาติ และคณะ[16] ที่พบว่าการพัฒนาแนวทางจัดการความปวดสำหรับพยาบาลวิชาชีพโดยอิงจากปัญหาอุปสรรคในหน่วยงาน ช่วยให้ผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพยาบาลส่วนใหญ่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่เนื่องจากมีความเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ

ประการสุดท้าย ด้านการยอมรับในคุณภาพ การที่แนวปฏิบัติผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.86) และผ่านการทดลองใช้ (Pilot Test) ยืนยันได้ว่าแนวปฏิบัตินี้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิรานันท์ จันทร์ชุม และคณะ[17] ที่พบว่าการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่ผ่านการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์การจัดการความปวดที่ดีและลดความรุนแรงของความปวดลงได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการฟื้นตัว

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นนี้ ไม่เพียงแต่เป็นคู่มือที่ช่วยให้พยาบาลทำงานได้ง่ายขึ้น แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล (Standard of Care) ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้รับการดูแลจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สามารถอภิปรายผลตามตัวชี้วัดที่สำคัญได้ดังนี้

ประการแรก ด้านประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการลดระดับความปวด พบว่าระดับความปวดของผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่เป็นระบบ (CNPG) เน้นการประเมินที่รวดเร็วภายใน 15 นาทีแรกหลังผ่าตัด และใช้เครื่องมือ

ประเมินที่เป็นมาตรฐานทั้ง CPOT และ NRS ทำให้พยาบาลสามารถคัดกรองความรุนแรงของความปวดและตัดสินใจเลือกวิธีการบรรเทาปวดที่เหมาะสมตามลำดับขั้น (Pain Scale Step) ทั้งการใช้ยาแก้ปวดและการจัดการแบบไม่ใช้ยาร่วมกันได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ การกำหนดรอบการประเมินซ้ำที่ชัดเจนสอดคล้องกับคุณสมบัติของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนระดับความปวดลดลงจากระดับปานกลางสู่ระดับน้อยในระยะ 72 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิรานันท์ จันทร์ชุม และคณะ[17] ที่พบว่าการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติช่วยลดความรุนแรงของความปวดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะ 72 ชั่วโมง และสอดคล้องกับทิศากร สุทธิประภา[18] ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการอาการส่งผลให้ระดับความปวดลดลงได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

ประการที่สอง ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมระดับมาก (Mean = 4.78) โดยเฉพาะในด้านการได้รับการประเมินซ้ำและการติดตามผล (Mean = 4.83) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์และเฝ้าระวังอาการปวดอย่างใกล้ชิด การสื่อสารข้อมูลและคำแนะนำในการจัดการความปวดด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและนุ่มนวล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในระบบการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ จรรยา หมื่นรังสี และคณะ[19] ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPGs) มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มปกติเนื่องจากได้รับการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบ

ประการสุดท้าย ด้านความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean = 4.70) โดยให้คะแนนสูงสุดในด้านความง่ายและความสะดวกในการนำไปใช้จริง (Mean = 4.73) อภิปรายได้ว่าเนื่องจากแนวปฏิบัติฉบับนี้ถูกพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการระดมสมองของพยาบาลในหน่วยงานร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย ทำให้ขั้นตอนในแผนผังการตัดสินใจ (Algorithm) ไม่ซับซ้อนและสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงในหอผู้ป่วยหนัก (Feasibility) ส่งผลให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและลดความคลาดเคลื่อนในการจัดการความปวด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จงลักษ์ รสสุขุมาลชาติ และคณะ[16] ที่พบว่าแนวทางการจัดการความปวดที่เน้นความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จะได้รับการยอมรับจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่และนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน

โดยสรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยตรงในการลดความเจ็บปวด แต่ยังส่งเสริมคุณภาพบริการพยาบาลและความเป็นมืออาชีพของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้เป็นอย่างดี

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย

จุดเด่นของการวิจัย งานวิจัยนี้มีจุดเด่นสำคัญ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน (Participatory Approach) ร่วมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย (Evidence-based) ทำให้แนวปฏิบัติที่ได้มีความจำเพาะต่อบริบทของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐานสากล (CPOT และ NRS) ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินและส่งผลให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพและวัดผลได้ชัดเจน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขอบเขตของกลุ่มตัวอย่าง: เนื่องด้วยเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลที่มีระดับศักยภาพหรือทรัพยากรที่แตกต่างกัน

2. ระยะเวลาในการประเมินผล: การศึกษานี้มุ่งเน้นผลลัพธ์ในระยะเฉียบพลัน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งเป็นช่วง

ที่ผู้ป่วยวิกฤตที่สุด แต่อาจยังไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ในระยะยาวหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมนำทางคลินิกควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปจัดทำเป็นแนวทางการดูแลมาตรฐาน (Standard of Care) ของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกคน

1.2 หน่วยงานควรส่งเสริมให้พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะทักษะการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยวาจา (CPOT) เพื่อสร้างมาตรฐานเดียวกันและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

1.3 ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปแลกเปลี่ยนเรียนร่วมกับทีมศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เพื่อจัดทำแนวทางการบริหารยาแก้ปวดที่สอดรับกับกระบวนการประเมินของพยาบาล ช่วยลดความล่าช้าและเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจรักษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะที่ยาวขึ้น เช่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of Stay), อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (Readmission Rate) หรือระดับความปวดเรื้อรังหลังจำหน่าย เพื่อวัดความยั่งยืนของแนวปฏิบัติ

2.2 ควรนำแนวปฏิบัติไปศึกษาทดลองใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ที่มีการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่หรือขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีความเป็นสากลมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยสู่การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเทียบกับการพยาบาลปกติให้มีความน่าเชื่อถือทางสถิติสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอบพระคุณ ดร.พว. มะลิวรรณ อังคณิตย์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาจนรายงานวิจัยสมบูรณ์ และขอขอบคุณโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการจริยธรรมฯ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนเพื่อนพยาบาลและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่ง คุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds
2. Health Data Center. Cardiovascular disease statistics 2023. Bangkok: Ministry of Public Health; 2566.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข: รายงานการผ่าตัดหัวใจประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. แนวทางการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Clinical Practice Guidelines for Open Heart Surgery). กรุงเทพฯ: สมาคมฯ; 2566.
5. กนกวรรณ สว่างศรี. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดทรวงอก. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560;28(1):15-27.
6. Ho A M, Ng C W, Chan P C. Acute pain management after cardiac surgery. J Card Surg. 2021;36(5):1842-50.
7. Fayaz M K, Abel M F, Shaban M A. Postoperative pain in cardiac surgery. J Clin Anesth. 2022;78:110667.
8. Nguyen V, Gauthier M. Neuropathic pain after cardiac surgery. Pain Med. 2020;21(9):1890-905.

9. Khan S, Smith J. Inflammatory response and pain sensitivity. Ann Thorac Surg. 2023;115(2):440-48.
10. Thai Anesthesia Journal. Pain management challenges in cardiac patients. 2565;48(2):112-25.
11. Momeni M, Mazloom S R, Lyne M E, Esmaeili H, Salehabadi S, Smetana GW, et al. Evidence-based pain management. J Clin Nurs. 2019;28(13-14):2341-52.
12. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานสถิติผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจประจำปี 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
13. ยุทธ ไกยวรรณ์. การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
15. Soukup MJ. The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model: Promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
16. จงลักษ์ รสสุขุมาลชาติ, ศรุติยา สถาปนศิริ, อุทัยวรรณ ขจรเนติยุทธ. การพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(4):685-94.
17. สิรานันท์ จันทร์ชุม, มยุรี เจริญพรไพศาล, ณัฐริกา สาลีผล. การปฏิบัติการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(2):1-12.
18. ทิศากร สุทธิประภา. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
19. จรรยา หมื่นรังสี, ประคอง อินทรสมบัติ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ, รัตนาภรณ์ แซ่ตัง, สมคิด รักษาสัตย์, พรเพ็ญ อามระดิษฐ์, และคนอื่นๆ. ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2556;31(2):45-56.

การพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร

The development of a radiology service system to reduce repeated imaging in referred patients from community hospitals in Yasothon Province

นิติกาญจน์ ยุถาวร*
Nitikan Yuthawon
Corresponding author: E-mail: kanyucrtt@gmail.com
(Received: December 22, 2025; Revised: December 28, 2025; Accepted: January 28, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา พัฒนาและทดลองใช้ และประเมินผลระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : แหล่งข้อมูลเป็นข้อมูลการส่งต่อการให้บริการ ได้แก่ 1) บุคลากรโรงพยาบาลยโสธร ที่เป็นผู้รับผลงานจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ แพทย์ผู้ตรวจจาก OPD/ER/IPD นักรังสีการแพทย์ พยาบาล ณ จุดตรวจ OPD/ER/IPD และบุคลากรทางรังสีโรงพยาบาลชุมชน รวม 25 คน และ 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย 50 ราย ที่รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการเก็บข้อมูลภาพถ่ายรังสีซ้ำของผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) ปัญหาการถ่ายภาพรังสีซ้ำสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชิงระบบ ได้แก่ ช่องทางการสื่อสารระบบดิจิทัลไร้รอยต่อ การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานด้านคอมพิวเตอร์ และการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางรังสีวิทยาทั้งเครือข่ายเพื่อลดภาระของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดให้กับระบบสาธารณสุข และระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน 2) ระบบบริการทางรังสีวิทยา 5C ประกอบด้วยขั้น Collection of Data (C1) โดยวิเคราะห์สภาพปัญหาและจัดทำฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ Connectivity (C2) โดยการสร้างความเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศดิจิทัล Communication (C3) โดยปฏิรูปการสื่อสารผ่าน 5 จุดยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ต้นทางจนถึงผู้รับเคสปลายทาง Clinical Governance (C4) โดยการนำหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกมาปรับใช้ โดยเฉพาะการกำกับดูแลการสั่งตรวจของแพทย์ (Intern) ผ่านองค์กรแพทย์ และ Continuous Evaluation (C5) โดยการประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การนำผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามสถิติมาปรับปรุงขั้นตอนการทำงานให้ทันต่อสถานการณ์ และพัฒนาจนเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ของทั้งเครือข่ายและ 3) ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาพบว่า (1) การยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ ผลการดำเนินงานที่โดดเด่นที่สุดคือ อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ซึ่งเคยเป็นปัญหาหลักและมีสถิติสูงถึง 90% ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเหลือเพียง 20% แม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ตั้งไว้ 10% แต่การลดลงนี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับคุณภาพของภาพรังสี ที่เพิ่มขึ้นจาก 84% เป็น 93% มาตรฐานที่สูงขึ้นนี้ช่วยให้แพทย์สามารถนำภาพรังสีจากโรงพยาบาลต้นทางไปแปลผลเพื่อการรักษาได้ทันทีโดยไม่ต้องรอถ่ายภาพใหม่ (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและกระบวนการทำงาน ปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนความสำเร็จคือ บุคลากรสามารถผ่านการประเมินทักษะเพิ่มขึ้นถึง 100% ส่งผลโดยตรงต่อความรวดเร็วในการบริการ ซึ่งพบว่า ระยะเวลารอคอยการตรวจ

ของผู้ป่วยลดลงจากเดิม 40 นาที เหลือเพียง 10 นาที ซึ่งรวดเร็วกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ถึง 3 เท่า นอกจากนี้ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลให้อุบัติการณ์ การเกิดข้อร้องเรียน ลดลงจาก 6 อุบัติการณ์เหลือเพียง 1 อุบัติการณ์ ในขณะที่บุคลากรยังคงมีความพึงพอใจในระดับมาตรฐาน 85% และ (3) ความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์และความปลอดภัยของผู้ป่วย มิติที่น่าสนใจที่สุดคือด้านงบประมาณ โดยพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยต่อปี (Unit Cost) ลดลงจาก 2,611,455 บาท เหลือเพียง 580,335 บาท การลดภาระค่าใช้จ่ายนี้ควบคู่ไปกับประโยชน์สูงสุดในด้านสุขภาพ คือการลดความเสี่ยงจากการรับรังสีเกินความจำเป็นของผู้ป่วย และถือเป็นการช่วยลดภาระงบประมาณของภาครัฐในภาพรวมได้อย่างยั่งยืน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำลดลง และคุณภาพของภาพรังสีที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน

คำสำคัญ : ระบบบริการรังสีวิทยา; การถ่ายภาพรังสีซ้ำ; ผู้ป่วยรับ Refer

*นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลยโสธร

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate the current situational problems, and to develop, implement, and evaluate a radiological service system designed to reduce repeat radiography in patients referred from community hospitals to Yasothon Hospital.

Study design : A Research and Development (R&D) design was employed.

Materials and Methods : The study involved two primary groups: 1) 25 healthcare providers, including physicians (OPD/ER/IPD), radiological technologists, nurses, and community hospital radiological staff; and 2) a recipient group consisting of 50 patients and referred cases. Data were collected through questionnaires, semi-structured interviews, and repeat radiography record forms. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data underwent content analysis.

Main finding : 1)The initial assessment revealed that repeat radiography was primarily caused by systemic failures, specifically the lack of seamless digital communication channels, inadequate computer infrastructure, and inconsistent radiological quality standards across the network. 2) The developed "5C Model" for radiological services consists of: Collection of Data (C1) for systematic situational analysis; Connectivity (C2) to integrate digital information systems; Communication (C3) through a 5-point strategic protocol; Clinical Governance (C4) to monitor physician ordering behavior (particularly interns) via medical organizations; and Continuous Evaluation (C5) for ongoing process improvement and the establishment of Standard Operating Procedures (SOPs), and 3) The implementation success demonstrated: (1) Quality and Efficiency: The repeat radiography rate significantly decreased from 90% to 20%. Concurrently, radiological image quality increased from 84% to 93%, enabling immediate clinical interpretation. (2) Capacity Building: Personnel skill competency reached 100%, leading to a reduction in patient waiting times from 40 to 10 minutes (a 3-fold improvement). Incident complaints decreased from 6 to 1, while staff satisfaction remained high at 85%. (3) Economic Value and Patient Safety: The annual average unit cost drastically declined from 2,611,455 THB to 580,335 THB. Furthermore, the system effectively minimized patients' unnecessary radiation exposure and reduced the overall national healthcare budgetary burden.

Conclusion and recommendations : These research outcomes contributed to a significant diminution in re-exposure rates and an augmentation of radiographic quality. Accordingly, stakeholders should integrate these findings into their quality development protocols.

Keywords : Radiological Service System; Repeat Radiography; Referred Patients.

*****Radiological Technologist, Professional Level, Department of Radiology, Yasothon Hospital.

บทนำ

ระบบการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับขีดความสามารถของสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งเพียงลำพัง หากแต่ขึ้นอยู่กับการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการในระดับต่างๆ อย่างเป็นระบบ กระบวนการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ “การส่งต่อผู้ป่วย” (Patient Referral System) ซึ่งเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงระหว่างการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่[1] ทั้งนี้คำจำกัดความของการส่งต่อผู้ป่วยในเชิงวิชาการหมายถึงกระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการหนึ่งเห็นควรส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยชั่วคราวหรือถาวรให้กับสถานพยาบาลอื่นที่มีขีดความสามารถสูงกว่า (Vertical Referral) หรือในระดับเดียวกัน (Horizontal Referral) โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางคลินิกอย่างเป็นระบบ World Health Organization [WHO][2] กระบวนการนี้ไม่ได้จำกัดเพียงการเคลื่อนย้ายทางกายภาพ แต่รวมถึงการส่งต่อข้อมูลการวินิจฉัย แผนการรักษา และการดูแลต่อเนื่องหลังจากสภาวะวิกฤตสิ้นสุดลง หรือที่เรียกว่าการส่งกลับ (Back Referral) เพื่อให้เกิดการดูแลที่ไร้รอยต่อ[3]

ในทำนองเดียวกันความสำคัญของการส่งต่อผู้ป่วยสามารถพิจารณาได้ใน 3 มิติหลัก คือ (1) การเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย: ในภาวะวิกฤตที่จำกัดด้วยเวลา (Time-sensitive conditions) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การมีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (Fast Track) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงหัตถการเฉพาะทางได้ทันท่วงที ซึ่งแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการลดระยะเวลาในกระบวนการนี้เพื่อลดอัตราการตายและความพิการ[4] (2) การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างคุ้มค่า : เนื่องด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูงและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นทรัพยากรที่มีจำกัดและมีค่าใช้จ่ายสูง ระบบการส่งต่อจึงช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สถานพยาบาลขนาดเล็กสามารถทำหน้าที่คัดกรองและดูแลโรคทั่วไป ในขณะที่สถานพยาบาลขนาดใหญ่สามารถมุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคที่ซับซ้อน ซึ่งสมศักดิ์ ชุณหรัศมี[5] ระบุว่าระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับสูงและลดงบประมาณที่ซ้ำซ้อนในการจัดซื้ออุปกรณ์ระดับสูงเกินความจำเป็นในพื้นที่ที่ไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร และ (3) ความต่อเนื่องของการรักษา (Continuity of Care): ระบบการส่งต่อที่สมบูรณ์จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยไม่ขาดตอน ข้อมูลจากระบบสารสนเทศสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทำให้แพทย์ปลายทางสามารถตัดสินใจรักษาได้แม่นยำขึ้นจากประวัติเดิม และเมื่อผู้ป่วยพ้นขีดอันตราย การส่งตัวกลับไปหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านจะช่วยให้เกิดการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพโดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น[6] โดยสรุป ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของการขนย้ายผู้ป่วย แต่เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับประเทศที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นการสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

เช่นเดียวกับปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยรับ Refer โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดยโสธร ได้แก่ แพทย์สั่งถ่ายภาพรังสีซ้ำ ด้วยคำสั่งเดิมจากโรงพยาบาลชุมชน จึงมักจะมีคำถามจากผู้ป่วยว่า“เอกซเรย์อีกแล้วเหรอ” “ทำไมต้องเอกซเรย์หลายครั้ง” ซึ่งเป็นปัญหาที่นักรังสีการแพทย์ไม่สามารถอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจหรือพึงพอใจได้ทุกราย เพราะเป็นเหตุผลในการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์ จากเดิมที่การถ่ายภาพรังสีเป็นระบบฟิล์ม แพทย์โรงพยาบาลยโสธรจะสั่งถ่ายภาพรังสีซ้ำทุกราย (100%) ด้วยเหตุผลของการที่ผู้ป่วยต้องมีประวัติการรักษาของโรงพยาบาลยโสธร เพราะภาพรังสีระบบฟิล์มต้องส่งคืนโรงพยาบาลชุมชน ต่อมาการถ่ายภาพรังสีพัฒนาเป็นระบบดิจิตอลและส่งภาพรังสีด้วยระบบ CD (พ.ศ. 2562-2565) แพทย์ก็ยังคงสั่งถ่ายภาพรังสีซ้ำทุกเคส เพราะข้อจำกัดของเครื่องคอมพิวเตอร์และนโยบายความปลอดภัยของ

โรงพยาบาลยโสธรที่ไม่สนับสนุนให้เครื่องคอมพิวเตอร์ของจุดบริการมีการเปิดใช้ CD ประกอบกับการเปิด CD อาจต้องใช้เวลาหลายนาที ทำให้ไม่ได้รับความนิยมในการใช้ CD และปัจจุบันได้พัฒนาการส่งต่อภาพรังสีโดยส่งเข้าระบบคลาวด์ (พ.ศ. 2566-ปัจจุบัน) แพทย์ก็ยังสั่งถ่ายภาพรังสีซ้ำทุกราย[7] ดังข้อมูลการรับ Refer ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร ในปี พ.ศ. 2566 พบโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดยโสธรทั้ง 8 แห่ง ส่ง Refer ผู้ป่วย จำนวน 27,635 ราย (ข้อมูลสถิติ Refer in ของโรงพยาบาลยโสธร) เฉลี่ยประมาณ 2,300 ราย/เดือน มีภาพรังสีที่ถูกส่งเข้าระบบคลาวด์โดยเฉลี่ย 1,900 ภาพ/เดือน (ข้อมูลในระบบคลาวด์ของกลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลยโสธร) และมีการถ่ายภาพรังสีซ้ำเฉลี่ย 2,080 ราย/เดือน คิดเป็นร้อยละ 90.43 และจากการเก็บข้อมูล 3 เดือน (มิ.ย. – ส.ค. 67) พบโรงพยาบาลชุมชน ส่ง Refer ผู้ป่วย 7,520 ราย มีการส่งต่อภาพรังสี 5,160 ภาพ และมีการถ่ายภาพรังสีซ้ำ 1,645 ภาพ (Cost 575,750 บาท)

จากความสำคัญและปัญหาของระบบส่งต่อข้อมูลทางรังสีวิทยากรณีศึกษาระบบบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร ในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Health Service Network) การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปนั้น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นประจำเพื่อเพิ่มระดับการรักษาให้สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่มักพบและส่งผลกระทบโดยตรงต่อทั้งประสิทธิภาพการรักษาและภาระค่าใช้จ่ายคือ “การถ่ายภาพรังสีซ้ำโดยไม่จำเป็น” ในผู้ป่วยที่รับการส่งต่อ (Refer) ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อแก้ไขปัญหานี้ในบริบทของจังหวัดยโสธร สาเหตุหลักของการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยส่งต่อ จากการศึกษาพบว่าปัญหาไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากระบบการจัดการที่ซับซ้อน แบ่งเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ประการแรกคือ ปัญหาด้านการสื่อสารและการประสานงานระหว่างองค์กร พบว่ามีความล่าช้าและขาดประสิทธิภาพในจุดเชื่อมต่อข้อมูลถึง 5 ระยะ ตั้งแต่ระดับเจ้าหน้าที่เทคนิคในโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์ส่งต่อ จนถึงทีมแพทย์พยาบาลปลายทาง ประการที่สองคือ อุปสรรคด้านระบบสารสนเทศดิจิทัล แม้จะมีการใช้ระบบ PACS แต่การส่งภาพจากจุดบริการต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) หรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ในโรงพยาบาลต้นทาง เข้าสู่ระบบส่วนกลางเพื่อการส่งต่อยังทำได้ไม่สมบูรณ์ และประการสุดท้ายคือ พฤติกรรมการสั่งตรวจของบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) ที่มักสั่งถ่ายภาพรังสีซ้ำโดยไม่ตรวจสอบข้อมูลเดิมในระบบ หรือสั่งซ้ำโดยไม่ระบุเหตุผลที่ชัดเจน

อย่างไรก็ตามช่องว่างของงานวิจัยและแนวทางการพัฒนา (Research Gap) เมื่อพิจารณาในเชิงวิชาการช่องว่างสำคัญที่ยังขาดการศึกษาอย่างจริงจังคือ “การบูรณาการระบบส่งต่อภาพรังสีไร้รอยต่อในระดับนโยบายเครือข่าย” งานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการแก้ปัญหาคุณภาพภาพในโรงพยาบาลเดียว แต่ยังขาดตัวแบบ (Model) ที่สามารถเชื่อมโยงพฤติกรรมการสั่งตรวจของแพทย์เข้ากับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้พยายามเข้าไปอุดช่องว่างด้วยการเสนอให้มีการพัฒนาขั้นตอนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และการสร้างกลไกกำกับดูแลพฤติกรรมการสั่งตรวจของแพทย์จบใหม่ผ่านองค์กรแพทย์เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การลดอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยส่งต่อ ไม่เพียงแต่ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และความแออัดในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเป็นการลดปริมาณรังสีสะสมที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Patient Safety) ความสำเร็จของเรื่องนี้จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงแค่เทคโนโลยี แต่ขึ้นอยู่กับ การสื่อสารเชิงระบบ (Systemic Communication) ที่ต้องเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในเครือข่ายเข้าด้วยกันอย่างเป็นรูปธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น กล่าวได้ว่าการถ่ายภาพรังสีซ้ำเป็นปัญหาที่พบบ่อย ในการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งส่งผลต่อการได้รับรังสีเกินความจำเป็นของผู้รับบริการ และผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากรังสี และเกิด Delay treatment /Delay diagnosis ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มในผู้ป่วยสิทธิชำระเงิน, เพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลยโสธร เครื่องมืออุปกรณ์

มีการเสื่อมสภาพเร็วขึ้น, บุคลากรปฏิบัติงานซ้ำซ้อน และเพิ่มภาระงาน จากปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องศึกษา การพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร เพื่อพัฒนา ปรับปรุงระบบบริการทางรังสีวิทยา ผลการศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นต้นแบบการพัฒนางานรังสีวิทยา เพื่อยกระดับคุณภาพบริการรังสีวินิจฉัยทั้งระบบ ซึ่งจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อบริการสาธารณสุข และสร้างความยั่งยืนให้แก่ระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา พัฒนาและทดลองใช้และประเมินผลระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design) ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดยโสธร ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลยโสธร ที่เป็นผู้รับผลงานจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ แพทย์ผู้ตรวจ OPD/ER/IPD 5 คน นักรังสีการแพทย์โรงพยาบาลยโสธร 7 คน พยาบาล ณ จุดตรวจ OPD/ER/IPD 5 คน และบุคลากรทางรังสีโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร 8 คน รวม 25 คน และ 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย 50 คน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบวิเคราะห์เอกสาร และ (2) แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม

การสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างแบบวิเคราะห์เอกสารและแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความใกล้เคียงกับเรื่องที่วิจัย 2) กำหนดเครื่องมือที่จะใช้รวบรวมข้อมูลว่าควรเป็นเครื่องมือประเภทใดบ้าง 3) ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย (ตามข้อ 2) โดยศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย 4) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือดังกล่าว 5) ระบุเนื้อหาและประเด็นหลักที่มีความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย 6) สร้างเครื่องมือตามประเด็นและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 7) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) 5 คน 8) ปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 9) จัดทำเครื่องมือให้สมบูรณ์ เช่น หากเป็นแบบสอบถามก็ควรจัดพิมพ์ให้ถูกต้องตามลักษณะของแบบสอบถาม ให้มีลักษณะสมบูรณ์สามารถที่จะนำไปใช้ได้เลย 10) ทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษาในการวิจัย เพื่อนำผลการทดสอบใช้มาตรวจสอบหาคุณภาพ เช่น ความเที่ยงของเครื่องมือ 11) นำผลที่ได้จากข้อ 10 มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น หากเป็นไปได้ก็ควรที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญได้ช่วยพิจารณาอีกครั้งหนึ่งก็จะทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ และ 12) จัดพิมพ์เครื่องมือวิจัยฉบับสมบูรณ์พร้อมและจัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือดังกล่าวด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วบันทึกในแบบวิเคราะห์เอกสาร 2) การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (Single focus group) ขั้นตอนดังนี้ (1) เชิญผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในห้องที่จัดเตรียมไว้ (2) จัดทำมีป้ายชื่อ สำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ (3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง (4) สร้างบรรยากาศ สร้างความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ (5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้ดำเนินการสนทนา ต้องคอยกระตุ้นให้

สมาชิกได้แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอยจำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือคอยครอบงำความคิดผู้อื่น (6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็นและถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่อไปของโครงการ และแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลหลังสนทนา 2) ถอดเทปและสรุปประเด็นสำคัญ 3) วิเคราะห์แนวโน้มความคิดเห็นที่ตรงกันและความเห็นต่าง และ 4) นำเสนอผลการสนทนาเพื่อใช้สังเคราะห์แนวทางพัฒนาระบบการดูแล

ขั้นที่ 2 พัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร

แหล่งข้อมูล แหล่งข้อมูลที่นำมาใช้ครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แหล่งข้อมูลตรวจสอบคุณภาพของ ระบบฯ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบร่างระบบฯ 5 คน ที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ คือ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านรังสีและเครื่องมือแพทย์ 1 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี/โท นักรังสีการแพทย์ 3 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี และด้านวิจัยและประเมินผล 1 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท/เอกจบสาขาการวิจัยและประเมินผล และ 2) แหล่งข้อมูลทดลองนำร่องใช้ (Try Out) ระบบฯ นักรังสีการแพทย์ 3 คน ใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง และคู่มือการใช้ระบบฯ

การสร้างระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการสร้างดังนี้ คือ (1) นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดองค์ประกอบของระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน (2) เขียนรายละเอียดของรูปแบบประกอบด้วย หลักการของระบบ วัตถุประสงค์ของระบบ เนื้อหา กระบวนการของระบบการดูแล และการวัดและประเมินผล (3) เขียนคู่มือการใช้ระบบฯ ประกอบด้วย บทนำ ระบบฯ การนำไปใช้เนื้อหา และเครื่องมือ จัดทำเพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับกรอบทั้งหมด เพื่อให้ผู้ใช้ระบบเข้าใจและสามารถนำระบบที่สร้างขึ้นไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (4) นำระบบฯ และคู่มือการใช้ระบบเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน พิจารณาความเหมาะสมของแต่ละองค์ประกอบในระบบฯ โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และ (5) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นดำเนินการพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยา

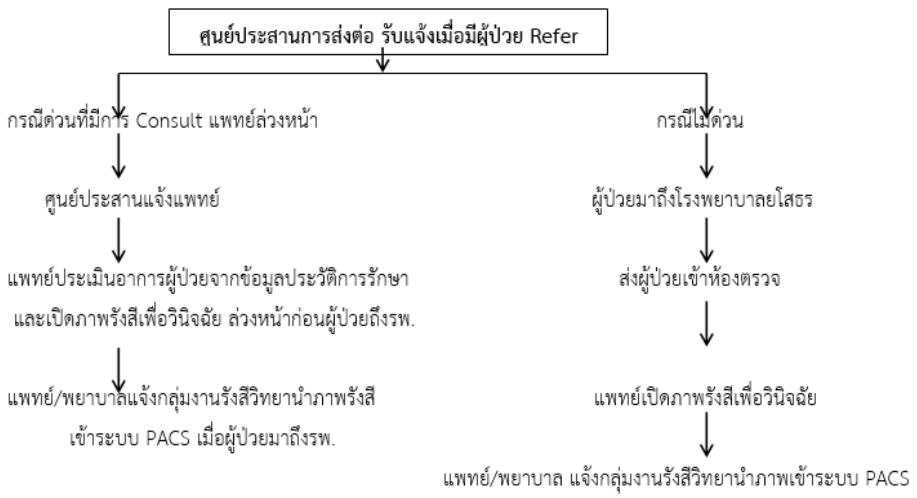
ระยะที่ 1 พัฒนาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และโปรแกรมการส่งต่อภาพรังสี ดังนี้ 1) พัฒนาโปรแกรมการส่งต่อภาพรังสีในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ให้สามารถส่งภาพรังสีเข้าระบบคลาวด์ เมื่อมีผู้ป่วย Refer เข้าโรงพยาบาลยโสธร (ไม่มีค่าใช้จ่าย) 2) ติดตั้งโปรแกรมการส่งต่อภาพรังสี (ไม่มีค่าใช้จ่าย) ที่สามารถรับภาพและเปิดภาพได้ทุกจุดบริการของโรงพยาบาลยโสธรที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับแพทย์วินิจฉัยโรคจากภาพรังสี ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกทุกห้องตรวจ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยในทุกตึก งานทันตกรรม คลินิกตรวจโรคต่างๆ และห้องผ่าตัด เพื่อให้แพทย์สามารถเปิดดูภาพรังสีได้โดยไม่ต้องรอผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และไม่ต้องรอให้กลุ่มงานรังสีวิทยานำภาพรังสีเข้าระบบ PACS ของโรงพยาบาล และ 3) ดำเนินการสำรวจและการอัปเกรดคอมพิวเตอร์ในหน่วยงานทุกกลุ่มบริการ โดยกลุ่มงานดิจิตอลทางการแพทย์และสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มสมรรถนะการใช้งานของเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยพิจารณาจากสภาพปัจจุบันของเครื่องคอมพิวเตอร์แต่ละจุดบริการ ได้แก่ การอัทเกรดจอคอมแบบ LED LCD ความเร็วเน็ต สเปคคอม สายแลน CAT 6 ไฟเบอร์ออพติก อัทเกรด เปลี่ยนคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบด้านการสื่อสาร และ

การแจ้งเตือนผ่านแอพลิเคชั่น โดย 1) จัดให้มีระบบการสื่อสารให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้โรงพยาบาลยโสธรทราบ ว่าภาพรังสีของผู้ป่วยถูกส่งเข้าระบบคลาวด์ด้วยข้อความว่า “ส่งภาพรังสีออนไลน์” โดยบันทึกกับข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่ Refer 2) วางแผนระบบการสื่อสารของโรงพยาบาลชุมชน โดยพัฒนาปรับปรุงจากปัญหาที่พบของการส่งภาพรังสีเข้าระบบส่งต่อภาพในกรณีที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ส่งภาพรังสีเข้าระบบเนื่องจากการสื่อสารของจุดบริการหลายจุดที่ส่งต่อผู้ป่วยแต่ไม่แจ้งเจ้าหน้าที่รังสี จึงไม่มีการส่งภาพเข้าระบบ ดำเนินการพัฒนาให้สามารถส่งภาพเข้าระบบได้ทุกจุดบริการ โดยไม่ต้องผ่านงานรังสีวิทยา 3) พัฒนาระบบการแจ้งเตือนทาง แอพลิเคชั่นไลน์ และจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชน แจ้งการส่งภาพรังสีเข้าระบบคลาวด์เพื่อให้ทุกจุดบริการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ สามารถเปิดภาพรังสีให้แพทย์วินิจฉัย หรือประเมินเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลยโสธร และ 4) ระบบแจ้งเตือนกลุ่มงานรังสีวิทยานำภาพเข้าระบบ PACS ของโรงพยาบาลยโสธร โดยการแจ้งเตือนทางแอพลิเคชั่นไลน์ และการแจ้งทางโทรศัพท์ โดยมีรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยชัดเจนครบถ้วน

ระยะที่ 3 พัฒนาคุณภาพของภาพถ่ายรังสีโดยการพัฒนาทักษะของบุคลากรในการถ่ายภาพรังสีที่มีคุณภาพสามารถแปลผลได้ ดำเนินการ ดังนี้ 1) ดำเนินการฝึกอบรมนักรังสีการแพทย์และบุคลากรทางรังสีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านทักษะการถ่ายภาพรังสีที่มีคุณภาพ วิทยากร ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคกระดูกและข้อ (Orthopedic) ของโรงพยาบาลยโสธร ดำเนินการฝึกอบรมในหัวข้อ “การจัดท่าถ่ายภาพรังสีท่าพิเศษในผู้ป่วย Orthopedics ที่แพทย์ Ortho ต้องการ” เนื่องจากการถ่ายภาพรังสี โรคกระดูกและข้อ (Orthopedic) มีความพิเศษในการจัดท่าที่ต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญเป็นพิเศษและมีเทคนิคการจัดท่าใหม่ๆอยู่ตลอดเวลา 2) ดำเนินการฝึกอบรมการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือและอุปกรณ์ถ่ายภาพรังสีในระบบดิจิตอลให้กับนักรังสีการแพทย์และบุคลากรทางรังสีอื่นๆ วิทยากรได้แก่ บริษัทผู้ผลิตเครื่องมืออุปกรณ์ โดยจัดอบรมในภาพรวมของจังหวัด และการเข้าร่วมอบรมในภาพรวมระดับเขต และ 3) ฝึกอบรมด้านทักษะการถ่ายภาพรังสีที่มีคุณภาพ เพิ่มเติมหลังดำเนินการไปแล้ว 2 เดือน โดยฝึกอบรมนักรังสีการแพทย์และบุคลากรทางรังสีอื่นๆที่เกี่ยวข้อง วิทยากร ได้แก่ รังสีแพทย์ในหัวข้อ “คุณภาพของภาพรังสีที่ดี ที่แพทย์สามารถแปลผลได้” ซึ่งครอบคลุมภาพรังสีทุกระบบทั่วร่างกาย ไม่เฉพาะเจาะจงระบบใดระบบหนึ่งทำให้บุคลากรได้รับการทบทวนและมีความรู้เพิ่มขึ้น

ระยะที่ 4 พัฒนาระบบด้านขั้นตอนการบริการดำเนินการ ดังนี้



2) การตรวจสอบคุณภาพของระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน (1) แบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือการใช้ระบบฯ มีขั้นตอนการสร้างโดยการศึกษาวิธีการสร้างแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และกำหนดลักษณะเครื่องมือแบบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับและแบบปลายเปิด กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมิน คือ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบรูปแบบและคู่มือ กำหนดโครงสร้างของแบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบรูปแบบและคู่มือ นำแบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยพบว่า ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.80-1.00 นำผลการตรวจให้คะแนนตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นแล้วจัดทำเป็นแบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป และนำระบบฯและคู่มือการใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองนำร่องกับนักรังสีการแพทย์ 5 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากความสมัครใจ สำหรับประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตอนที่ 1 การประเมินรูปแบบ และตอนที่ 2 การประเมินคู่มือการใช้ระบบโดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และขั้นตอนที่ 3 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นที่ 3 การทดลองใช้และปรับปรุงระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) นักรังสีการแพทย์ที่รับผิดชอบงานระบบบริการทางรังสีวิทยา 7 คน และ 2) ผู้ป่วย 50 คน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) ระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน (2) คู่มือการใช้ระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน แบบประเมินคุณภาพภาพรังสี และแบบประเมินความพึงพอใจโดยรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการทดลองใช้ระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน โครงการวิจัยได้ผ่านการรับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลใบรับรองเลขที่ : YST 2024-39 หลังจากนั้นจึงดำเนินการ ทดลองใช้ระบบบริการทางรังสีวิทยา รายละเอียดดังนี้ 1) แบบแผนการทดลอง แบบแผนการทดลองที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ The one-shot case study design และ 2) การดำเนินการทดลอง โดย (1) การดำเนินการทดลองใช้ระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชนตามระบบฯ 5 องค์ประกอบ โดยมีระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน และ (2) ระหว่างการทดลองใช้กระบวนการตามระบบฯ มีการประเมินระบบฯ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน แบบประเมินคุณภาพของภาพรังสี และแบบประเมินความพึงพอใจโดยรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน

แบบประเมินคุณภาพของภาพรังสี และแบบประเมินความพึงพอใจโดยรวม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยโสธร ใบรับรองเลขที่ : YST 2024-39

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันปัญหาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธรการวิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุเชิงระบบที่ส่งผลต่อการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยส่งต่อ จากการศึกษาภาพรวมของปัญหาทางรังสีวิทยาในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนเข้าสู่โรงพยาบาลระดับจังหวัด ข้อมูลเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการถ่ายภาพรังสีซ้ำโดยไม่จำเป็นนั้นมีความซับซ้อนและเกิดจากปัจจัยหลายมิติประกอบกัน โดยมีประเด็นเรื่อง “ระบบการสื่อสาร” เป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบุว่าระบบการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ มีสัดส่วนปัญหาสูงถึง 49.2% ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของปัจจัยทั้งหมด โดยมีปัญหาหลักคือการขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพจากโรงพยาบาลชุมชนต้นทาง (20.0%) รวมถึงการขาดกลไกการประชุมชี้แจงที่เป็นทางการและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความล้มเหลวในการส่งต่อข้อมูลสารสนเทศ (Information Gap) เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้ข้อมูลภาพรังสีของผู้ป่วยไม่ถูกส่งไปพร้อมกับตัวผู้ป่วย หรือไม่ถูกรับรู้โดยทีมแพทย์ปลายทาง

มิติของโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยี พบปัญหาในสัดส่วน (30.30%) โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากข้อจำกัดของเครื่องมือสำหรับแปลผลภาพรังสีที่ปลายทาง โดยเฉพาะเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีสมรรถนะต่ำ (14.4%) และปัญหาทางเทคนิคที่ไม่สามารถเปิดภาพรังสีจากระบบได้ (10.6%) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้แพทย์ต้องตัดสินใจสั่งถ่ายภาพรังสีใหม่เพื่อให้ได้ผลการวินิจฉัยที่ทันเวลาต่อการรักษา

สำหรับด้านคุณภาพของภาพรังสีจากโรงพยาบาลต้นทาง แม้จะมีสัดส่วนปัญหา (16.5%) แต่ก็เป็นประเด็นที่สะท้อนถึงมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยพบว่าเทคนิคการจัดท่าถ่ายภาพรังสีที่ไม่ได้มาตรฐาน (7.3%) และข้อจำกัดของอุปกรณ์ในระบบดิจิทัลที่ขาดการควบคุมคุณภาพ เป็นสาเหตุที่ทำให้ภาพรังสีไม่สามารถใช้แปลผลทางการแพทย์ได้ ส่งผลให้ต้องมีการถ่ายภาพรังสีซ้ำเพื่อความถูกต้องในการวินิจฉัยรอยโรค โดยสรุป ข้อมูลสถิติเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการแก้ปัญหาการถ่ายภาพรังสีซ้ำไม่สามารถมุ่งเน้นเพียงการพัฒนาทักษะทางเทคนิคของเจ้าหน้าที่รังสีเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีการปฏิรูป “ระบบการสื่อสารดิจิทัลเครือข่าย” และการอัปเกรด “ขีดความสามารถของระบบคอมพิวเตอร์” ควบคู่กันไป เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์เป็นไปอย่างราบรื่นและลดจากการได้รับรังสีเกินความจำเป็นของผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของสภาพปัญหาระบบบริการทางรังสีวิทยา

ประเด็นปัญหา	%
คุณภาพของภาพรังสี	
1. ภาพรังสีไม่สามารถแปลผลได้ สาเหตุจากเครื่องมือ อุปกรณ์ถ่ายภาพรังสี ในระบบดิจิตอลขาดการควบคุมคุณภาพ	4.9
2. ภาพรังสีไม่ครอบคลุมอวัยวะที่ต้องการตรวจ	1.8
3. ภาพรังสีไม่ครบถ้วนตาม Routine	1.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	%
4. ภาพรังสีไม่สามารถแปลผลได้จากเทคนิคการจัดท่าที่ไม่ได้มาตรฐาน	7.3
5. คำสั่งไม่ตรงกับรอยโรค	1.2
โดยรวม	16.5
เครื่องมือ อุปกรณ์ สำหรับแปลผลภาพรังสี	
6. เครื่องคอมพิวเตอร์ชำรุด	5.3
7. เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถเปิดภาพรังสีจาก CD	10.6
8. เครื่องคอมพิวเตอร์มีสมรรถนะต่ำ	14.4
โดยรวม	30.3
ระบบการสื่อสาร	
9. ขาดการสื่อสารจากโรงพยาบาลชุมชน	20.0
10. ขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน	9.5
11. ขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล	5.3
12. ขาดการประชุม ชี้แจง ที่เป็นทางการ	14.2
โดยรวม	49.2
ขั้นตอนการบริการ	
13. ขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน	0.4
14. ขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร	0.6
15. ขาดการควบคุมกำกับ ติดตาม	0.8
16. โรงพยาบาลชุมชนไม่ส่งภาพเข้าระบบ	2.2
โดยรวม	4.0

2. ระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชนสามารถสรุปขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อแก้ปัญหาการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) ได้เป็น 5 ขั้นตอนคือ (1) การศึกษาสภาพปัญหาและจัดทำฐานข้อมูล (Situational Analysis) โดยการวิเคราะห์สาเหตุของการถ่ายภาพซ้ำในอดีต (ซึ่งพบว่าสูงถึงร้อยละ 90.0) โดยแยกตามรายสาเหตุ เช่น ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน หรือความผิดพลาดทางการสื่อสาร และประเมินระบบการเก็บข้อมูลเดิมที่ยุ่งยาก เพื่อปรับเปลี่ยนให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงมากขึ้น (2) การพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารทางรังสี (Communication Network Development) ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการสื่อสาร 5 จุดประสาน (5-Point Communication) เพื่อให้ข้อมูลภาพรังสีไหลลื่น คือ จุดที่ 1 การประสานงานภายในโรงพยาบาลชุมชน (ต้นทาง) ระหว่างแผนกที่ส่งต่อ (OPD/ER/Ward) กับหน่วยรังสีวิทยา เพื่อให้มั่นใจว่ามีการนำภาพถ่ายรังสีเข้าระบบดิจิทัลทันที จุดที่ 2 การสื่อสารระหว่าง “ศูนย์ส่งต่อ”

ของโรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง (รพ.ยโสธร) เพื่อแจ้งสถานะข้อมูลภาพ จุดที่ 3 การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาพร้อมกับภาพ จุดที่ 4 การสื่อสารระหว่าง “ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลปลายทาง” ไปยังแพทย์และพยาบาลผู้รับเคส เพื่อให้ทราบว่ามีภาพรังสีของโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระบบแล้ว และ จุดที่ 5 การประสานงานกับเจ้าหน้าที่รังสีปลายทางเพื่อดึงข้อมูลภาพเข้าระบบของโรงพยาบาลปลายทาง (3) การปรับปรุงระบบสารสนเทศรังสี (PACS & Digital Integration) กำกับดูแลให้ทุกหน่วยบริการของโรงพยาบาลต้นทางมีการส่งภาพเข้าระบบส่งต่อภาพรังสี (Cloud PACS หรือระบบเชื่อมโยง) อย่างเป็นระบบ เพื่อให้แพทย์ที่โรงพยาบาลปลายทางสามารถเปิดดูได้ทันทีโดยไม่ต้องถ่ายภาพใหม่ (4) การกำกับดูแลเชิงนโยบายและบุคลากร (Clinical Governance) โดยกลุ่มแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern): จัดทำระบบกำกับดูแลการสั่งตรวจผ่านองค์กรแพทย์ โดยกำหนดให้แพทย์ต้องแจ้งเหตุผลทุกครั้งหากจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีซ้ำ และการพัฒนาทักษะ: ให้ความรู้ แนะนำและฝึกทักษะการตรวจสอบภาพจากโรงพยาบาลต้นทางให้กับแพทย์จบใหม่ (ให้ความรู้โดยรังสีแพทย์) เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (ลดการได้รับรังสีเพิ่ม) และ (5) การประเมินผลและปรับปรุง (Monitoring & Evaluation) โดยติดตามสถิติการถ่ายภาพรังสีซ้ำหลังเริ่มใช้ระบบใหม่ และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเข้าสู่การประชุมระดับจังหวัดเพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ (Protocol) ร่วมกันของทั้งจังหวัดยโสธร

โดยการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Health Service Network) จำเป็นต้องมีกลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจนและคล่องตัว งานวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วย Refer จากโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดยโสธร ได้นำเสนอแนวทางการดำเนินงานที่สามารถสรุปเป็นโมเดลเชิงยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “5C Model” ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาที่ประสานสอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ

กระบวนการเริ่มต้นด้วย Collection of Data (C1) คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหาและจัดทำฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยเน้นการสำรวจหาสาเหตุที่แท้จริงของการถ่ายภาพซ้ำ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากความบกพร่องในการบริหารจัดการข้อมูลมากกว่าประเด็นทางเทคนิค การมีข้อมูลที่แม่นยำจึงเป็นฐานรากสำคัญในการกำหนดทิศทางเพื่ออุดรอยรั่วของปัญหาได้อย่างตรงจุด นำไปสู่ขั้นตอนของ **Connectivity (C2)** หรือการสร้างความเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศดิจิทัล โดยการกำกับดูแลให้ภาพถ่ายรังสีจากทุกจุดบริการของโรงพยาบาลชุมชนต้นทางถูกส่งเข้าสู่ระบบส่วนกลางอย่างทันท่วงที เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางสามารถเข้าถึงข้อมูลภาพได้อย่างไร้รอยต่อ

หัวใจสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนระบบให้เดินหน้าไปได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ **Communication (C3)** การปฏิรูปการสื่อสารผ่าน 5 จุดยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ต้นทางจนถึงผู้รับเคสปลายทาง การมี Protocol การสื่อสารที่ชัดเจนช่วยให้บุคลากรทุกระดับรับรู้สถานะของข้อมูลภาพรังสี ลดความซ้ำซ้อนและขั้นตอนที่สูญเปล่า ควบคู่ไปกับ **Clinical Governance (C4)** คือ การนำหลักธรรมาภิบาลทางคลินิกมาปรับใช้ โดยเฉพาะการกำกับดูแลพฤติกรรมการสั่งตรวจของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) ผ่านองค์กรแพทย์ เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลเดิมก่อนเสมอ และต้องระบุเหตุผลความจำเป็นหากมีการสั่งตรวจซ้ำ ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) จากการได้รับรังสีเกินความจำเป็น และระบบจะมีความยั่งยืนได้ต้องอาศัย **Continuous Evaluation (C5)** หรือการประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การนำผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามสถิติมาปรับปรุงขั้นตอนการทำงานให้ทันต่อสถานการณ์และพัฒนาจนกลายเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ของทั้งเครือข่ายจังหวัด โดยสรุปโมเดล 5C นี้เป็นการบูรณาการเทคโนโลยีเข้ากับการบริหารคนและการสื่อสาร เพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์สูงสุด คือ ประสิทธิภาพการรักษา ความคุ้มค่าของทรัพยากร และความปลอดภัยของผู้รับบริการในระบบสาธารณสุข

อย่างแท้จริง

3. ผลการทดลองใช้และปรับปรุงบริการทางรังสีวิทยา พบว่า

1) ผลการทดลองใช้และปรับปรุงระบบแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ โดยสามารถลดอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำโดยรวมลงจากเดิมที่เคยสูงถึง (90.0%) เหลือเพียง (20.0%) ในปัจจุบัน ซึ่งส่งผลดีโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการลดปริมาณรังสีสะสม และลดความสิ้นเปลืองทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเป็นรูปธรรม ความสำเร็จที่โดดเด่นที่สุดคือการขจัดอุปสรรคด้านเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับแปลผล ให้หมดไปอย่างสิ้นเชิง (0.0%) การอัปเกรดสมรรถนะคอมพิวเตอร์และการเปลี่ยนจากระบบการส่งแผ่น CD มาเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบดิจิทัล ทำให้ปัญหาทางเทคนิคที่เคยเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงข้อมูลภาพรังสีต้นทางได้รับการแก้ไข (100.0%) สอดคล้องกับปัญหาด้าน ระบบการสื่อสารและขั้นตอนการบริการ ที่ลดลงเหลือเพียง (1.4%) ซึ่งเป็นผลจากการบูรณาการช่องทางการประสานงาน 5 จุด ยุทธศาสตร์ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนต้นทางจนถึงทีมแพทย์ปลายทาง ทำให้ข้อมูลภาพรังสีเข้าอยู่ในระบบได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

อย่างไรก็ตามข้อมูลสรุปในระยะหลังการปรับปรุงชี้ให้เห็นว่า สาเหตุหลักที่ยังคงทำให้เกิดการถ่ายภาพรังสีซ้ำ คือ ดุลยพินิจและการพิจารณาของแพทย์ ซึ่งมีสัดส่วนสูงถึง 15.2% (คิดเป็น 75.0% ของภาพถ่ายซ้ำที่ยังหลงเหลืออยู่) สะท้อนว่าแม้ระบบสนับสนุนจะมีความพร้อมเพียงใด แต่การตัดสินใจในเชิงคลินิกยังคงเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากความจำเป็นในการประเมินความเปลี่ยนแปลงของโรคที่รวดเร็วหรือความต้องการภาพที่มีความละเอียดเฉพาะทางมากขึ้นเพื่อการวางแผนการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการถ่ายภาพรังสีซ้ำจำแนกตามสาเหตุ

ปัญหา/สาเหตุของการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	จำนวน(%)
1. คุณภาพของภาพรังสี	2(0.9)
2. เครื่องมือ อุปกรณ์ สำหรับแปลผลภาพรังสี	0(0.0)
3. ระบบการสื่อสาร	3(1.4)
4. ขั้นตอนการบริการ	3(1.4)
5. แพทย์พิจารณาถ่ายภาพรังสีซ้ำ	32(15.2)
โดยรวม	**42(20.0)**

2) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธร พบว่า ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาของจังหวัดยโสธร แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดดในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้าน ประสิทธิภาพการให้บริการ และความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ ข้อมูลเชิงสถิติชี้ให้เห็นว่าอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ซึ่งเคยเป็นปัญหาหลักที่สูงถึง 90.0% ก่อนการพัฒนา ได้ลดลงเหลือเพียง 20.0% ภายหลังการปรับปรุงระบบ แม้จะยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ 10.0% แต่ถือเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับคุณภาพของภาพรังสี ที่เพิ่มขึ้นจาก 84.0% เป็น 93.0% ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ สะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการถ่ายภาพรังสีต้นทางที่มีคุณภาพมากขึ้นจนสามารถนำไปแปลผลเพื่อการรักษาได้ทันที

ด้านศักยภาพของบุคลากรและกระบวนการทำงาน พบว่าความสำเร็จส่วนหนึ่งเกิดจากประสิทธิภาพของการพัฒนาบุคลากร โดยร้อยละของบุคลากรที่ผ่าน

การประเมินทักษะหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจาก 50.0% เป็น 100.0% ส่งผลให้ภาพรังสีต้นทางมีคุณภาพสามารถแปลผลได้ ลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ทำให้ระยะเวลารอคอยการตรวจของผู้ป่วยรับ Refer ลดลงอย่างเห็นได้ชัดจาก 40 นาที เหลือเพียง 10 นาที ซึ่งรวดเร็วกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ 30 นาที ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นนี้ยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดข้อร้องเรียน จากเดิม 6 ราย เหลือเพียง 1 ราย ในขณะที่ความพึงพอใจของบุคลากรยังคงรักษามาตรฐานไว้ได้ที่ 85.0% ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดคือความคุ้มค่าทางด้านงบประมาณ โดยพบว่าหลังจากการพัฒนาระบบ ต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยต่อปี (Unit Cost) ลดลงจาก 2,611,455 บาท เหลือเพียง 580,335 บาท ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงด้านรังสีแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายและงบประมาณของรัฐได้

ตารางที่ 3 ร้อยละของผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยโสธรก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา(%)	หลังพัฒนา(%)
1. ร้อยละของการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	<10%	90.0	20.0
2. ร้อยละของภาพรังสีที่มีคุณภาพสามารถแปลผลได้	≥90%	84.0	93.0
3. ร้อยละของบุคลากรผ่านการประเมินการพัฒนาทักษะ	≥90%	50.0	100.0
4. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร	≥80%	85.0	85.0
5. อุบัติการณ์ การเกิดข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	0.0	6.0	1.0
6. ระยะเวลารอคอยการตรวจของผู้ป่วยรับ Refer	<30 นาที	40.0	10.0
7. Unit cost เฉลี่ยต่อปี	<290,167 บาท	2,611,455	580,335

วิจารณ์

จากการศึกษาสภาวะปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดยโสธรที่พบว่าระบบการสื่อสารมีสัดส่วนปัญหาสูงถึง 49.2% นั้นสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศของ กมลทิพย์ ตั้งหลักชัย และคณะ[8] ที่ทำการศึกษาการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลทางรังสีวิทยาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต พบว่าอุปสรรคสำคัญของการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์คือความยากลำบากในการส่งข้อมูลภาพและประวัติการรักษา โดยมักอยู่ในรูปแบบเอกสารหรือสื่อสังคมออนไลน์ที่เสี่ยงต่อข้อมูลไม่ครบถ้วนและการสูญหาย นอกจากนี้ยังพบปัญหา “ช่องว่างข้อมูล” ที่เกิดจากระบบสารสนเทศของแต่ละโรงพยาบาลไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ (Lack of Interoperability) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ทีมแพทย์ปลายทางไม่สามารถเข้าถึงภาพถ่ายรังสีเดิมได้ทันที ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและเพิ่มโอกาสในการสั่งตรวจซ้ำเพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว

ส่วนผลกระทบจากการสื่อสารและข้อจำกัดทางเทคโนโลยีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย งานวิจัยต่างประเทศของ Munn et al.[9] ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยทางรังสีวิทยาในแผนกฉุกเฉินไม่มีประสิทธิภาพ โดยพบว่า 49.2% ของการสั่งตรวจทางรังสีไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อข้อมูลทางคลินิกและภาพถ่ายเดิมในเวชระเบียนไม่ถูกเชื่อมโยงมาพร้อมกับการส่งต่อ (Information Gap) งานวิจัยนี้ระบุว่าการขาดการขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน (OPD/ER/Ward) กับงานรังสีวิทยาของโรงพยาบาลต้นทาง รวมถึงปัญหาทางเทคนิค เช่น ความละเอียดของภาพ

ไม่เพียงพอระหว่างการส่งข้อมูล หรือความไม่เข้ากันของซอฟต์แวร์ประมวลผล เป็นปัจจัยบีบบังคับให้แพทย์ต้องตัดสินใจถ่ายภาพรังสีใหม่ (Repeated Imaging) เพื่อหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาดในการวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่าสมรรถนะของคอมพิวเตอร์และปัญหาการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อบันทึก (CD) เป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่การสั่งตรวจซ้ำ

จากการศึกษาการพัฒนาระบบบริการทางรังสีวิทยาเพื่อลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดยโสธร พบประเด็นสำคัญที่น่าสนใจในการอภิปรายผลเพื่อสะท้อนถึงประสิทธิภาพของนวัตกรรม “5C Model” ดังนี้ (1) พลังของการจัดการข้อมูลและการสื่อสารดิจิทัล ผลการวิจัยที่ชี้ว่าสาเหตุหลักของการถ่ายภาพซ้ำเกิดจากระบบการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ (49.2%) และช่องว่างของข้อมูล (Information Gap) สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของกมลทิพย์ ตั้งหลักชัย และคณะ[8] ที่ยืนยันว่าความล้มเหลวในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางเป็นอุปสรรคสำคัญที่บีบบังคับให้ต้องมีการตรวจวินิจฉัยซ้ำ เมื่อผู้วิจัยนำขั้นตอน Connectivity (C2) และ Communication (C3) มาใช้ผ่านระบบ Cloud PACS และการประสานงาน 5 จุดยุทธศาสตร์ จึงส่งผลให้อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำลดลงจากร้อยละ 90 เหลือเพียง 20% ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen et al.[10] ในประเทศจีนที่พบว่าการรวมศูนย์ข้อมูลภาพ (Data Centralization) สามารถเพิ่มความแม่นยำและลดต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) การกำกับดูแลทางคลินิกและพฤติกรรมบุคลากร ประเด็นที่น่าสนใจคือภายหลังการปรับปรุงระบบสาเหตุของการถ่ายภาพซ้ำส่วนใหญ่กลับไปตกอยู่ที่ “ดุลยพินิจของแพทย์” (15.23%) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับข้อโต้แย้งของ Smith and Taylor[11] ที่ระบุว่าแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับสูงมักสั่งตรวจใหม่ด้วยเหตุผลด้านความเชื่อมั่นในคุณภาพเครื่องมือ (Hardware Disparity) อย่างไรก็ตาม การนำหลัก Clinical Governance (C4) มาใช้กำกับดูแลแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) ในงานวิจัยนี้ถือเป็นแนวทางที่ถูกต้องตามข้อเสนอของ อังคณา สิทธิบุญ และคณะ[6] ที่พบว่าการสร้างระบบกำกับดูแลผ่านองค์กรแพทย์จะช่วยลดการสั่งตรวจที่ไม่สมเหตุผลและเพิ่มความปลอดภัยต่อรังสีของผู้ป่วยได้ และ (3) ความคุ้มค่าและผลลัพธ์เชิงระบบ ผลลัพธ์ที่โดดเด่นในด้านการลดต้นทุน (Unit Cost) จากหลักล้านเหลือเพียงหลักแสน และการลดระยะเวลารอคอยจาก 40 นาที เหลือ 10 นาที เป็นการยืนยันถึงความสำเร็จของกระบวนการ Continuous Evaluation (C5) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hoffmann and Miller[12] ที่ว่าระบบสาธารณสุขจะยั่งยืนได้ต้องมีการประเมินผลและปรับปรุงโปรโตคอลให้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ที่ชัดเจน

สรุปผลการวิจัยจากการพัฒนาระบบบริการภายใต้โมเดล “5C Model” (Collection, Connectivity, Communication, Clinical Governance, และ Continuous Evaluation) พบว่าระบบประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญในหลายมิติ:ด้านประสิทธิภาพการบริการ: อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำลดลงจาก 90.0% เหลือเพียง 20.0% โดยสามารถขจัดปัญหาด้านอุปกรณ์และเครื่องมือแปลผลให้หมดไปอย่างสิ้นเชิง (0.0%) และลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจาก 40 นาที เหลือเพียง 10 นาที ด้านคุณภาพและความปลอดภัย: ภาพถ่ายรังสีมีคุณภาพที่สามารถแปลผลได้เพิ่มขึ้นเป็น 93.0% และบุคลากรในเครือข่ายมีทักษะผ่านเกณฑ์การประเมิน 100.0% ส่งผลให้อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนลดลงจาก 6 ราย เหลือเพียง 1 ราย และด้านความคุ้มค่า: สามารถลดต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) เฉลี่ยต่อปีลงได้อย่างมาก จากเดิม 2,611,455 บาท เหลือเพียง 580,335 บาท อย่างไรก็ตามแม้อัตราการถ่ายภาพซ้ำจะลดลงอย่างมาก แต่ยังคงมีสัดส่วนร้อยละ 20.0 ซึ่งสาเหตุหลักที่ยังหลงเหลืออยู่คือดุลยพินิจของแพทย์ในการพิจารณาถ่ายซ้ำ (ร้อยละ 15.23) เพื่อความมั่นใจทางคลินิกหรือการติดตามความเปลี่ยนแปลงของโรค

จุดเด่นของงานวิจัย การวิจัยนี้มีจุดเด่นที่สำคัญ ได้แก่ (1)การติดตั้งโปรแกรมรับภาพจากโรงพยาบาลชุมชนให้แพทย์ พยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องสามารถเปิดภาพดูได้ทุกจุด

บริการ ก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลยโสธร ส่งผลต่อประสิทธิภาพการ Consult เคส โดยไม่ต้องรอให้กลุ่มงานรังสีวิทยานำภาพเข้าระบบPACS ของโรงพยาบาลยโสธร เนื่องจาการนำภาพเข้าระบบจะมีขั้นตอนและระยะเวลารอคอย ในกรณีผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร จะไม่มี HN จึงไม่สามารถนำภาพเข้าระบบได้ก่อน จะต้องรอผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล รอให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจึงจะนำภาพเข้าระบบได้ ซึ่งเป็นผลให้เกิด Delayed treatment /Delay diagnosis (2) การพัฒนาทักษะการถ่ายภาพรังสีด้าน Orthopedic มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและแพทย์ Orthopedic เนื่องจากแพทย์ Orthopedic มีระบบการ Consult ที่มีประสิทธิภาพ มีระบบ Fast track ในเคส Trauma การถ่ายภาพรังสีด้าน Orthopedic เป็นการถ่ายภาพที่มีความพิเศษในการจัดท่า มีความยุ่งยากและต้องอาศัยความรู้ความชำนาญค่อนข้างสูง ประกอบกับเทคนิคการจัดท่าถ่ายภาพรังสีทาง Orthopedic มีการพัฒนาปรับปรุงที่เป็นความรู้ใหม่เพิ่มเติมตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นต้องอัพเดทความรู้ให้กับบุคลากรทางรังสีอย่างต่อเนื่อง โดยจัดอบรมทุก 1 ปี เพื่อถ่ายภาพรังสีให้ได้คุณภาพตรงกับความต้องการในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ทาง Orthopedic เพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและแม่นยำในการวินิจฉัยและรักษาโรคของแพทย์ สามารถเตรียมการรักษาอย่างเร่งด่วน มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา มีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย เช่น การวางแผนเตรียมผ่าตัดเร่งด่วน ก่อนผู้ป่วยมาถึง เป็นต้น และ (3) การพัฒนาทักษะการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางรังสี ที่เป็นเครื่องมือการถ่ายภาพรังสีในระบบดิจิตอล มีความสำคัญต่อคุณภาพของภาพรังสี ถ้าเครื่องมือ อุปกรณ์ มีการควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะสามารถลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ลดระยะเวลารอคอย ลดภาระงาน ยืดอายุการใช้งานของเครื่องมือ ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทั้งค่าใช้จ่ายด้านการดูแลบำรุงรักษา และค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ (1) การถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน สำหรับการพัฒนาระบบบริการจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเท็จจริงประการหนึ่งที่พึงระลึกเสมอว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ไม่สามารถควบคุมได้นั่นคือ ร้อยละของการถ่ายภาพรังสีซ้ำจากดุลพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ ได้แก่ แพทย์ผู้ตรวจต้องการเปรียบเทียบ Dynamic chang ต้องการเช็ค Tube รวมถึงกรณีเลื่อน Tube ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ไม่มีโอกาสเป็น 0% และ (2) การศึกษาสถิติการบันทึกข้อมูลเมื่อโรงพยาบาลชุมชนส่งผู้ป่วย Refer เข้าโรงพยาบาลยโสธร มีความยุ่งยากในการเก็บและอาจได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนตามความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการพัฒนาเนื่องจากมีการสื่อสารที่จำเป็นหลายขั้นตอนได้แก่ 1) การสื่อสารระหว่างหน่วยงานของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งภาพเข้าระบบ เนื่องจากจุดบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมีหลายจุด ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ หอผู้ป่วย ดังนั้น การประสานระหว่างหน่วยงานกับเจ้าหน้าที่รังสีของโรงพยาบาลต้นทางจะต้องมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการส่งภาพรังสีเข้าระบบได้อย่างครบถ้วน 2) การสื่อสารระหว่างศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลยโสธร 3) การสื่อสารด้านข้อมูลผู้ป่วย 4) การสื่อสารระหว่างศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลยโสธรกับแพทย์ พยาบาลที่รับ Cases ต่อ 5) การสื่อสารระหว่างศูนย์ส่งต่อกับเจ้าหน้าที่รังสีในการนำภาพเข้าระบบ ดังนั้น การสื่อสารจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาปรับปรุง ทุกขั้นตอน เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาการสั่งถ่ายภาพรังสีซ้ำโดยไม่สมเหตุผล โดยเฉพาะแพทย์ Intern ที่ส่งถ่ายภาพรังสีซ้ำโดยไม่แจ้งเหตุผล เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาที่ได้เข้าองค์กรแพทย์หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมกำกับแพทย์ Intern เพื่อพัฒนาทักษะแพทย์ Intern เพิ่มเติม และเพื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดความเสี่ยง ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลารอคอย ลดความเสียหายในทุกมิติ เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ เพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในการรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการส่งต่อผู้ป่วย. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
2. World Health Organization. Management of health facilities: Referral systems. Geneva: WHO Press; 2010.
3. Abebe G B, Thandrayen K. Effective patient referral system: A key to strengthening health systems. Journal of Health Organization and Management. 2021;35(9):112-25.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: สำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. ระบบสุขภาพและบริการสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2558.
6. อังคณา สิทธิบุญ. ประสิทธิผลของระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่อผลลัพธ์การรักษา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(4);670-82.
7. โรงพยาบาลยโสธร. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศษสตร์โรงพยาบาลยโสธร. กลุ่มงานบริการงานทั่วไป. ยโสธร; 2566.
8. กมลทิพย์ ตั้งหลักชัย, เบญจมาภรณ์ แก้วพินิจ, กิตติธัช บัญชาภิวัฒน์. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและการปรึกษาเคสออนไลน์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตสำหรับงานรังสีวิทยา: กรณีศึกษาภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. 2565;17(2):205-18.
9. Munn Z, Giles K, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z, Pearson A. Prevalence of unjustified emergency department x-ray examination referrals performed in a regional Queensland hospital: A pilot study. J Med Radiat Sci. 2018;65(3):167-73.
10. Chen X, Zhang Y, Liu Z, Wang J. Effectiveness of a centralized digital imaging system in reducing repetitive radiologic examinations in regional hospital networks. Int J Med Inform. 2022;158:104652.
11. Smith A J, Taylor L M. Limitations of digital image sharing in tertiary care: why clinical trust and hardware performance still drive repeat imaging. Radiography. 2020;26(3):e215-21.
12. Hoffmann R, Miller S. Continuous quality improvement in emergency radiology: the role of monitoring and evaluation in patient referral. J Am Coll Radiol. 2021;18(4):550-9.

ผลกระทบของการได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าต่อผลการตรวจคัดกรองการได้ยินของหูชั้นในของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

The Impact of Direct Breastfeeding on the Accuracy of Distortion Product Otoacoustic Emissions (DPOAE) for Preterm Newborn Hearing Screening

ภัทรธร พงษ์เพชร* ศศิมา ศรีอินทรา**
Phatthrathorn Phongphet, Sasima Sriintra
Corresponding author: E-mail: ton1987pk96@gmail.com
(Received: December 23, 2025; Revised: December 29, 2025; Accepted: January 29, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าต่ออัตราการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ผ่านหรือไม่ผ่าน (Pass/Refer) ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด เมื่อเทียบกับการเลี้ยงด้วยวิธีอื่น และประเมินความแม่นยำของการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ในการระบุภาวะสูญเสีย การได้ยินในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าเปรียบเทียบกับการตรวจมาตรฐานทั่วไป

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study โดยจะเปรียบเทียบผลการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้ากับทารกที่เลี้ยงด้วยวิธีอื่น ประชากร: ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยินที่โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง : ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม : กลุ่มที่ 1 : ทารกที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้า กลุ่มที่ 2: ทารกที่เลี้ยงด้วยวิธีอื่น ขนาดกลุ่มตัวอย่าง : ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้มีผลตรวจ DPOAE ครั้งแรกเป็น Refer จำนวน 90 คน (แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 45 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลการศึกษาโครงการ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ การวิเคราะห์เชิงอนุมานใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test โดยจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย : จากการศึกษา พบหลักฐานที่ชัดเจนว่าการให้นมแม่โดยตรงจากเต้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอัตราผลบวกลวง (False Positive) ในการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย Distortion Product Otoacoustic Emissions (DPOAE) และยังช่วยเพิ่มความแม่นยำของการตรวจในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มทารกที่ดูดนมจากเต้ามีอัตราการผ่านการตรวจ DPOAE ในครั้งที่สองสูงกว่าอย่างชัดเจน (95.6% เทียบกับ 77.8% ในกลุ่มอื่น) นอกจากนี้ กลุ่มที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้ายังแสดงค่าความจำเพาะ (Specificity) และความถูกต้อง (Accuracy) ที่สูงกว่า (97% เทียบกับ 80%) และมีอัตราผลบวกลวงที่ต่ำกว่ามาก (2.2% เทียบกับ 20%) ผลลัพธ์เหล่านี้จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การดูดนมจากเต้าโดยตรงอาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยปรับปรุงความแม่นยำของการคัดกรองการได้ยินระยะแรกในกลุ่มทารกที่มีความเสี่ยง ซึ่งกลไกที่เป็นไปได้คือการส่งเสริมการทำงานของท่อยูสเตเชียน (Eustachian Tube) ให้ดีขึ้น และช่วยลดภาวะของเหลวคั่งชั่วคราวในหูชั้นกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาได้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญว่า วิธีการให้นม (โดยเฉพาะการดูดจากเต้าโดยตรง) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความแม่นยำของการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ในทารกคลอดก่อนกำหนด

โดยมีกลไกทางสรีรวิทยาที่เป็นไปได้คือการช่วยปรับปรุงการทำงานของท่อยูสเตเชียนและลดความดันลบในหูชั้นกลาง ซึ่งส่งผลให้อัตราผลบวกลวงลดลง การค้นพบนี้มีนัยสำคัญเชิงปฏิบัติสำหรับการปรับปรุงกระบวนการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการบูรณาการข้อมูลด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้าไปในการตีความผลการวางแผนตรวจซ้ำและการตัดสินใจส่งต่อ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของโปรแกรมคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด นั่นคือ การวินิจฉัยที่แม่นยำและรวดเร็ว ลดความเครียดและทรัพยากรที่ใช้ไปโดยเปล่าประโยชน์ และส่งเสริมพัฒนาการที่ดีที่สุดของทารกทุกคน

คำสำคัญ : การคัดกรองการได้ยินในเด็กทารก; ความแม่นยำของการตรวจคัดกรองการได้ยิน; ดูดนมแม่โดยตรงจากเต้าต่อการตรวจคัดกรองการได้ยิน

*นักเวชศาสตร์การสื่อความหมายปฏิบัติการ, นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Abstract

Purposes : To study the effect of direct breastfeeding on the pass/refer rate of DPOAE hearing screening in preterm newborns compared to other feeding methods. And to evaluate the accuracy of DPOAE hearing screening in identifying hearing loss in preterm newborns who are directly breastfeeding compared to standard screening methods.

Study design : Retrospective Cohort Study.

Materials and Methods : This research is a Retrospective Cohort Study comparing the results of hearing screening using DPOAE in preterm infants who are directly breastfed versus infants fed by other methods. Population: Preterm newborns undergoing hearing screening at Khon Kaen Hospital. Sample group: Divided into 2 groups: Group 1: Infants who are directly breastfed Group 2: Infants fed by other methods. Sample size: The sample size for this study was calculated from the pilot study results in preterm newborns who had their first DPOAE test result as Refer, totaling 90 participants (Divided into 2 groups, 45 each). Tools used for data collection.Data analysis used descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation or median, and interquartile range. Inferential analysis used the Chi-square test or Fisher's exact test, employing statistical software for data analysis, with significance set at 0.05.

Main finding : The study found clear evidence that direct breastfeeding is associated with a significant reduction in the rate of false positives in hearing screening using Distortion Product Otoacoustic Emissions (DPOAE) and It also effectively helps to increase the accuracy of screening in preterm newborns, particularly those infants who are breastfed, who have a clearly higher pass rate in the second DPOAE screening (95.6% compared to 77.8% in other groups). In addition, the group that received breastfeeding directly from the breast also showed higher specificity and accuracy (97% compared to 80%) and had a much lower false positive rate (2.2% compared to 20%). These results therefore support the hypothesis that direct breastfeeding may be an important mechanism that helps improve the accuracy of early hearing screening in at-risk infants. The possible mechanism is to promote better functioning of the Eustachian tube and effectively help reduce temporary fluid accumulation in the middle ear.

Conclusion and recommendations : The study provides significant empirical evidence that feeding methods (particularly direct breastfeeding) are factors affecting the accuracy of DPOAE hearing screening in preterm infants, with a possible physiological mechanism being the improvement of Eustachian tube function and the reduction of negative middle ear pressure, resulting in a lower false positive rate. This finding has practical significance for enhancing the efficiency of the screening process by integrating breastfeeding information into the interpretation of results, planning of repeat tests, and referral decisions to achieve the ultimate goal of newborn hearing screening programmes, which is accurate and timely diagnosis, reducing stress and wasted resources, and promoting optimal development for every infant.

Keyword : Hearing screening in infants; Accuracy of hearing screening; Direct breastfeeding for hearing screening

*Audiologist Practitioner Level, Doctor Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province.

บทนำ

การตรวจ Distortion Product Otoacoustic Emissions (DPOAE) เป็นเทคนิคการคัดกรองการได้ยินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก โดยอาศัยการตรวจวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน ซึ่งบ่งชี้ถึงการทำงานปกติของเซลล์ขนชั้นนอก (Outer hair cells) แม้ว่า DPOAE จะมีความไวและความจำเพาะสูง (ประมาณ 88.9% และ 92.2% ตามลำดับ)[1] ในการตรวจจับความบกพร่องทางการได้ยิน แต่ก็เป็นเพียงขั้นตอนการคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ใช่การวินิจฉัยที่สมบูรณ์ หากผลการตรวจคัดกรองไม่ผ่าน (Refer) ทารกจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยวิธีการมาตรฐาน เช่น Auditory Brainstem Response (ABR) ซึ่งเป็นการตรวจวัดการตอบสนองของเส้นประสาทการได้ยินและก้านสมองโดยตรงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะมีของเหลวในหูชั้นกลาง (Middle ear effusion; MEE) ซึ่งพบได้บ่อยในทารก อาจส่งผลกระทบต่อ การส่งผ่านสัญญาณเสียง ทำให้แอมพลิจูดของ DPOAE ลดลงหรือหายไป และเป็นสาเหตุหลักของ ความล้มเหลวในการคัดกรองการได้ยินชั่วคราว[2]

ท่อยูสเตเชียน (Eustachian tube) ทำหน้าที่ปรับสมดุลความดันอากาศและระบายสารคัดหลั่ง ออกจากหูชั้นกลาง กลไกการเปิดท่อนี้เกิดขึ้นเมื่อมีการกลืนหรือหาว โดยอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อ เพดานอ่อน การดูดนม (Sucking) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของช่องปากและกล้ามเนื้อ เหล่านี้ ซึ่งอาจกระตุ้นให้ท่อยูสเตเชียนเปิดและช่วยในการระบายของเหลวออกจากหูชั้นกลางได้ดีขึ้น[3] อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงสาเหตุที่ยืนยันกลไกนี้โดยตรงยังคงมีจำกัดแต่มีงานวิจัยเชิงทบทวนที่พบว่าการเลี้ยงด้วยนมแม่โดยเฉพาะและต่อเนื่องจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันซึ่งบ่งชี้ว่า รูปแบบการให้อาหารมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพหูชั้นกลางของทารก

ผลการตรวจ DPOAE ที่ลดลงหรือหายไปมักมีความสัมพันธ์กับการมีของเหลวในหูชั้นกลาง (MEE) ซึ่งอาจทำให้ต้องมีการตรวจซ้ำหลายครั้งและชะลอการวินิจฉัยภาวะสูญเสียการได้ยินถาวร งานวิจัยที่เสนอสมมติฐานว่า “การดูดนมที่มีประสิทธิภาพ → การเปิดท่อยูสเตเชียนดี → การระบายของเหลวในหูชั้นกลางดี → ผล DPOAE ปกติ”[4] จึงมีเหตุผลทางสรีรวิทยาบางส่วนด้วยเหตุนี้ แนวคิดในการศึกษาจึงมุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์และความแม่นยำของการตรวจ DPOAE ในทารกแรกเกิด ที่ดูดนมจากเต้ามารดาโดยตรง โดยมีเป้าหมายเพื่อหาความเป็นไปได้ในการลดระยะเวลาการวินิจฉัย และเพิ่มโอกาสในการรักษาอย่างรวดเร็วสำหรับทารกที่มีภาวะสูญเสียการได้ยิน ด้วยการพิจารณาว่าหากผล DPOAE ครั้งแรกเป็น Refer ในทารกที่ดูดนมแม่อาจเข้าสู่การตรวจยืนยันด้วย AABR หรือ ABR ได้ทันที โดยไม่ต้องตรวจซ้ำ เพื่อให้ทารกได้รับการรักษาและฟื้นฟูได้เร็วขึ้น

จากการทบทวนเอกสารพบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะคล้ายๆ กัน มาก่อนทั้งในส่วนของวัตุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างที่การศึกษานี้มุ่งประเด็นไปที่ความสามารถในการดูดนมโดยตรงจากเต้าจะมีผลต่อคั่งของของเหลวที่อยู่ในหูชั้นกลาง ซึ่งมีส่งผลโดยตรงต่อความแม่นยำในการตรวจการได้ยิน ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าจะมุ่งประเด็นไปที่ผลของการดูดนมต่อพัฒนาการในด้านต่างๆ ของทารก ไม่ว่าจะเป็นระบบประสาทหรือระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น แต่ไม่มีการศึกษาใดที่กล่าวถึงประเด็นผลต่อการได้ยิน และประเด็นสำคัญอีกอย่างคือ การศึกษานี้ทำในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะของเหลวคั่งในหูชั้นกลาง ไม่เหมือนทารกในกลุ่มที่ครบกำหนด ที่มักไม่มีปัญหานี้ ผลลัพธ์ที่ได้อาจช่วยลดอัตราการส่งตรวจซ้ำหรือการส่งต่อโดยไม่จำเป็น กล่าวคือทารกแรกเกิดที่สามารถดูดนมแม่ได้เองผลการตรวจ DPOAE ครั้งแรกเป็น Refer ให้เข้าสู่การตรวจ AABR หรือ ABR ได้ทันทีโดยไม่ต้องตรวจ DPOAE ซ้ำ จะช่วยลดระยะเวลาการวินิจฉัยและเพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันในทารกที่เลี้ยงด้วยวิธีอื่น (เช่น นมผง หรือนมแม่ที่ป้อนด้วยขวดนม) ผลการตรวจ DPOAE ครั้งแรกเป็น Refer ยังไม่จำเป็นต้องเข้าสู่การตรวจ AABR หรือ ABR จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางคัดกรองการได้ยินที่มี

ประสิทธิภาพและเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าต่ออัตราการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ผ่านหรือไม่ผ่าน (Pass/Refer) ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดเมื่อเทียบกับการเลี้ยงด้วยวิธีอื่น และประเมินความแม่นยำของการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ในการระบุภาวะสูญเสีย การได้ยินในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าเปรียบเทียบกับการตรวจมาตรฐานทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study โดยจะเปรียบเทียบผลการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้า กับทารกที่เลี้ยงด้วยวิธีอื่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยินที่โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 1,500 กรัม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ทารกที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน และกลุ่มที่ 2 ทารกที่เลี้ยงด้วยวิธีอื่น (เช่น นมผง หรือนมแม่ที่ป้อนด้วยขวดนม)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ต่อกลุ่มคือ 44.118 คนเพื่อให้ได้อำนาจการทดสอบ 80% ตามที่กำหนด จึงต้องปัดเศษขึ้น: 45 คน โดยมีขนาดตัวอย่างรวม 90 คน (แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 45 คน)

โดยเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 1,500 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่รุนแรง และไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบว่ามีผลต่อการได้ยิน และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการส่องไฟในระดับรุนแรง ทารกที่มีการติดเชื้อในครรภ์ หรือหลังคลอดที่ส่งผลต่อการได้ยิน และทารกที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหูชั้นนอกหรือหูชั้นกลางที่เห็นได้ชัด ได้แก่ ภาวะไม่มีหรือช่องหูชั้นนอกปิด (Aural atresia) และ ภาวะใบหูเล็กหรือผิดรูป (Microtia) เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ (1) เครื่องตรวจ DPOAE (Distortion Product Otoacoustic Emissions)5 วัตถุประสงค์: ตรวจการทำงานของหูชั้นใน โดยใช้เสียงกระตุ้นสองความถี่และวัดสัญญาณการตอบสนองที่เกิดจากโครงสร้างขนเซลล์ประสาทรับเสียงภายในหูชั้นใน (2) เครื่องตรวจ Automated Auditory Brainstem Response (AABR)[6-7] วัตถุประสงค์: ใช้เป็นการตรวจคัดกรองขั้นต่อไปสำหรับทารกที่มีผล DPOAE เป็น Refer เพื่อประเมินการตอบสนองระบบหูชั้นในจนถึงลำดับสมองต้น (Brainstem) โดยระบบวิเคราะห์อัตโนมัติ เหมาะสำหรับการคัดกรองกลุ่มใหญ่ และ(3) เครื่องตรวจ ABR (Auditory Brainstem Response, Gold Standard)[6] วัตถุประสงค์: เป็นการตรวจเชิงวินิจฉัยเพื่อยืนยันการสูญเสียการได้ยิน ประเมินระดับการได้ยิน (threshold) และแยกแยะชนิด/ตำแหน่งของความผิดปกติ เช่น เส้นประสาทการได้ยินหรือ Brainstem pathway

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยจะถูกบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษาทั้งหมด โดยข้อมูลที่จำเป็นต้องเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลมีดังนี้ 1. ข้อมูลทั่วไปของทารก: อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์) น้ำหนักแรกคลอด (กรัม) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่รุนแรง (มี/ไม่มี) ความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบว่ามีผลต่อการได้ยิน (มี/ไม่มี) ภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการส่องไฟในระดับรุนแรง (มี/ไม่มี) การติดเชื้อในครรภ์หรือหลังคลอดที่ส่งผลต่อการได้ยิน (มี/ไม่มี) ความผิดปกติของโครงสร้างหูชั้นนอกหรือหูชั้นกลางที่เห็นได้ชัด (มี/ไม่มี) 2. ประวัติการได้รับนมแม่: วิธีการเลี้ยงดู (นมแม่โดยตรง

จากเต้าอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน / นมผง / นมแม่ที่ป้อนด้วยขวดนม) 3. ผลการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE:ผลการตรวจ DPOAE ครั้งแรก (Pass/Refer) ผลการตรวจ DPOAE ซ้ำ (หากมี) (Pass/Refer) และ 4. ผลการตรวจ Automated Auditory Brainstem Response (AABR): ผลการตรวจ AABR (หากทารกมีผล DPOAE Refer) (Pass/Refer) ผลการตรวจ Auditory Brainstem Response (ABR) (Gold Standard) ผลการตรวจ ABR (หากทารกมีผล AABR Refer หรือเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยยืนยัน) (ปกติ/ผิดปกติ/ระดับการได้ยิน)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลจะเริ่มต้นด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องผลการตรวจคัดกรองการได้ยิน (DPOAE, AABR, ABR) และข้อมูลภาวะ MEE โดยจะใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ตามความเหมาะสมของลักษณะข้อมูล

ส่วนการวิเคราะห์เชิงอนุมาน จะใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการตรวจ DPOAE ผ่าน/ไม่ผ่าน (Pass/Refer) ระหว่างกลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้ากับกลุ่มที่เลี้ยงด้วยวิธีอื่น นอกจากนี้ จะมีการประเมินความแม่นยำของการตรวจ DPOAE ในการระบุภาวะสูญเสียการได้ยิน โดยคำนวณค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของการตรวจ DPOAE โดยใช้ผลการตรวจ ABR เป็น Gold Standard รวมถึงค่าพยากรณ์ผลบวก (Positive Predictive Value, PPV) และค่าพยากรณ์ผลลบ (Negative Predictive Value, NPV) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้ากับกลุ่มที่เลี้ยงด้วยวิธีอื่น โดยจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น 54,56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000 รหัสโครงการวิจัย: KEXP68091 เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาเริ่มต้นด้วยการคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ครั้งที่ 1 ในกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีผลเป็น Refer ที่อายุ 24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวนรวม 474 ราย ซึ่งหลังจากตัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า/คัดออกจำนวน 384 ราย แล้ว ได้ใช้การเก็บข้อมูลแบบ Purposive sampling กับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ 90 ราย กลุ่มตัวอย่าง 90 ราย นี้ ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มเท่ากัน คือ กลุ่มที่ได้รับ นมแม่โดยตรงจากเต้า (Direct breastfeeding) จำนวน 45 ราย และกลุ่มที่ได้รับนมแม่ด้วยวิธีอื่น (Others breastfeeding) จำนวน 45 ราย ต่อมา กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจ DPOAE ครั้งที่ 2 ที่อายุ 48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยพบว่ากลุ่ม Direct breastfeeding มีผล Refer เพียง 2 ราย ในขณะที่กลุ่ม Others breastfeeding มีผล Refer ถึง 10 ราย เฉพาะทารกที่มีผล DPOAE ครั้งที่ 2 เป็น Refer ทั้งหมด 12 ราย นี้เท่านั้น ที่ถูกส่งไปตรวจยืนยันด้วย AABR/ABR (Gold Standard) ที่อายุ 1 เดือนหลังคลอด

ผลการตรวจยืนยันด้วย AABR/ABR สรุปว่า ในกลุ่ม Direct breastfeeding ที่มีผล DPOAE ครั้งที่ 2 เป็น Refer (2 ราย) มีผล Refer (ผิดปกติ) 1 ราย และ Pass (ปกติ) 1 ราย ส่วนในกลุ่ม Others breastfeeding ที่มีผล DPOAE ครั้งที่ 2 เป็น Refer (10 ราย) มีผล Refer (ผิดปกติ) 1 ราย และ Pass (ปกติ) 9 ราย ทำให้เมื่อสรุปผลการได้ยินตามมาตรฐาน AABR/ABR ในภาพรวมของกลุ่ม (n=45) พบว่าทั้งกลุ่ม Direct breastfeeding และกลุ่ม Others breastfeeding ต่างก็มีผล Pass 44 ราย และผล Refer 1 ราย เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

1. ผลการตรวจ DPOAE ที่อายุ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าทารกทั้งสองกลุ่มมีผลเป็น Refer ทั้งหมด (100%) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีอัตรา False positive สูงตามธรรมชาติ

ของการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด เนื่องจากปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น มีของเหลวหรือคราบไขในช่องหู อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการตรวจซ้ำที่อายุ 48 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มที่ดูดนมจากเต้ามารดามีอัตราผล Pass สูงถึง 95.6% (43 จาก 45 ราย) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับนมด้วยวิธีอื่นมีอัตราผล Pass เพียง 77.8% (35 จาก 45 ราย) ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p = .01) แสดงว่าการดูดนมจากเต้าอาจช่วยลดอัตรา False positive ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อทำการตรวจซ้ำ (ตารางที่ 1)

หากคำนวณ อัตรา False positive จากผล DPOAE ที่ 48 ชั่วโมง (จำนวนเด็กที่ยังคงผล Refer แต่สุดท้ายผล AABR/ABR ที่ 1 เดือนเป็นปกติ) พบว่าในกลุ่มที่ไม่ได้ดูดนมจากเต้า มีจำนวน 9 รายจาก 10 รายที่ได้ผล Refer ในการตรวจ DPOAE ครั้งที่ 2 ซึ่งต่อมาผล AABR/ABR เป็นปกติ คิดเป็นอัตรา False positive 20% ของกลุ่ม (9/45 ราย) สูงกว่ากลุ่มที่ดูดนมจากเต้าอย่างชัดเจน (ซึ่งมี False positive เพียงประมาณ 2.2%) ข้อมูลนี้ยืนยันว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับนมจากเต้ามารดามีโอกาสเกิดผลบวกลวงในการตรวจ DPOAE สูงกว่าอย่างเด่นชัด แม้ว่าระบบการได้ยินของทารกจะปกติในภายหลัง ซึ่งสนับสนุนประเด็นหลักของการศึกษาว่าการดูดนมจากเต้าอาจมีบทบาทเชิงป้องกันต่อการเกิด False positive ในการคัดกรองการได้ยินระยะแรก

ตารางที่ 1 ผลของการได้รับนมโดยตรงจากเต้าเทียบกับการได้รับนมด้วยวิธีการอื่นต่อผลการตรวจการได้ยินด้วยวิธี DPOAE ในทารกแรกเกิดปกติที่คลอดก่อนกำหนด ที่มีผลการตรวจ DPOAE ครั้งแรก ที่อายุ 24 ชั่วโมงหลังคลอดและมีผลเป็น Refer ทั้งหมด กับผลการตรวจ DPOAE ครั้งที่ 2 ที่อายุ 24 ชั่วโมงหลังคลอด (n=90)

	Direct breastfeeding (n=45)	Others breastfeeding (n=45)	p
DPOAE at 24 hours			
Pass	0	0	
Refer	45	45	
DPOAE at 48 hours			.01
Pass	43	35	
Refer	2	10	
AABR/ABR at 1 month			1.00
Pass	44	44	
Refer	1	1	

The Chi-square test (or Fisher's exact test where appropriate; DPOAE= Distortion Product Otoacoustic Emissions; AABR=Automated Auditory Brainstem Response; ABR= Auditory Brainstem Response

2. ผลประเมินประสิทธิภาพของการตรวจ DPOAE ในกลุ่มทารกที่ได้รับ นมแม่โดยตรงจากเต้า (Direct breastfeeding) จำนวน 45 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจ AABR/ABR ซึ่งถือเป็นมาตรฐานอ้างอิง (Gold standard) พบว่า DPOAE มีผลการจำแนกที่ดีมากในกลุ่มนี้ โดยทารกมีผล Refer จริงจาก AABR/ABR

เพียง 1 ราย และผล Pass จริงจำนวน 43 ราย แสดงให้เห็นถึงความแม่นยำในการทำนายภาวะการได้ยินปกติหลังจากผ่านช่วงแรกของชีวิต ข้อมูลนี้เน้นว่าส่วนใหญ่ของผล DPOAE ที่เปลี่ยนเป็น Pass ในการตรวจซ้ำที่ 48 ชั่วโมงเป็นผลที่สอดคล้องกับผล AABR/ABR ในภายหลัง สะท้อนอัตราความผิดพลาดต่ำอย่างชัดเจนในกลุ่ม Direct breastfeeding

เมื่อพิจารณาค่าทางสถิติ พบว่า DPOAE ในกลุ่ม Direct breastfeeding มี ความไว (Sensitivity) 100%, หมายความว่าสามารถตรวจพบทารกที่มีความผิดปกติจริงได้ครบถ้วน และมี ความจำเพาะ (Specificity) สูงถึง 97%, แสดงว่าสามารถระบุผู้ที่มีการได้ยินปกติได้อย่างถูกต้องเกือบทั้งหมด ค่า Accuracy 97% สอดคล้องกับสัดส่วนผลจำแนกที่ถูกต้องโดยรวม ขณะที่ค่า False positive มีเพียง 1 รายจาก 45 ราย (2.2%) ซึ่งต่ำมากเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น และสะท้อนว่า Direct breastfeeding อาจช่วยลดโอกาสเกิดผลบวกลวงของการตรวจ DPOAE หลังอายุ 48 ชั่วโมงได้อย่างเด่นชัด นอกจากนี้ค่า Negative Predictive Value เท่ากับ 100% บ่งชี้ว่าหากผล DPOAE เป็น Pass โอกาสสูงมากที่ทารกจะมีการได้ยินปกติจริง ข้อมูลทั้งหมดนี้สนับสนุนประเด็นสำคัญของการศึกษา คือการได้รับนมแม่จากเต้าอาจมีบทบาทเชิงบวกในการลดอัตรา False positive และเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรองการได้ยินระยะแรกในทารกคลอดก่อนกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวินิจฉัย DPOAE เทียบกับ AABR/ABR (Gold standard) ในค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ความถูกต้อง (Accuracy) ค่าทำนาย (Predictive Value) และ อัตราส่วนความเป็นไปได้ (Likelihood Ratio) ของกลุ่มที่ได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้า (Direct breastfeeding, n=45)

		AABR/ABR	
		Refer	**Pass**
DPOAE [Direct breastfeeding]	**Refer**	1 [a] True positive	1 [b] False positive
	Pass	0 [c] False negative	43 [d] True negative
McNemar exact Test		p =1.00	
Simple properties			
Sensitivity	= a / a + c		1.00 (95% CI: 0.03-1.00)
Specificity	= d / b + d		0.97 (95% CI: 0.88-0.99)
Accuracy	= [a + d] / [a + b + c + d]		0.97 (95% CI: 0.88-0.99)
Positive Predictive value	= a / a + b		0.50 (95% CI: 0.01-0.99)
Negative Predictive value = d / c + d			1.00 (95% CI: 0.92-1.00)
Likelihood Ratios for positive test	= Sensitivity / (1 – Specificity)		44.05 (95% CI: 1.30-1500.00)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

		AABR/ABR	
		Refer	**Pass**
DPOAE [Direct breastfeeding]	**Refer**	1 [a] True positive	1 [b] False positive
	Pass	0 [c] False negative	43 [d] True negative
McNemar exact Test		p =1.00	
Likelihood Ratios for negative test	(1 – Sensitivity) / Specificity	0.00 (95% CI: 0.00-0.44)	

McNemar exact test was applied to assess the difference between paired proportions; p = 1.00; DPOAE= Distortion Product Otoacoustic Emissions

การประเมินประสิทธิภาพของการตรวจ DPOAE ในกลุ่มทารกที่ได้รับ นมแม่โดยวิธีอื่น (Others breastfeeding) จำนวน 45 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับผล AABR/ABR (Gold standard) พบว่าผลการจำแนกทางการได้ยินมีความแม่นยำต่ำกว่ากลุ่มที่ดูดนมจากเต้าอย่างชัดเจน โดยพบผล Refer จริงจาก AABR/ABR เพียง 1 ราย ขณะที่ผล Pass จริงมี 35 ราย อย่างไรก็ตาม สิ่งที่โดดเด่นในกลุ่มนี้คือจำนวน False positive สูงถึง 9 ราย (20%) ซึ่งมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับความผิดพลาดเพียง 1 ราย (2.2%) ในกลุ่ม Direct breastfeeding ข้อมูลนี้สะท้อนว่าในการตรวจ DPOAE ที่อายุ 48 ชั่วโมง ทารกที่ไม่ได้ดูดนมจากเต้าอาจยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลบวกลวงสูงกว่ามาก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานหลักของการวิจัยว่าการดูดนมจากเต้าอาจช่วยลดอัตรา False positive ได้จริง

เมื่อพิจารณาค่าทางสถิติ พบว่าแม้ค่า ความไว (Sensitivity) จะเท่ากับ 100% เช่นเดียวกับกลุ่มดูดนมจากเต้า แต่ค่า ความจำเพาะ (Specificity) ลดลงเหลือเพียง 80% ส่งผลให้ค่าความถูกต้องโดยรวม (Accuracy) เหลือเพียง 80% แสดงถึงความสามารถในการจำแนกว่า “ปกติ” ได้ไม่ดีเท่ากลุ่มที่ดูดนมจากเต้า นอกจากนี้ ค่า Positive Predictive Value (PPV) อยู่ที่เพียง 10% หมายความว่าหากผล DPOAE ของกลุ่มนี้ขึ้นว่า Refer โอกาสที่เด็กจะมีความผิดปกติจริงมีเพียง 1 ใน 10 เท่านั้น ซึ่งบ่งชี้ว่าผล Refer ส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้เป็น False positive ทั้งหมด ขณะที่ค่า Negative Predictive Value (NPV) ยังคงสูงถึง 100% แปลว่าหากผลเป็น Pass ก็มั่นใจได้ว่าเด็กมีการได้ยินปกติจริง ทิศทางของค่าทางสถิติเหล่านี้สอดคล้องกันและยืนยันว่า กลุ่มที่ได้รับนมด้วยวิธีอื่นมีปัญหาความจำเพาะและอัตรา False positive ในการตรวจ DPOAE สูงกว่ามาก ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้นมจากเต้าโดยตรงในการลดความผิดพลาดในการคัดกรองการได้ยินระยะแรกเริ่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวินิจฉัย DPOAE เทียบกับ AABR/ABR (Gold standard) ในค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ความถูกต้อง (Accuracy) ค่าทำนาย (Predictive Value) และอัตราส่วนความเป็นไปได้ (Likelihood Ratio) ของกลุ่มที่ได้รับนมแม่โดยวิธีอื่น (Others breastfeeding, n=45)

		AABR/ABR	
		Refer	**Pass**
DPOAE [Others breastfeeding]	**Refer**	1 [a] True positive	9 [b] False positive
	Pass	0 [c] False negative	35 [d] True negative
McNemar exact Test		p = .0039	

Simple properties		
Sensitivity	= a / a + c	1.00 (95% CI: 0.03-1.00)
Specificity	= d / b + d	0.80 (95% CI: 0.66-0.91)
Accuracy	= [a + d] / [a + b + c + d]	0.80 (95% CI: 0.67-0.90)
Positive Predictive value	= a / a + b	0.10 (95% CI: 0.00-0.45)
Negative Predictive value	= d / c + d	1.00 (95% CI: 0.90-1.00)
Likelihood Ratios for positive test	= Sensitivity / (1–Specificity)	4.89 (95% CI: 0.14 - ∞)
Likelihood Ratios for negative test	(1 – Sensitivity) / Specificity	0.00 (95% CI: 0.00- 0.69)

McNemar exact test was applied to assess the difference between paired proportions; p = .0039; DPOAE= Distortion Product Otoacoustic Emissions

ผลการวิเคราะห์จากทั้งตารางที่ 2 และตารางที่ 3 สะท้อนชัดเจนว่าการดูดนมแม่โดยตรงจากเต้ามีความเกี่ยวข้องกับอัตรา False positive ที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับนมด้วยวิธีอื่นอย่างมาก โดยกลุ่ม Direct breastfeeding พบ False positive เพียง 1 ราย (2.2%) พร้อมค่าความจำเพาะและความถูกต้องสูงถึง 97% ขณะที่กลุ่ม Others breastfeeding มี False positive สูงถึง 9 ราย (20%) ส่งผลให้ค่าความจำเพาะและความถูกต้องลดลงเหลือเพียง 80% แม้ทั้งสองกลุ่มจะมีความไวของการตรวจเท่ากัน แต่ค่าทำนายผลบวก (PPV) ในกลุ่มที่ไม่ได้ดูดนมจากเต้าเหลือเพียง (10%) เมื่อเทียบกับ (50%) ในกลุ่มที่ดูดนมจากเต้า ภาพรวมจึงชี้ว่าการดูดนมจากเต้าอาจมีบทบาทสำคัญในการลดความผิดพลาดของผลการตรวจ DPOAE และเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองการได้ยินในทารกคลอดก่อนกำหนด

วิจารณ์

ข้อจำกัดของการศึกษาเรื่องผลกระทบของการได้รับนมแม่โดยตรงจากเต้าต่อผลการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วย DPOAE ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด สามารถสรุป

และขยายความตามประเด็นหลักได้ดังต่อไปนี้

(1) รูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Design) การใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังนั้นส่งผลให้เกิด ข้อจำกัดด้านคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูล (Data Completeness and Quality) ข้อมูลบางอย่างที่สำคัญต่อการตีความผลลัพธ์อาจไม่ได้รับการบันทึกไว้อย่างละเอียดและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น รายละเอียดที่แม่นยำเกี่ยวกับท่าทางการดูดนมจากเต้าที่ถูกต้อง ปริมาณน้ำนมที่ได้รับในแต่ละครั้ง หรือปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยของช่องปากและลำคอ ซึ่งอาจเป็นตัวกวนผลลัพธ์ที่ไม่ได้ถูกพิจารณาในการวิเคราะห์

(2) ขาดการประเมินกลไกทางสรีรวิทยาโดยตรง (Lack of Direct Physiological Assessment) แม้ว่าผลการศึกษาที่แสดงถึงการลดลงของอัตราผลบวกลวงจะสอดคล้องกับสมมติฐานว่าการดูดนมจากเต้าช่วยให้ท่อยูสเตเชียน (Eustachian Tube) ทำงานดีขึ้นและลดภาวะของเหลวคั่งในหูชั้นกลาง (Middle Ear Effusion, MEE) แต่การศึกษานี้ ไม่ได้มีการวัดการทำงานของท่อ Eustachian โดยตรง หรือประเมินการมีอยู่ของ MEE ขณะทำการตรวจ DPOAE ซ้ำ การประเมินดังกล่าว เช่น การใช้ Tympanometry ที่ความถี่สูง (1000 Hz) ซึ่งเหมาะสมกับทารกแรกเกิด[8] จะเป็นหลักฐานเชิงสรีรวิทยาที่แข็งแกร่งในการยืนยันกลไกเชิงสาเหตุ ข้อจำกัดนี้ทำให้การตีความกลไกต้องอาศัยการอนุมานจากองค์ความรู้เดิมเท่านั้น[9-10]

(3) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Characteristics and Generalizability) กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่ม Late Preterm และมาจากโรงพยาบาลแห่งเดียวในพื้นที่จำกัด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการ สรุปอ้างอิงผล (Generalizability) ไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงแตกต่างกันอย่างชัดเจน เช่น ทารกที่คลอดครบกำหนดปกติ ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำมาก (VLBW) หรือทารกในบริบททางคลินิกและภูมิภาคอื่น ๆ ที่อาจมีแนวทางการคัดกรองหรือปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน

(4) ปัจจัยกวนที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled Confounding Factors) ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้ถูกบันทึกหรือควบคุมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ไม่ดูดนมจากเต้าโดยตรง เช่น 1) ท่าทางการป้อนนมขวด (Bottle-feeding Position) แม้จะมีหลักฐานว่าการป้อนนมในท่านอนหงาย (Supine Position) สัมพันธ์กับความผิดปกติของหูชั้นกลางชั่วคราว[11] แต่การศึกษานี้ไม่ได้บันทึกความแตกต่างของท่าทางระหว่างกลุ่มที่ป้อนขวดนม และ 2) ประเภทของจุกนม (Nipple Type) และ ความชำนาญของผู้ดูแล (Caregiver Skill) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อแรงดันที่สร้างขึ้นระหว่างการดูด[12] และประสิทธิภาพของการป้อนนมโดยรวม

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายด้าน ทั้งในระดับคลินิกและระดับนโยบายในทางปฏิบัติ การทราบว่าการดูดนมแม่โดยตรงมีความสัมพันธ์กับผล DPOAE ที่แม่นยำขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการออกแบบแนวทางการคัดกรองการได้ยินในทารกคลอดก่อนกำหนด ช่วยลดอัตราการตรวจซ้ำหรือการส่งต่อที่ไม่จำเป็น ลดภาระงานและค่าใช้จ่ายของระบบบริการ และลดความกังวลของครอบครัว นอกจากนี้ ข้อมูลดังกล่าวยังสามารถส่งเสริมให้บุคลากรด้านสุขภาพผลักดันการให้นมแม่ตั้งแต่ระยะแรก เพื่อช่วยเพิ่มความพร้อมของหูชั้นกลางก่อนการตรวจคัดกรอง ในระดับนโยบายหน่วยบริการสามารถใช้ผลการศึกษานี้เป็นเหตุผลในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการคัดกรอง เช่น การกำหนดเวลาตรวจให้เหมาะสมหลังการให้นมแม่ หรือการจัดโปรโตคอลการเตรียมทารกก่อนตรวจ DPOAE ทั้งยังสนับสนุนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกคลอดก่อนกำหนดในฐานะมาตรการที่มีผลต่อคุณภาพการคัดกรองการได้ยินโดยตรง นอกจากนี้ งานวิจัยยังเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการศึกษาต่อยอด เช่น การประเมินสภาพหูชั้นกลางด้วย Tympanometry ควบคู่กับ DPOAE หรือการศึกษาผลในกลุ่มทารกครบกำหนด เพื่อขยายผลสู่การปรับปรุงระบบคัดกรองในวงกว้างยิ่งขึ้น

ความยุ่งยากหลักที่พบในการดำเนินการคือข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมของทารกระหว่างการตรวจ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพสัญญาณ DPOAE เช่น

ทารกที่ร้องไห้ ขยับตัว หรือมีเสียงรบกวนรอบข้าง ทำให้ต้องตรวจซ้ำหลายครั้งและใช้เวลาเพิ่ม นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนมีความท้าทายจากข้อมูลที่ขาดหายหรือไม่เป็นระบบ รวมถึงความแตกต่างในการบันทึกข้อมูลของบุคลากรแต่ละช่วงเวลา อีกทั้งการติดตามทารกที่ต้องตรวจยืนยันด้วย AABR หรือ ABR อาจพบปัญหาไม่มาตามนัด ทำให้เกิดรายงานขาดหาย (loss to follow-up) ซึ่งกระทบต่อความสมบูรณ์ของข้อมูล การควบคุมคุณภาพการตรวจ เช่น การสอบเทียบเครื่อง การติดตั้ง Probe อย่างถูกต้อง และการลดผลกระทบจากหูชั้นกลาง เป็นอีกปัจจัยที่ต้องใช้ความระมัดระวังมากสุดท้าย การรวบรวมข้อมูลรูปแบบการให้นมมีความหลากหลายและอาจตีความไม่ตรงกัน จึงต้องอาศัยการกำหนดนิยามที่ชัดเจนเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ (Clinical Implications)

1) ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ (Protocol) ในการคัดกรอง: ควรพิจารณาให้ “ประวัติการได้รับนมจากเต้าโดยตรง” เป็นส่วนหนึ่งในการตีความผล DPOAE ครั้งแรก ในทารกคลอดก่อนกำหนด หากทารกดูดนมจากเต้าได้ดีและมีผล “Refer” อาจให้ความสำคัญกับการตรวจซ้ำ (Repeat DPOAE) ที่อายุประมาณ 48 ชั่วโมงเป็นลำดับแรก ก่อนตัดสินใจส่งตรวจ AABR/ABR ทันที ซึ่งอาจช่วยลดการส่งตรวจเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่าย และลดความเครียดของผู้ปกครอง

2) สนับสนุนการให้ทารกคลอดก่อนกำหนดดูดนมจากเต้า: ควรส่งเสริมและอำนวยความสะดวกในการให้ทารกกลุ่มนี้ได้ฝึกและได้รับนมจากเต้าโดยตรงตั้งแต่ช่วงแรกที่สภาพคลินิกเอื้ออำนวยนอกเหนือจากประโยชน์ด้านอื่นๆ แล้ว ยังอาจช่วยเพิ่มความแม่นยำของการประเมินระบบการได้ยินตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

3) ให้ความรู้แก่บุคลากรและผู้ปกครอง: อธิบายให้ผู้ปกครองทราบถึงความเชื่อมโยงระหว่างการให้นมกับผลการคัดกรองการได้ยิน เพื่อลดความกังวลหากผลแรกไม่ผ่าน และส่งเสริมการให้นมจากเต้าในฐานะหนึ่งในมาตรการสนับสนุนสุขภาพหูชั้นกลางของทารก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ข้อจำกัดของการศึกษาปัจจุบันนำไปสู่ความจำเป็นในการวิจัยเชิงลึกและเป็นระบบ เพื่อยืนยันกลไกทางสรีรวิทยาที่ชัดเจนและเพิ่มความสามารถในการสรุปผล โดยในลำดับแรก การวิจัยเชิงลึกเพื่อยืนยันกลไก ควรดำเนินการในรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) ที่มีการวัดปัจจัยทางสรีรวิทยาควบคู่ไปด้วยอย่างเข้มงวด โดยรวมถึงการวัดการทำงานของท่อยูสเตเชียนด้วย Multi-frequency tympanometry (โดยเฉพาะที่ความถี่ 1 kHz) หรือการวัดความดันหูชั้นกลางโดยตรง รวมถึงการประเมินภาวะ Middle Ear Effusion (MEE) ด้วย Otoscopy หรือ Ultrasound ก่อนและหลังการตรวจ DPOAE เพื่อสร้างความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุอย่างแน่นหนา นอกจากนี้ การบันทึกและวิเคราะห์กลไกการดูดนมของทารกแต่ละรายอย่างละเอียดก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อหาความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างพฤติกรรมการดูดกับสภาวะของหูชั้นกลาง ต่อมาเพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปผล (Generalizability) ควรศึกษากลุ่มประชากรที่หลากหลายขึ้น โดยขยายขอบเขตไปสู่กลุ่มทารกคลอดครบกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่ม Extremely Preterm และทารกในหน่วย NICU จากหลายสถาบัน เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในบริบททางคลินิกที่แตกต่างกัน และในมิติของการพัฒนานโยบาย ควรมีการวิจัยเชิงนวัตกรรมและนโยบาย เพื่อพัฒนาและทดสอบ โปรโตคอลการคัดกรองแบบปรับจูน (Tailored Protocol) ที่พิจารณาวิธีการให้นมเป็นปัจจัยประกอบการตัดสินใจ และประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ของโปรโตคอลดังกล่าวอย่างรอบด้าน ว่าสามารถลดการส่งตรวจที่ไม่จำเป็นและเร่งการวินิจฉัยผู้ป่วยจริงได้หรือไม่ และสุดท้าย ควรมีการศึกษาผลกระทบในระยะยาว โดยการติดตามพัฒนาการด้านภาษาและการได้ยินของทารกในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อประเมินความสำคัญทางคลินิกที่แท้จริงของการลดผลบวกลวง (False Positive) ในระยะเริ่มต้นต่อผลลัพธ์การพัฒนาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Halder A L, Mollah M A H, Baki M A, Khan S, Nahar J, Jasim S. The Sensitivity and Specificity of DPOAE (Distortion Product Otoacoustic Emission) Compared with ABR (Auditory Brain Stem Response Audiometry) in Neonatal Hearing Screening. Pediatric Oncall Journal. 2023:20(2):48–50.
2. Hunter L L, Davey C S, Kohtz A, Daly K A. Hearing screening and middle ear measures in American Indian infants and toddlers. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2007;71(9):1429–38.
3. Bluestone C D. Impact of Evolution on the Eustachian Tube. Laryngoscope. 2008;118: 522-7.
4. Yeo S W, Park S N, Park Y S, Suh B D. Effect of middle-ear effusion on otoacoustic emissions. J Laryngol Otol. 2002;116(10):794-9.
5. Hall J W. Introduction to audiology today. Pearson; 2016.
6. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Journal of Early Hearing Detection and Intervention. 2019:4(2):1–44.
7. Norton S J, Widen J E. Evoked otoacoustic emissions and auditory brainstem responses in the universal newborn hearing screening program. In: Seewald R & Tharpe A M. Comprehensive handbook of pediatric audiology. Plural Publishing; 2010. p. 207–46.
8. Kei J, Allison-Levick J, Dockray J, et al. High-frequency (1000 Hz) tympanometry in normal neonates. Journal of the American Academy of Audiology. 2023;14(1):4–12.
9. Bluestone C D, Doyle W J. Anatomy and Physiology of Eustachian Tube and Middle Ear Related to Otitis Media. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 1988;81:997-1003.
10. Brown C E, Magnuson B. On the Physics of the Infant Feeding Bottle and Middle Ear Sequela: Ear Disease in Infants can be Associated with Bottle Feeding. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2000;54:13-20.
11. Tully S B, Bar-Haim Y, Bradley R L. Abnormal Tympanography after Supine Bottle Feeding. Journal of Pediatrics. 1995;126:S105-11.
12. Moral A, Bolibar I, Seguranyes G, Ustrell J M, Sebastiá G, Martínez-Barba C, et al. Mechanics of Sucking: Comparison between Bottle Feeding and Breastfeeding. BMC Pediatrics. 2010;10:6.

กรณีศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้า Torn Anterior cruciate ligament (ACL) หลังได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดไปจนถึงกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ หรือกลับไปเล่นกีฬาได้ดังเดิมในระยะเวลา 3 เดือน

A Case Study on the Effects of Performance Changes in a Patient with a Torn Anterior Cruciate Ligament (ACL) Injury Following Physical Therapy Intervention, from Pre-operative to Return to Normal Daily Living or Return to Sports, over a 3-Month Period

วัชราภรณ์ ทับรัตน์* รพีภัทร์ พิพัฒนานันท์**
Watcharaporn Tubrutn, Rapeepat Pipatnanun
Corresponding author: E-mail: pattarawatch@gmail.com
(Received: January 14, 2025; Revised: January 17, 2025; Accepted: February 7, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าใหม่ (ACLR) ร่วมกับการเย็บซ่อมหมอนรองกระดูก โดยเน้นการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-habilitation) จนถึงระยะฟื้นฟู 3 เดือนหลังผ่าตัด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี บาดเจ็บจากการเล่นกีฬา ซึ่งได้รับการตรวจประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาและการวัดผลตามที่ผู้ป่วยรายงาน (IKDC และ KOOS) ในช่วงเวลา T1 (ก่อนผ่าตัด), T2 (1 เดือนหลังผ่าตัด) และ T3 (3 เดือนหลังผ่าตัด) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาในแต่ละจุดที่ทำการวัดข้อมูลด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก และ 2) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการรักษา

ผลการวิจัย : สมรรถนะของผู้ป่วยมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ โดยในระยะ T3 ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูพิสัยการเคลื่อนไหวได้เต็มช่วง (เหยียด 0 องศา, งอ 140 องศา) ค่าดัชนีความสมมาตรของความแข็งแรงกล้ามเนื้อ Quadriceps เพิ่มขึ้นจาก 80% ในระยะ T1 สู่ 95% ในระยะ T3 และผ่านเกณฑ์การทดสอบการกระโดดขาเดียว (Single-Leg Hop Test) ที่ค่า LSI 92% ด้านคะแนนประเมิน PROMs พบว่าคะแนน IKDC เพิ่มขึ้นจาก 45 เป็น 90 คะแนน และคะแนน KOOS ADL สูงถึง 100 คะแนน สะท้อนถึงความเชื่อมั่นและคุณภาพชีวิตที่กลับมาเป็นปกติ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การเตรียมความพร้อมร่างกายก่อนผ่าตัดและการทำกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบต่อเนื่องในช่วง 3 เดือนแรก ช่วยลดข้อบกพร่องและเร่งการฟื้นตัวของผู้ป่วย ACLR ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและพร้อมสำหรับการฝึกซ้อมเพื่อกลับไปเล่นกีฬาในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : เอ็นไขว้หน้าขาด; การผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าใหม่; การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด; สมรรถนะของเข่า

* นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ** นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

Abstract

Purpose : To study of changes on the function of a patient undergoing Anterior Cruciate Ligament Reconstruction (ACLR) with concurrent medial meniscus repair.

Study design : Case Study.

Materials and Methods : The research focuses on the impact of continuous physical therapy interventions starting from the preoperative phase (Pre-habilitation) through a 3-month follow-up period. The case study involves a 25-year-old Thai male who sustained a sports-related injury. Performance was evaluated across three primary domains: knee Range of Motion (ROM), muscle strength symmetry (Limb Symmetry Index: LSI), and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), specifically using the IKDC Subjective Knee Form and KOOS scores. Assessments were conducted at three key intervals: T1 (pre-surgery), T2 (1-month post-surgery), and T3 (3 months post-surgery). Quantitative analysis included frequency, percentage, median, and range. Qualitative data were analyzed using content analysis based on information from 1) personal and clinical data records, and 2) clinical progress notes at each measurement point.

Main finding : The results demonstrated significant improvements in all measured dimensions. By the T3 interval, the patient achieved full range of motion (0° extension and 140° flexion). The Quadriceps muscle strength symmetry (LSI) improved from 80% at T1 to 95% at T3. Furthermore, the patient passed the Single-Leg Hop Test with an LSI of 92%. Regarding PROMs, the IKDC score increased from 45 to 90, while the KOOS ADL subscale reached 100, reflecting restored confidence and a return to normal quality of life.

Conclusion and recommendations : In conclusion, this study indicates that preoperative physical preparation and systematic, continuous rehabilitation during the first three months are critical factors in reducing performance deficits. These interventions accelerate the recovery of ACLR patients, enabling a safe return to activities of daily living and establishing a foundation for advanced sports-specific training.

Keywords : Torn Anterior Cruciate Ligament; ACL Reconstruction; Pre-habilitation Physical Therapy; Knee Performance

*Physical Therapist, Department of Physical Therapy, Khon Kaen Hospital.

**Orthopedic Surgeon, Department of Orthopedic, Khon Kaen Hospital.

บทนำ

การบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าเข่า (Anterior Cruciate Ligament: ACL) เป็นปัญหาสำคัญในทางศัลยกรรมกระดูกและข้อและเวชศาสตร์การกีฬา โดยเฉพาะในกลุ่มนักกีฬาและผู้ที่มีกิจกรรมทางกายสูง[1-2] ซึ่งในมีอุบัติการณ์การเกิดสูง[3] กลไกการบาดเจ็บส่วนใหญ่มักไม่ได้เกิดจากการปะทะโดยตรง แต่เกิดระหว่างการเปลี่ยนทิศทางอย่างรวดเร็วหรือการชะลอตัว[4] ส่งผลให้เกิดภาวะข้อเข่าไม่มั่นคง (Knee instability) ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมที่ต้องมีการบิดหมุนหรือการตัดตัว[5] นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูกและกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนวัยอันควร[6]

แม้การผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าใหม่ (ACL Reconstruction: ACLR) จะเป็นมาตรฐานในการรักษาเพื่อฟื้นฟูความมั่นคงทางกลไก[7-8] แต่ความสำเร็จระยะยาวไม่ได้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการกลับคืนสู่สมรรถนะเดิม (Return to Pre-injury Function) ยังคงทำได้ยาก โดยมีนักกีฬาเพียงร้อยละ 65-80 เท่านั้นที่ประสบความสำเร็จ และยังมีอัตราการบาดเจ็บซ้ำที่น่ากังวล[9-10] ปัญหาหลักคือ ข้อบกพร่องด้านสมรรถนะที่ยังคงอยู่หลังผ่าตัด โดยเฉพาะความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps) และการควบคุมกลไกประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular control)[11] แนวทางการฟื้นฟูสมัยใหม่จึงเน้นการจัดการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-habilitation) เพื่อลดอาการบวมและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก่อนเข้ารับการผ่าตัด[12-13] ซึ่งช่วยให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น[14-15]

การดูแลภายหลังการผ่าตัดในช่วง 3 เดือนแรกมีความสำคัญยิ่งในการควบคุมอาการปวด ป้องกันภาวะข้อติด และเริ่มฝึกการควบคุมกลไกประสาทและกล้ามเนื้ออย่างค่อยเป็นค่อยไป[8] เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และการฝึกเฉพาะทางกีฬาในระยะถัดไป[16] โดยมีช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of Knowledge) ที่ยังไม่มีการศึกษาที่มัดรวมผลการรักษาตั้งแต่ผลการรักษาในช่วงก่อนผ่าตัด ช่วงต้นหลังผ่าตัดใหม่ๆ และผลระยะยาวเข้าด้วยกัน การศึกษาส่วนใหญ่มักแยกทำเป็นในการทำความเข้าใจผลลัพธ์การฟื้นฟูในช่วงต้น หรือมุ่งเน้นผลระยะยาวเพียงเดี่ยวๆ[6,17] ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อการรักษาด้วย โครงการวิจัยในรูปแบบกรณีศึกษา (Case Study) นี้จึงถูกจัดทำขึ้นเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของผู้ป่วย ACL อย่างละเอียดตลอดช่วง 3 เดือน ตั้งแต่ระยะ Pre-habilitation จนถึงระยะฟื้นฟูหลังผ่าตัด[12] ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จะช่วยอธิบายพัฒนาการของการทำงานของกล้ามเนื้อและความสามารถของข้อเข่า ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสำเร็จในระยะยาว[11] และเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์การฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพเฉพาะเจาะจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของผู้ป่วยเอ็นไขว้หน้าบาดเจ็บ (ACL) ที่ได้รับกายภาพบำบัดต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนถึงหลังผ่าตัด โดยประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความมั่นคงของข้อเข่าในแต่ละช่วงการรักษา ควบคู่กับการประเมินระดับการกลับไปทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการเล่นกีฬาเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 3 เดือน ด้วยแบบสอบถามมาตรฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย กรณีศึกษาเฉพาะราย (Single Case Study) และมีลักษณะเป็นการศึกษาแบบติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Tracking) ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (3 เดือน) เพื่อติดตามผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้า (ACL) ที่ได้รับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อว่ามีอาการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้า (Torn ACL) และมีแผนเข้ารับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าใหม่ (ACLR) ที่กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วง เดือน มกราคม - ตุลาคม

พ.ศ. 2568

ขนาดตัวอย่าง 1 ราย (เนื่องจากเป็นการวิจัยรูปแบบกรณีศึกษา)

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่ามีอาการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้า (Torn ACL) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ

2. มีแผนเข้ารับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าใหม่แบบปฐมภูมิ (Primary ACL Reconstruction) ที่โรงพยาบาลขอนแก่น

3. มีอายุระหว่าง 18-50 ปี

4. เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอตามแผนที่กำหนด ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดตลอดระยะเวลา 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะบาดเจ็บร่วมอื่น ๆ ที่ข้อ เข่าข้างเดียวกัน ซึ่งรุนแรงและต้องได้รับการผ่าตัดรักษาเพิ่มเติมในเวลาเดียวกัน (Concurrent Surgeries) เช่น การบาดเจ็บของเอ็นไขว้หลัง (PCL), เอ็นด้านข้าง (LCL, MCL) ที่รุนแรง, หรือการบาดเจ็บของกระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular Cartilage Injury) ระดับรุนแรง

2. เคยได้รับการผ่าตัดที่ข้อเข่าข้างที่บาดเจ็บมาก่อน

3. มีภาวะเจ็บป่วยทางระบบหรือโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของกระดูกหรือกล้ามเนื้อ (เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้)

4. มีภาวะทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

เครื่องมือในการวิจัยและเก็บข้อมูล

1. การวัดผลเชิงวัตถุวิสัย

1) Hand-held Dynamometer (HHD): ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps and Hamstrings Strength)

2) เครื่องจับเวลาและเทปวัดระยะ: ความสามารถในการกระโดดขาเดียว (Single-Leg Hop Tests) เพื่อวัด Limb Symmetry Index (LSI)

3) Goniometer: พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Range of Motion: ROM)

2. การวัดผลตามผู้ป่วยรายงาน

1) International Knee Documentation Committee (IKDC): ระดับการทำงานของข้อเข่าและอาการตามที่ผู้ป่วยรายงาน

2) KOOS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score): คุณภาพชีวิตและอาการที่เกี่ยวข้องกับข้อเข่า

3. เครื่องมือบันทึกข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลพื้นฐาน, ข้อมูลการผ่าตัด และข้อมูลการรักษาทางกายภาพบำบัด

2) บันทึกความก้าวหน้าทางการรักษา (Clinical Progress Note) บันทึกเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรักษาและปัญหาที่พบในแต่ละสัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการอย่างเป็นระบบใน 3 ช่วงเวลาหลัก

1. การเก็บข้อมูลพื้นฐาน (Screening and Baseline Data Collection - T0/T1)

- T0 (ก่อนการรักษาทางกายภาพบำบัด): คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือก

- T1 (ก่อนการผ่าตัด/สิ้นสุด Pre-habilitation): บันทึกข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกและข้อมูลส่วนบุคคลใน CRF และประเมินสมรรถนะผู้ป่วยด้าน ROM, Strength (HHD) และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม IKDC/KOOS

2. การเก็บข้อมูลระหว่างการรักษา (Mid-point Collection - T2)

- T2 (1 เดือนหลังการผ่าตัด): ประเมินสมรรถนะผู้ป่วยซ้ำด้าน ROM, Strength (HHD) ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม IKDC/KOOS และบันทึกความก้าวหน้าและการตอบสนองต่อการรักษาในบันทึกความก้าวหน้าทางการรักษาเชิงคุณภาพ

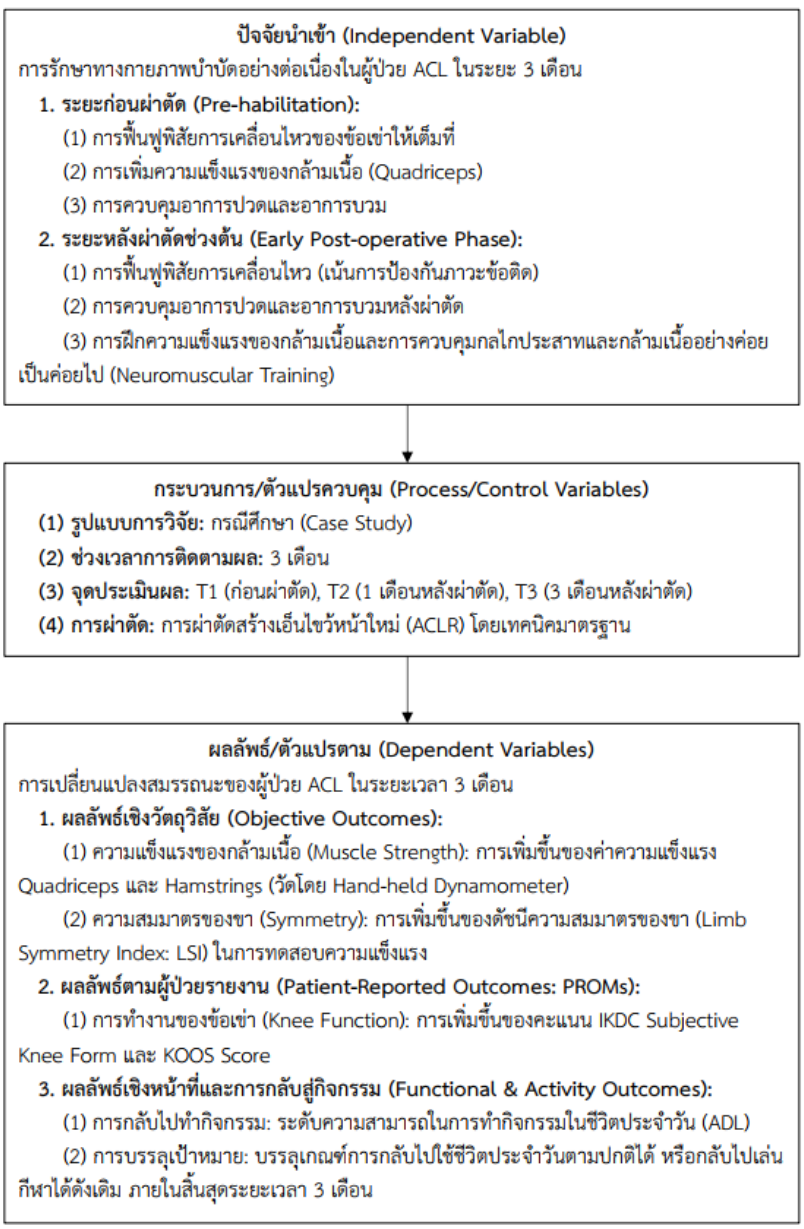
3. การเก็บข้อมูลสรุปผล (Final Collection - T3)

- T3 (3 เดือนหลังการผ่าตัด): ประเมินสมรรถนะผู้ป่วย: ROM, Strength (HHD), Single-Leg Hop Tests

(LSI) ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม IKDC/KOOS เพื่อวัดผลลัพธ์สุดท้าย สรุปความสามารถในการกลับไปทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน/การเล่นกีฬา โดยอิงตามเกณฑ์สมรรถนะและคะแนน PROMs และรวบรวมบันทึกความก้าวหน้าทางการรักษาทั้งหมดเพื่อการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยและการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วยเจาะจง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาข้อสะโพกหักจากความเปราะบางในช่วงเวลาที่กำหนด และทำการคัดเลือกผู้ป่วย 1 ราย ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าโครงการ (Inclusion & Exclusion Criteria) โดยผู้วิจัยมีการระมัดระวังในการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. การรวบรวมและบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดลอก/บันทึกข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียน ลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการวิจัย โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1) บันทึกข้อมูลพื้นฐาน: ข้อมูลประชากร, ประวัติโรคประจำตัว, ชนิดการหักและการผ่าตัด

2) บันทึกข้อมูลการรักษา: บันทึกรายละเอียดของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละระยะ

3) บันทึกผลการประเมินย้อนหลัง: บันทึกค่าที่วัดได้ของตัวแปรตามทั้งหมด (ROM, Strength, IKDC/KOOS Score, LSI) ในแต่ละช่วงเวลา (T1, T2, T3)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่บันทึกจากเวชระเบียนซ้ำอีกครั้ง เพื่อยืนยันความแม่นยำ จากนั้นจะดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อคำนวณค่าเฉลี่ยและเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลง รวมถึงสร้างตารางเพื่อแสดงแนวโน้มการฟื้นตัว

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ KEXP69001 รับรองเมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ.2569

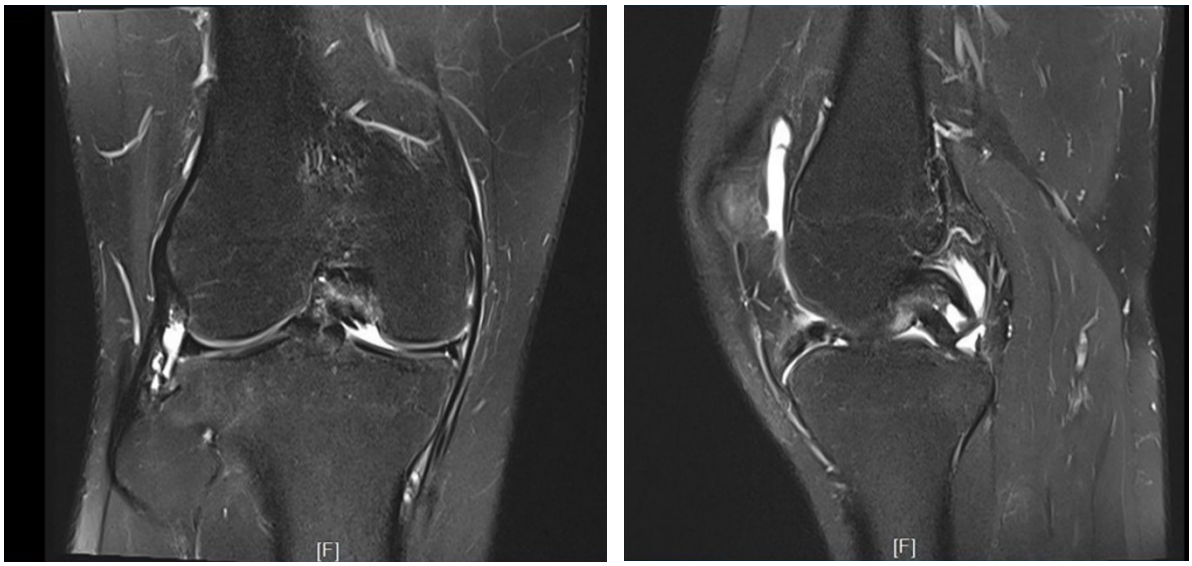
รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี ประกอบอาชีพรับราชการตำรวจ เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ ก่อนส่งต่อมารับการรักษาที่กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยอาการสำคัญคือ รู้สึกข้อเข่าขวาไม่มั่นคงและมีอาการปวดเสียวในข้อเข่าเป็นครั้งคราว โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บขณะเล่นกีฬาในจังหวะกระโดดลงพื้นพร้อมบิดหมุนตัวกะทันหัน จากการตรวจประเมินทางการแพทย์อย่างละเอียดพบภาวะเอ็นไขว้หน้าเข่าขวาฉีกขาดร่วมกับการฉีกขาดของหมอนรองกระดูกเข่าด้านใน (Torn ACL Right Knee with Bucket Handle of Medial Meniscus Tear) แพทย์จึงพิจารณาวางแผนการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าใหม่โดยใช้กราฟต์จากกล้ามเนื้อแฮมสตริง (ACL Reconstruction with Hamstring Graft) โดยส่งปรึกษาและเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องก่อนการผ่าตัด 1 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวและปฏิเสธประวัติการบาดเจ็บหรือการผ่าตัดข้อเข่ามาก่อน

ในระยะก่อนผ่าตัด (Pre-habilitation: T1) ผู้ป่วยระบุตำแหน่งความเจ็บปวดบริเวณแนวข้อเข่าด้านในโดยมีระดับความปวดสูงสุด (Worst pain) อยู่ที่ VAS 3/10 และความปวดช่วงเช้าที่ VAS 2/10 ซึ่งอาการจะถูกกระตุ้นเมื่อมีการลงน้ำหนักไม่สมดุลหรือมีการบิดหมุนเข่า และจะบรรเทาลงเมื่อได้พักหรือประคบเย็น ผลการตรวจสัญญาณชีพปกติ แต่จากการตรวจร่างกายเชิงวัตถุวิสัยพบอาการบวมเล็กน้อยบริเวณข้อเข่าขวา และมีพิสัยการเคลื่อนไหว (ROM) ในท่าเหยียดเข่าที่ 5 องศา ท่างอเข่าที่ 110 องศา เมื่อทดสอบความแข็งแรงกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าด้วยเครื่อง Hand-held Dynamometer พบค่าดัชนีความสมมาตร (LSI) ของกล้ามเนื้อ Quadriceps อยู่ที่ 80% และ Hamstrings ที่ 82% นอกจากนี้ผลการทดสอบ Lachman test ให้ผลบวกระดับ Grade II และผู้ป่วยยังไม่สามารถทดสอบการกระโดดขาเดียว (Single-Leg Hop Test) ได้เนื่องจากภาวะความไม่มั่นคงของข้อเข่าและอาการปวดในขณะทดสอบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจประเมินร่างกาย (Physical examination)

รายการวัดผล (Objective Measures)	T1 (ก่อนผ่าตัด)	T2 (1 เดือนหลังผ่าตัด)	T3 (3 เดือนหลังผ่าตัด)
การสังเกต (Inspection notes)	บวมเล็กน้อย, มีรอยฟกช้ำจาง ๆ	มีแผลผ่าตัดแห้งสนิท, ไม่มีบวม/ร้อน	ไม่มีบวม/ร้อน, กล้ามเนื้อขาขวาเริ่มกลับมามีมัดชัดเจน
Pain Scale (VAS); 0-10	3	2	1 (หลังออกกำลังกาย)
ROM: Knee Extension; (°)	5°	2°	0°
ROM: Knee Flexion; (°)	110°	130°	140°
Strength: Quadriceps (LSI); %	80%	85%	95%
Strength: Hamstrings (LSI); %	82%	88%	93%
Laxity Test (Lachman Test)	Positive (Grade II)	End Point Firm (Post-op)	End Point Firm
Single-Leg Hop Test (LSI); %	N/A (ไม่สามารถทำได้)	N/A (ข้อจำกัดการลงน้ำหนัก)	90% (อยู่ในเกณฑ์ดีมาก)



รูปที่ 2 ภาพถ่ายสนามแม่เหล็กข้อเข่า (MRI) ก่อนรับการผ่าตัดเปลี่ยนเอ็นไขว้หน้า



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีข้อเข่า (X-Ray) หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเอ็นไขว้หน้า

ช่วง 1 เดือนหลังผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ACL Reconstruction with Medial Meniscus Repair โดยใช้เทคนิคการ ส่องกล้อง (Arthroscopic Surgery) แพทย์เลือกใช้กราฟต์จากกล้ามเนื้อแฮมสตริงของตัวผู้ป่วยเอง (Hamstring Autograft) เพื่อสร้างเอ็นไขว้หน้าใหม่ และทำการเย็บซ่อมแซมหมอนรองกระดูกที่ฉีกขาด (Meniscus Repair) การผ่าตัดลุล่วงไปด้วยดีโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดแพทย์อนุญาตให้ลงน้ำหนักบางส่วน (Partial weight bearing) และกำชับให้สวมอุปกรณ์พยุงเข่า (Knee Brace) เพื่อจำกัดองศาการงอเข่าในระยะแรก

จากการตรวจประเมินร่างกายในวันที่ 1 หลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมและตึงบริเวณข้อเข่าขวาอย่างชัดเจน (Moderate Effusion) ระบุระดับความปวดที่ VAS 6/10 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีแผลจากการส่องกล้องและการเจาะเก็บกราฟต์ที่บริเวณด้านหน้าหน้าแข้งซึ่งปิดสนิทด้วยวัสดุกันน้ำ ผู้ป่วยสามารถทำท่าเหยียดเข่าค้าง (Static Quadriceps) ได้แต่ยังมีอาการเจ็บปวด และสามารถกระดกข้อเท้า (Ankle Pumping) ได้ปกติ

ในช่วงถัดมาจนถึงสัปดาห์ที่ 2-3 ก่อนถึงระยะ 1 เดือน พบว่า อาการบวมลดลงตามลำดับ ระดับความปวดลดลงเหลือ VAS 3/10 ผู้ป่วยเริ่มฝึกการงอเข่า (Knee Flexion) บนเตียงได้ประมาณ 90 องศา และเหยียดเข่าได้เกือบสุด โดยใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดินแบบลงน้ำหนักบางส่วน (Partial Weight Bearing) ได้อย่างมั่นคงขึ้น กล้ามเนื้อ Quadriceps เริ่มมีการตอบสนองต่อการสั่งการที่ดีขึ้น (Improved Motor Recruitment) และไม่มีสัญญาณของภาวะแทรกซ้อนหรือการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเดินเริ่มเปลี่ยนจากการแตะพื้นเป็นการลงน้ำหนักบางส่วน (Partial Weight Bearing) ประมาณ 50% ของน้ำหนักตัว โดยยังคงใช้ไม้ค้ำยันร่วมกับสนับเข่าเพื่อความมั่นใจและความปลอดภัยของรอยเย็บภายในข้อเข่า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหา หลักฐาน การวิเคราะห์และแผนการรักษา (Problem lists)

ปัญหา (Problem list)	หลักฐาน (Evidence)	การวิเคราะห์ (Analysis)	แผนการรักษา (Plan of treatment)
1. Quadriceps /Hamstrings Weakness	LSI Quadriceps ≥80%, Hamstrings ≥82% (T1)	กลไก Arthrotrophic Inhibition และการขาดการใช้งานกล้ามเนื้อ	To optimize muscle strength, focusing on Quadriceps (LSI ≥90%)
2. Loss of Knee ROM	Extension 5°, Flexion 110° (T1)	อาการปวด/บวม และการบาดเจ็บร่วมของ Meniscus ทำให้เกิดการจำกัด ROM	To restore Full Range of Motion (0°–140°) โดยเฉพาะ Knee Extension
3. Functional Instability & Impaired Neuromuscular Control	ผู้ป่วยรายงานอาการเข่าหลวม, ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้การรับน้ำหนักแบบไดนามิก	การบาดเจ็บของ ACL ทำลาย Proprioceptors ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อล้มเหลว	To implement intensive Neuromuscular Control and Agility Training (T3-T6)
4. Limitations in Activities of Daily Living (ADL)	IKDC Score 50, KOOS ADL 65 (T1)	ข้อจำกัดทางร่างกายส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและการทำกิจกรรมระดับสูง	To improve PROMs scores และคืนความสามารถในการกลับไปเล่นกีฬา (Return to Sport)

ปัญหาหลักของผู้ป่วยรายนี้คือ ภาวะกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าและด้านหลังอ่อนแรง (Quadriceps and Hamstrings Weakness) ซึ่งวิเคราะห์ว่าเกิดจากภาวะการยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อจากความเจ็บปวดและการบาดเจ็บ (Arthrogenic Muscle Inhibition) ส่งผลให้ค่าดัชนีความสมมาตรของขา (LSI) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร่วมกับปัญหาการสูญเสียพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Loss of Knee ROM) ทั้งในท่าเหยียดและท่างอ เนื่องจากการอักเสบ บวม และพยาธิสภาพของการฉีกขาดที่หมอนรองกระดูก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีภาวะความไม่มั่นคงของข้อเข่าเชิงหน้าที่ (Functional Instability) และการควบคุมกลไกประสาทและกล้ามเนื้อบกพร่องจากการสูญเสียตัวรับความรู้สึก (Proprioceptors) ภายในเอ็นไขว้หน้าที่ขาดไป ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้นำไปสู่ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL Limitations) และการลดลงของระดับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้คะแนนประเมินคุณภาพชีวิตและสมรรถนะของเข่า (IKDC และ KOOS Score) อยู่ในระดับต่ำ จึงจำเป็นต้องได้รับโปรแกรมฟื้นฟูที่ครอบคลุมทั้งการเพิ่มความแข็งแรงและการฝึกควบคุมประสาทกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์รายการปัญหาและพยาธิสภาพข้างต้น ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมายการรักษา (Goal of Treatment) เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาวะปกติอย่างเป็นระบบ ทั้งการแก้ไขความบกพร่องในระยะสั้นและการสร้างความมั่นคงที่ยั่งยืนในระยะยาว เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบจำเพาะเจาะจงตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แผนการรักษาทางกายภาพบำบัด (Plan of Treatment)

ระยะการรักษา (Phase)	เป้าหมาย (Goals)	กิจกรรมการรักษา (Treatment Interventions)
ระยะที่ 1: Pre-habilitation (T1: 1 เดือนก่อนการผ่าตัด)	1. ลดอาการปวดและบวม 2. เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวให้ใกล้เคียงปกติ 3. เตรียมความแข็งแรง Quadriceps	- Modalities: Cold pack เพื่อลดอาการอักเสบ - Manual: Gentle Patellar mobilization - Exercise: Straight leg raises, Heel slides, Quadriceps sets
ระยะที่ 2: Early Post-operative (วันแรก - 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	1. ควบคุมอาการปวดและบวมหลังผ่าตัด 2. เน้นการเหยียดเข่าให้ได้ 0 องศา 3. กระตุ้นการทำงานของ Quadriceps	- ROM: Heel prop (passive stretch) และ CPM - Exercise: Ankle pump, Isometrics Quadriceps, แนะนำการเดินด้วยไม้ค้ำยัน (Partial weight bearing)
ระยะที่ 3: Intermediate Rehabilitation (T2: 1 เดือนหลังผ่าตัด)	1. เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า 2. ฟื้นฟูการทรงตัวและการรับรู้ตำแหน่งข้อต่อ 3. ฝึกรูปแบบการเดินที่ปกติ (Normal gait)	- Exercise: Mini-squat (0°-45°), Step-ups, Terminal knee extension - Balance: Single-leg stance บนพื้นราบ - Functional: ปั่นจักรยานแบบไม่มีแรงต้านเพื่อเพิ่ม ROM
ระยะที่ 4: Advanced & Return to Sport (T3: 3 เดือนหลังผ่าตัด)	1. เพิ่มพลังและความทนทานของกล้ามเนื้อ (LSI≥90%) 2. ฝึกการเคลื่อนไหวแบบเฉพาะทางกีฬา 3. เตรียมความพร้อมในการกระโดด	- Exercise: Leg press (Progressive weight), Lunges, Squats - Agility: Ladder drills, Figure-of-8 running - Plyometrics: Box jumps (low height), Double/Single leg hopping

1. เป้าหมายระยะสั้น (Short term goal: ภายใน 3 เดือนหลังผ่าตัด - T3) ฟื้นฟูพิสัยการเคลื่อนไหว (ROM): เพื่อให้ข้อเข่าขวาสามารถเหยียดได้สุดที่ 0 องศา และงอเข่าได้มากกว่า 135 องศา ภายในสิ้นสุดระยะเวลาการติดตามผล เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ: มุ่งเน้นการเพิ่มความแข็งแรงของ Quadriceps และ Hamstrings ให้มีดัชนีความสมมาตรของขา (LSI) ไม่น้อยกว่า 90% เพื่อความมั่นคงในการลงน้ำหนัก

ลดอาการปวดและบวม: ควบคุมระดับความเจ็บปวดขณะทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้เหลือเพียงระดับเล็กน้อยหรือไม่ปวดเลย (VAS 0-1)

พัฒนาการทำงานของข้อเข่า: เพิ่มคะแนนประเมิน

สมรรถนะที่รายงานโดยผู้ป่วย (IKDC และ KOOS Score) ให้เข้าสู่เกณฑ์มาตรฐาน เพื่อความพร้อมในการกลับไปทำกิจกรรม

2. เป้าหมายระยะยาว (Long term goal)

ป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ: เสริมสร้างการควบคุมกลไกประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular Control) เพื่อลดความเสี่ยงของการฉีกขาดของเอ็นไขว้หน้าซ้ำหรือการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูก

กลับไปเล่นกีฬา (Return to Sport): เตรียมความพร้อมของร่างกายให้สามารถกลับไปเล่นกีฬาบาสเกตบอลได้ในระดับเดิมก่อนการบาดเจ็บ โดยมีผลการทดสอบ Hop test ที่สมบูรณ์

คุณภาพชีวิต: ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถออกกำลังกายเพื่อควบคุมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว

เพื่อให้การจัดการปัญหาทางคลินิกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นักกายภาพบำบัดจึงได้ออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไปจนถึงระยะคืนสู่สมรรถนะ โดยเน้นการจัดลำดับความหนักของการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับระยะการหายของเนื้อเยื่อตามหลักการ SAID เพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูพิสัยการเคลื่อนไหว การสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการฝึกควบคุมประสาทกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนดังตารางที่ 4

ภายหลังจากการดำเนินงานตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฝึกฝนตามโปรแกรมสม่ำเสมอ ส่งผลให้การประเมินผลในแต่ละจุดเวลา (T1, T2, T3) มีพัฒนาการที่ก้าวหน้าอย่างชัดเจนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และจากการติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะตลอดระยะเวลา 3 เดือน พบว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-habilitation) จนถึงระยะฟื้นฟูหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างเด่นชัดในทุกมิติ โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4

1. การฟื้นฟูพิสัยการเคลื่อนไหว (ROM) ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายการเหยียดเข่าได้สุดที่ 0°และงอเข่าได้เต็มช่วงที่ 140° ภายในระยะเวลา 3 เดือน (T3) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะข้อติด (Arthrofibrosis) และทำให้รูปแบบการเดินกลับมาเป็นปกติ

2. การเพิ่มขึ้นของความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ค่าดัชนีความสมมาตรของขา (LSI) ของกล้ามเนื้อ Quadriceps เพิ่มขึ้นจาก 80% ในระยะก่อนผ่าตัด (T1) สู่ระดับ 95% ในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัด (T3) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกความแข็งแรงและการกระตุ้นกลไกประสาทกล้ามเนื้อที่เหมาะสมตามหลักการ SAID

3. สมรรถนะเชิงหน้าที่และการกลับสู่กิจกรรม ผลการทดสอบการกระโดดขาเดียว (Single-Leg Hop Test) ในระยะสุดท้ายได้ค่า LSI ที่ 92% ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานความพร้อมของร่างกายสำหรับการเริ่มฝึกซ้อมกีฬา สอดคล้องกับคะแนน IKDC และ KOOS ที่พัฒนาขึ้นอย่างมาก แสดงให้เห็นถึงความมั่นใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กลับคืนมา

ตารางที่ 4 ความก้าวหน้าทางการรักษา (Progression Notes

ช่วงเวลา (Time Points)	T1 (ก่อนผ่าตัด)	T2 (1 เดือนหลังผ่าตัด)	T3 (3 เดือนหลังผ่าตัด)
S (Subjective)	ปวด VAS 3 เข่าหลวม, เดิน/ขึ้นบันไดไม่มั่นคง, ADL Limited	ปวด VAS 2 หลังออกกำลังกาย, เริ่มขับรถได้, มั่นใจมากขึ้นในการเดิน	ปวด VAS 0-1 (หลังกิจกรรมหนักเท่านั้น), กลับไปทำงานปกติ รู้สึกมั่นคงดีมาก
O (Objective) Performance	Knee Extension 5°, Quadriceps LSI ≥80%	Knee Extension 2°, Quadriceps LSI ≥85%	Knee Extension 0°, Quadriceps LSI ≥95%
O (Objective) PROMs	IKDC: 50/100, KOOS ADL: 65/100	IKDC: 75/100, KOOS ADL: 85/100	IKDC: 95/100, KOOS ADL: 100/100
O (Objective) Dynamic Test	N/A	N/A	Single-Leg Hop Test LSI: ≥90%
A (Assessment)	Primary Problem: ROM Deficit และกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Pre-hab Focus)	Progress: ROM ดีขึ้นเร็วมาก (บรรลุเป้าหมาย Flexion) กำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง	Excellent Outcome: บรรลุเป้าหมายระยะสั้นทั้งหมด สภาพการทำงานของเข่าเกือบสมบูรณ์
P (Plan) Next Stage	เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (Pre-habilitation)	เน้น Strength Training & ROM เพื่อเตรียมเข้าสู่ Functional Training	Discharge Planning & Return to Sport Phase: แนะนำ Home Program: Plyometrics (กระโดดสองขา), Agility Drills (Ladder Drill), การติดตามผลระยะยาว (6-9 เดือน)

วิจารณ์

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ พบว่าความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถนะของผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้า (ACL) ร่วมกับหมอนรองกระดูกฉีกขาดในกรณีศึกษานี้ มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญกับหลักฐานทางคลินิกในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพของการทำกายภาพบำบัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หรือ “Pre-habilitation” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Shaarani et al.[13] ที่ระบุว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยให้กล้ามเนื้อ Quadriceps ฟื้นตัวได้รวดเร็วกว่าและมีคะแนนประเมินสมรรถนะที่สูงกว่าในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งในกรณีศึกษานี้เห็นได้ชัดจากการที่ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูค่า LSI ของ Quadriceps ได้สูงถึง 95% ภายใน 3 เดือน นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูพิสัยการเคลื่อนไหว (ROM) โดยเฉพาะท่าเหยียดเข่าได้สุด (Full Extension 0°) ในระยะเริ่มต้น เป็นปัจจัยวิกฤตที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shelbourne & Heinrich[5] ที่เน้นย้ำว่าการคืนองศาการเหยียดเข่า

เป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันภาวะข้อติดและช่วยให้รูปแบบการเดินกลับมาเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลโดยตรงต่อคะแนน KOOS ในมิติการใช้ชีวิตประจำวันที่ผู้ป่วยทำได้เต็ม 100 คะแนน

การเปลี่ยนแปลงสมรรถนะเชิงหน้าที่ที่พัฒนาขึ้นอย่างโดดเด่นยังมีความเชื่อมโยงกับหลักการหายของเนื้อเยื่อและการฝึกควบคุมระบบประสาทกล้ามเนื้อ (Neuromuscular Control) ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของ Myer et al.[18] ที่ให้ความสำคัญกับการฝึกความมั่นคงแบบไดนามิกเพื่อลดความเสี่ยงในการบาดเจ็บซ้ำ โดยการที่ผู้ป่วยรายนี้ทำผลทดสอบ Single-Leg Hop Test ได้ค่า LSI ถึง 92% นั้นไม่เพียงแต่แสดงถึงความแข็งแรง แต่ยังสะท้อนถึงความมั่นใจในระดับจิตวิทยา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Spindler และคณะ[7] เกี่ยวกับการคืนสู่สมรรถนะที่ปลอดภัย นอกจากนี้ การจัดโปรแกรมการฟื้นฟูที่จำเพาะเจาะจงตามหลัก SAID principle ในระยะที่ 3 และ 4 ยังช่วยลดช่องว่างระหว่างการรักษาทางคลินิกกับการกลับไปเล่นกีฬา (Return to Sport) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มักพบในงานวิจัยในอดีต[1] ผลลัพธ์ในมิติของคะแนน IKDC ที่เพิ่มขึ้นจาก 45 เป็น 90 จึงเป็นเครื่องยืนยันว่าการรักษาที่บูรณาการปัจจัยด้านโครงสร้างร่างกาย (Body Structure) และการทำกิจกรรม (Activity) เข้าด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้มีพยากรณ์โรคที่ดีและมีความพร้อมสูงในการกลับสู่กิจกรรมทางกายระดับสูงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะยาวต่อไป

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นสำคัญของการศึกษานี้คือการติดตามผลการรักษาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-habilitation) ไปจนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด 3 เดือน ซึ่งช่วยให้เห็นพัฒนาการของผู้ป่วยในทุกมิติอย่างชัดเจน การใช้เครื่องมือวัดผลที่เป็นมาตรฐานสากลและมีความเที่ยงตรงสูง ทั้งการวัดเชิงวัตถุวิสัย เช่น Hand-held Dynamometer และการวัดผลตามที่ผู้ป่วยรายงาน (PROMs) ทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนสมรรถนะที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ดี

นอกจากนี้ การจัดโปรแกรมการรักษาที่จำเพาะเจาะจงตามหลักการ SAID ยังช่วยลดช่องว่างระหว่างการฟื้นฟูทางคลินิกกับการกลับไปเล่นกีฬาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเพียงรายเดียว (Single Case Study) ผลลัพธ์ที่ได้จึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงหรือสรุปใช้กับประชากรกลุ่มใหญ่ที่มีความแตกต่างกันในด้านสภาพร่างกายหรือปัจจัยแวดล้อมได้ทั้งหมด และระยะเวลาการติดตามผล 3 เดือนอาจยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความสำเร็จในการกลับไปเล่นกีฬา (Return to Sport) ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามผลในระยะยาว 6-12 เดือนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยปฏิบัติการออกกำลังกายที่บ้าน (Home program) ต่อเนื่องเพื่อรักษาความทนทานของกล้ามเนื้อ และควรเข้ารับการประเมินซ้ำที่ระยะ 6 และ 9 เดือน เพื่อพิจารณาความพร้อมสำหรับการกลับไปเล่นกีฬาอย่างเต็มตัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Griffin L Y, Albohm J M, Arendt E A, Bahr R, Beynnon B D, Demaio M, et al. Noncontact anterior cruciate ligament injuries: risk factors and prevention strategies. J Am Acad Orthop Surg. 2006;14(Suppl 5):S193-203.
2. Prodromos C C, Han Y, Joyce B, Shi K. A meta-analysis of the incidence of anterior cruciate ligament tears as a function of gender, sport, and a previous history of contralateral anterior cruciate ligament tears. Arthroscopy. 2007;23(12):1324.e1-5.
3. Miyasaka K C, Daniel D M, Stone M L. The incidence of knee ligament injuries in the general population. Am J Knee Surg. 1991;4(1):3-8.

4. Hewett T E, Myer G D, Ford K R, Paterno M V, Schmale G A. Mechanisms, prediction, and prevention of anterior cruciate ligament injuries. J Athl Train. 2005;40(4):314-28.
5. Shelbourne K D, Heinrich J. The natural history of the ACL-deficient knee: time to reconsider. J Am Acad Orthop Surg. 2011;19(12):770-5.
6. Lohmander L S, Englund M, Dahlberg L E, Roos E M. The long-term consequence of anterior cruciate ligament and meniscus injuries: osteoarthritis. Am J Sports Med. 2007;35(10):1756-62.
7. Spindler K P, Wright R W, Huston L, Amendola A. Anterior cruciate ligament tear: what should you tell the patient? Am J Sports Med. 2011;39(6):1145-52.
8. Van Grinsven S, van Grinsven D J, Van Grinsven M. Comparison of surgical and non-surgical treatment for anterior cruciate ligament rupture: a meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2018;26(2):378-85.
9. Ardern C L, Taylor N F, Feller J A, Webster K E. Fifty-five per cent of athletes return to preinjury sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: an update of a systematic review and meta-analysis from 2006 to 2011. Br J Sports Med. 2011;45(13):1029-35.
10. Brukner P, Khan K. Brukner & Khan's clinical sports medicine. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2012.
11. Paterno M V, Ford K R, Myer G D. Is 4-6 months sufficient for return to sport after ACL reconstruction? Br J Sports Med. 2010;44(12):1018-22.
12. Gokeler A, Dingenen B, Hewett T E. Neuromuscular aspects of the second ACL injury: implications for prevention and return to sport. Sports Med. 2017;47(2):175-91.
13. Shaarani S R, O'Hare R, Moyna N M. Preoperative rehabilitation prior to anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review and meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2017;25(12):3959-68.
14. Failla M J, Logerstedt D S, Snyder-Mackler L, Axe M J. Does preoperative strengthening reduce time to meet criteria for return to sport after ACL reconstruction? A systematic review. J Orthop Sports Phys Ther. 2016;46(9):743-55.
15. Bizzini M, Gorelick M, Theiler R. Strength, functional, and health-related quality-of-life outcomes in athletes with anterior cruciate ligament reconstruction: a 2-year follow-up. J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42(7):585-93.
16. Feller J A, Webster K E. Development of an evidence-based return to sport decision-making framework following anterior cruciate ligament reconstruction. Sports Med. 2019;49(12): 1939-53.
17. Della Villa F, Buckthorpe M, Della Villa S. Anterior cruciate ligament injury primary and secondary prevention. Br J Sports Med. 2020;54(14):847-53.
18. Myer G D, Paterno M V, Ford K R, Quatman C E, Hewett T E. Rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction: criteria-based progression through the return-to-sport phase. J Orthop Sports Phys Ther. 2006;36(6):385-402.

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

Developing a Readiness Model for Community Hospitals Achieving Healthcare Accreditation (HA) through Participatory Action Research: A Case Study of Mahasarakham Provincial Health Network

ทิพวรรณ โคตรสีเขียว* ดวงดาว ราตรีสุข อรัญญา ซองศิริ*** รุ่งทิวา ขันธมูล**** ชนิตา ปะเพโส*****

Tipawan Kostseekiaw, Duangdao Ratreesuk, Aranya Poochomsri, Rungthiwa Khantamoon, Chanita Papeso

Corresponding author: E-mail: Tipa_mung001@hotmail.com

(Received: January 5, 2025; Revised: January 12, 2025; Accepted: February 9, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยทีม Coaching และ Mentoring จากโรงพยาบาลมหาสารคาม และผู้ประสานงานคุณภาพ จำนวน 15 คน ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 30 คน ผู้เข้าร่วมพัฒนา จำนวน 60 คน และผู้ร่วมกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความพร้อม HA แบบประเมินการปฏิบัติงานตนเอง แบบบันทึกการสังเกต และแบบฟอร์มถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) การเตรียมความพร้อมพบปัญหาทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านทรัพยากรบุคคลและองค์ความรู้ ระบบงานและกระบวนการ กลไกสนับสนุนและเครือข่าย และภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์กร 2) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ กลไกพลังเครือข่ายและความร่วมมือ การขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ Improvement, Quality, Value (IQV) และเสาหลักการพัฒนา 4 มิติ และผลลัพธ์เชิงกลยุทธ์ และ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า จากการวิเคราะห์ระดับการเตรียมความพร้อมในการบริหารองค์กรหลังกระบวนการพัฒนา พบว่า โดยรวมการบริหารจัดการองค์กรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53, SD. = 0.53) ระดับการเรียนรู้ตามกระบวนการ Quality Learning Network (QLN) โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.37, SD.=0.27) และโรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลชื่นชมได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 1 ในปี พ.ศ.2568

สรุปและข้อเสนอแนะ : ความสำเร็จของสองโรงพยาบาลเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร ดังนั้นองค์กรจึงจำเป็นต้องรักษาแรงขับเคลื่อน (Momentum) ในการพัฒนา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการบูรณาการระบบงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เข้มข้นยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อม; Healthcare Accreditation; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; เครือข่ายบริการสุขภาพ

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
,* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชื่นชม
***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกุดรัง

Abstract

Purposes : To analyze the current situation, develop, implement, and evaluate a readiness development model for community hospitals seeking Healthcare Accreditation (HA) within the Maha Sarakham Provincial Health Network.

Study design : Mutual Collaborative Action Research.

Materials and Methods : The primary informants consisted of a Coaching and Mentoring team from Maha Sarakham Hospital and 15 Quality Coordinators. The study was conducted in phases: a situational analysis phase (n=10), a service system development phase (n=30), and a development participation phase (n=60). Data were collected using in-depth interviews, HA readiness assessment forms, self-assessment scales, observation records, and reflective forms. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data underwent content analysis.

Main finding : 1) Situational Analysis: Identified challenges in four key dimensions: human resources and knowledge management; work systems and processes; support mechanisms and networking; and leadership and organizational culture. 2) The Readiness Model: The developed model comprises four pivotal steps: establishing network synergy and collaboration; driving quality through the IQV (Improvement, Quality, Value) process; integrating the four dimensions of the development pillars; and achieving strategic outcomes, and 3) Implementation Outcomes: Post-development evaluation revealed that overall organizational management reached the highest level = 4.53, SD. = 0.53). The level of learning through the Quality Learning Network (QLN) process was rated at a high level (Mean = 4.37, SD. = 0.27). Consequently, both Kud Rang Hospital and Chuen Chom Hospital successfully achieved Step 1 Healthcare Accreditation (HA) in 2025.

Conclusion and Recommendations: The success of these two hospitals signifies the effective cultivation of a safety culture within the organizations. It is recommended that the hospitals maintain this developmental momentum by enhancing work system integration and fostering intensive staff participation to ensure sustainable quality improvements.

Keywords : Readiness Preparation; Healthcare Accreditation (HA); Mutual Collaborative Action Research; Health Network

*, ** Registered Nurse, Senior Professional Level Maha Sarakham Provincial Public Health Office.
,* Registered Nurse, Senior Professional Level (Specialist) Chuen Chom Hospital.
***** Registered Nurse, Senior Professional Level (Specialist) Kud Rang Hospital.

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) เป็นกลไกสำคัญในการวางรากฐานระบบบริการสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็ง โดยความสำคัญประการแรก คือการมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรเป็นศูนย์กลาง ผ่านการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกและการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยระดับชาติ ซึ่งช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ได้อย่างเป็นรูปธรรม[1] นอกจากนี้ มาตรฐาน HA ฉบับปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงมาตรฐานเข้ากับบริบทจริงขององค์กร เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเคารพในสิทธิผู้ป่วย[2] ในมิติของการบริหารองค์กร กระบวนการ HA ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีมข้ามวิชาชีพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคในการทำงานและสร้างวัฒนธรรมความความปลอดภัยให้เกิดขึ้น[3] อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องผ่านวงจรคุณภาพ (PDCA) ทำให้การเขียนรายงานประเมินตนเอง (SAR) ไม่เป็นเพียงการทำเอกสาร แต่เป็นการทบทวนผลการดำเนินงานเพื่อยกระดับมาตรฐานการบริการให้เป็นที่ยอมรับและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการอย่างยั่งยืน[4-5]

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพบริการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลทุกระดับ อย่างไรก็ตาม จังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม (โรงพยาบาลศูนย์) จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง ผลการประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขั้นมาตรฐาน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขั้นมาตรฐาน คิดเป็น ร้อยละ 100 โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขั้นมาตรฐาน คิดเป็น ร้อยละ 83.33 และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคามยังมีความพร้อมที่ไม่เท่าเทียมกันโดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับ F3 ที่ปรับระดับ เป็น F2 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 ได้แก่ โรงพยาบาลชื่นชม และโรงพยาบาลกุดรัง ที่ยังไม่ผ่านการรับรองขั้นมาตรฐาน เนื่องจากขาดรูปแบบหรือแนวทางที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่[6]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรับรองมาตรฐาน พบว่าส่วนใหญ่เกิดจาก (1) บุคลากรและองค์ความรู้: เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานใหม่ รวมถึงหัวหน้าฝ่ายที่เกษียณอายุราชการ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน HA และการจัดทำรายงานประเมินตนเอง (Self-Assessment Report - SAR) (2) ระบบงานคุณภาพ: ระบบงานยังไม่มีความชัดเจนและขาดการเชื่อมโยงระหว่างแผนก เนื่องจากยังไม่เคย ผ่านการประเมินมาก่อน และการจัดทำ SAR ยังไม่สะท้อนกระบวนการปฏิบัติงานจริง และ (3) ข้อจำกัดของพี่เลี้ยง: ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนระบบ Coaching และ Mentoring ได้อย่างต่อเนื่อง[4]

เมื่อวิเคราะห์ช่องว่างการวิจัย (Research gap) พบว่าแม้จะมีความพยายามในการผลักดันคุณภาพมาตรฐาน HA แต่ยังพบช่องว่างสำคัญคือ ขาดรูปแบบการเตรียมความพร้อมที่เป็นรูปธรรม: ปัจจุบันยังไม่มีโมเดลการพัฒนาความพร้อมที่ออกแบบมาเพื่อโรงพยาบาลชุมชนในบริบทพื้นที่นี้โดยเฉพาะ ขาดระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน: การนิเทศงานแบบ Coaching ยังไม่เป็นระบบ ทำให้การพัฒนาหยุดชะงักเมื่อไม่มีพี่เลี้ยงลงพื้นที่ และการมีส่วนร่วม : จำเป็นต้องมีกระบวนการที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (Action Learning) และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเพื่อให้เกิดความยั่งยืน จากช่องว่างของการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วม (Participatory Action Research: PAR) มาใช้เพื่อสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โดยมีแนวทางหลัก คือ การใช้ระบบพี่เลี้ยง (QLN & Mentorship): สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ (Quality Learning Network) โดยใช้ระบบพี่เลี้ยง (Peer Assistance) และการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล การประยุกต์ใช้แนวคิด IQV: นำระบบ Improvement, Quality, และ Value มาใช้เพื่อส่งเสริมการประเมินตนเองที่เข็มแข็งและสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกระบวนการพัฒนา 3 ระยะ: เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ (Gap analysis) การพัฒนารูปแบบผ่านเวทีสะท้อนปัญหา และการประเมินผลจากการปฏิบัติจริง[2]

เพื่อให้ก้าวข้ามข้อจำกัดดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในลักษณะความร่วมมือกัน (Mutual Collaborative Action Research) เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อน จุดเด่นของแนวคิดนี้คือการลดช่องว่างระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงาน โดยเปลี่ยนบทบาทจาก “การสั่งการ” เป็น “การเรียนรู้ร่วมกัน” ผ่านวงจรการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนคิด (PAOR)[7] นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการแนวคิด IQV (Improvement, Quality, Value) และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ QLN (Quality Learning Network) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพี่เลี้ยงและผู้ปฏิบัติงานในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assistance) อย่างไรก็ตาม ในการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ มีข้อควรระวังที่สำคัญคือความยั่งยืนของกระบวนการ[3] เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้น หากทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีภาระงานมาก หรือมีการหมุนเวียนบุคลากรบ่อยครั้ง อาจส่งผลให้พลวัตการเรียนรู้หยุดชะงัก นอกจากนี้ต้องระมัดระวังไม่ให้การพัฒนาคุณภาพกลายเป็นเพียง “การทำเอกสารเพื่อรอรับการตรวจ” แต่ต้องมุ่งเน้นให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ฝังรากลึกในวิธีปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดคุณค่า (Value) ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริงตามเป้าหมายของมาตรฐาน HA[2]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผ่านกระบวนการ PAR ไม่เพียงแต่ช่วยให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองตามมาตรฐานเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบที่ช่วยเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรในเครือข่ายให้สามารถพัฒนางานคุณภาพได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืนท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกันยายน พ.ศ.2567 – วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ.2568

พื้นที่ศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลลูกข่าย ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ทีม Coaching และ Mentoring จากโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม (FA (Facilitator), ผู้ประสานงานคุณภาพ (Quality Coordinator)) ได้แก่ หัวหน้าทีมคุณภาพและทีมงาน ทีม สสจ.มหาสารคาม จำนวน 15 คน ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 30 คน 2) ผู้เข้าร่วมพัฒนา ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ., ทีมคุณภาพ, หัวหน้ากลุ่มงาน, หัวหน้าหอผู้ป่วย, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพ QI Nurse (Quality Improvement Nurse) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน/โรงพยาบาล จำนวน 2 โรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 60 คน และ 3) ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาได้แก่ รูปแบบการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความพร้อม HA (Checklist 5 หมวด) Governance/Leadership & Management/Patient Safety/Process of Care/CQI & Learning Organization แบบประเมินการปฏิบัติงานตนเอง แบบบันทึกการสังเกต (Observation Record และแบบฟอร์มถอดบทเรียน (Reflective Form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับที่ 2-4 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 สำหรับแบบประเมินความพร้อม HA มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) โดยใช้แบบประเมินความพร้อม HA 2) สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ., ทีมคุณภาพ, หัวหน้ากลุ่มงาน, หัวหน้าหอผู้ป่วย, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพ QI Nurse (Quality Improvement Nurse) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) จำนวน 30 คน/โรงพยาบาล จำนวน 2 โรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 60 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ (โรงพยาบาลกุดรัง และโรงพยาบาลชื่นชม) สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) โดยประเมินจากแบบประเมินการเตรียมความพร้อมของการบริหารองค์กร (1) การนำ 2) กลยุทธ์ 3) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน 4) การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ 5) บุคลากร 6) การปฏิบัติการ) แบบประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการเรียนรู้ QLN (Quality Learning Network) และแบบฟอร์มถอดบทเรียน (Reflective Form)

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 5/2567 วันที่ 16 เดือน ตุลาคม.พ.ศ2567 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ จากการศึกษาสถานการณ์ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับ F2 (โรงพยาบาลกุดรังและ

โรงพยาบาลชื่นชม) พบประเด็นปัญหาสำคัญที่จำแนกตามกรอบแนวคิด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านทรัพยากรบุคคลและองค์ความรู้ (Human resource & knowledge) พบภาวะวิกฤตด้าน “ช่องว่างทางองค์ความรู้” (Knowledge gap) ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในองค์กร เนื่องจากบุคลากรระดับแกนนำที่มีความเชี่ยวชาญในระบบคุณภาพเกษียณอายุราชการ ขณะที่เจ้าหน้าที่รุ่นใหม่ (New Staff) ที่เข้ามารับช่วงต่อยังขาดทัศนคติเชิงบวกและความเข้าใจเชิงลึกในมาตรฐาน HA ฉบับปัจจุบัน ส่งผลให้การจัดทำรายงานประเมินตนเอง (Self-Assessment Report - SAR) มีลักษณะเป็นเพียงการรวบรวมเอกสารตามรูปแบบที่กำหนด (Paper-driven) มากกว่าการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานที่แท้จริง 2) ด้านระบบงานและกระบวนการ (Process & system) ระบบงานภายในยังมีลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน (Silo Departments) ขาดการเชื่อมโยงเชิงระบบ (System integration) โดยเฉพาะในจุดวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ระบบการป้องกันการติดเชื้อ (IC) และงานจ่ายกลาง ซึ่งยังพบช่องว่างในการปฏิบัติให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ กระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการนำตัวชี้วัดมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการ (CQI) ยังไม่เข้มแข็งพอที่จะสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม 3) ด้านกลไกสนับสนุนและเครือข่าย (Supportive Mechanism & Network) แม้จะมีโครงสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด แต่กลไกการสนับสนุนในลักษณะพี่เลี้ยง (Mentoring) ยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงาน เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลมหาสารคาม) มีภาระงานมากทำให้การ Coaching ลงสู่พื้นที่ลูกข่ายทำได้ไม่ต่อเนื่อง การเข้าถึงทรัพยากรด้านองค์ความรู้เฉพาะทางและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล (QLN) จึงยังไม่เกิดพลวัตที่เข้มแข็งพอที่จะผลักดันให้โรงพยาบาลขนาดเล็กก้าวข้ามผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับสูงได้ และ 4) ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์กร (Leadership & Culture) แม้ผู้บริหารจะให้การสนับสนุนเชิงนโยบาย แต่การขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดความยั่งยืนยังเป็นความท้าทาย บุคลากรส่วนใหญ่ยังมองว่ามาตรฐานคุณภาพเป็น “งานฝาก” หรือภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำมากกว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) การขาดการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกระดับ (Engagement) ทำให้การพัฒนาคุณภาพมักเกิดขึ้นในลักษณะ “ไฟไหม้ฟาง” หรือเร่งทำในช่วงที่จะมีการประเมินเท่านั้น ขาดความต่อเนื่องในการสร้างคุณค่า (Value) ให้กับระบบบริการสาธารณสุขในระยะยาว

สถานการณ์ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (Context-specific Model) โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อปิดช่องว่างระหว่างมาตรฐานเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติจริง นำไปสู่การรับรองคุณภาพที่ยั่งยืนและมีคุณค่าต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare accreditation (HA) ทั้งนี้รูปแบบการดำเนินงานนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีหัวใจสำคัญอยู่ที่การเปลี่ยนผ่านจาก “การเตรียมตัวเพื่อรับการประเมิน” (Preparation for Audit) ไปสู่ “การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพเชิงระบบ” (Systemic Quality Culture) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญดังนี้

1) กลไกพลังเครือข่ายและความร่วมมือ (Collaborative Network Mechanism) รูปแบบนี้ใช้โครงสร้าง

“แม่ข่าย-ลูกข่าย” (Parent-Child Hospital Network) เป็นฐานขับเคลื่อน โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายทำหน้าที่เป็น Catalyst (ตัวเร่งการเรียนรู้) ผ่านระบบพี่เลี้ยง (Mentorship) และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้คุณภาพ (Quality Learning Network: QLN) เพื่อปิดช่องว่างด้านทรัพยากรและองค์ความรู้ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F2) ทำให้เกิดการหมุนเวียนขององค์ความรู้ (Knowledge Spiral) อย่างต่อเนื่องในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม

2) การขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ IQV (Driving through IQV Framework) นำแนวคิด Improvement (การปรับปรุง), Quality (คุณภาพ), และ Value (คุณค่า) มาเป็นแกนกลางในการปฏิบัติงาน Improvement: เน้นการทบทวนหน้างานและการประเมินตนเองที่เข้มแข็ง (Strong Self-Assessment) เพื่อหา Gap และแก้ไขด้วยกระบวนการ PDCA ; Quality: มุ่งเป้าไปที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (2P Safety) และการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) และValue: การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการผ่านระบบบริการที่มีมาตรฐานและไร้รอยต่อ

3) เสาหลักการพัฒนา 4 มิติ (The Four Pillars of Readiness) เพื่อให้เกิดความพร้อมในระดับสูง รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาที่สมดุลใน 4 ด้าน: Human Capital: การเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรใหม่และถ่ายทอดองค์ความรู้จากผู้เชียวชาญเพื่อลดความเสี่ยงจากการขาดช่วงของบุคลากร ; Integrated Process: การสลายการทำงานแบบ Silo และเชื่อมโยงระบบงานสำคัญ เช่น ระบบบป้องกันการติดเชื้อ (IC) และงานจ่ายกลาง เข้ากับกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลัก ; Evidence-Based Reporting : เปลี่ยนการทำ (Self-Assessment Report - SAR) ให้เป็นเครื่องมือสะท้อนการปฏิบัติงานจริงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และ Leadership Commitment: การสร้างกาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในทุกระดับเพื่อฝังรากวัฒนธรรมความปลอดภัย

4) ผลลัพธ์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Outcomes) เป้าหมายสูงสุดของรูปแบบ MSK-HA Model คือการบรรลุ “Dynamic Accreditation” ซึ่งหมายถึงสถานะที่โรงพยาบาลมีความพร้อมรับการประเมินอยู่ตลอดเวลา (Everyday Quality) และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) แม้จะผ่านการรับรองขั้นมาตรฐานไปแล้ว แต่ระบบงานจะยังคงพัฒนาต่อไปเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายความปลอดภัยระดับสากล (ดังแผนภาพ 1)



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

3. การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

1) ผลการปฏิบัติงานภาพรวมของการบริหารองค์กร พบว่า จากการวิเคราะห์ระดับการเตรียมความพร้อมในการบริหารองค์กรหลังกระบวนการพัฒนา พบว่าโดยรวมการบริหารจัดการองค์กรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53, SD. = 0.53) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพและทิศทางการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมหลังการปรับปรุงระบบงาน โดยเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 6 มิติพบข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการนำองค์กร (Leadership) (Mean = 4.62, SD.=0.48) บ่งชี้ว่าผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนวิสัยทัศน์และพันธกิจให้เกิดความชัดเจนทั่วทั้งองค์กร รองลงมาคือ ด้านผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customers) (Mean =4.58, SD.= 0.50) และ ด้านกลยุทธ์ (Strategy) (Mean= 4.55, SD.=0.52) ซึ่งทั้งสองด้านนี้แสดงให้เห็นว่าองค์กรสามารถถ่ายทอดทิศทางเชิงนโยบายสู่การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างสอดคล้องและเป็นระบบ ขณะที่ ด้านการปฏิบัติการ (Operations) มีผลคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน (Mean= 4.54, SD.= 0.53) สะท้อนถึงเสถียรภาพของกระบวนการทำงานหลักที่ได้รับการพัฒนาอย่างไรก็ตาม สำหรับด้านบุคลากร (Workforce) และด้านการวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management) แม้จะมีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ มากแต่มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างน้อยกว่าด้านอื่น ๆ คือ (Mean = 4.48, SD.= 0.55) และ (Mean = 4.41, SD. = 0.58) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมโดยรวมของการบริหารองค์กรหลังการพัฒนา (n=60)

ประเด็นการบริหารองค์กร	Mean± SD.	ระดับการเตรียมความพร้อม
1. การนำองค์กร (Leadership)	4.62±0.48	มากที่สุด
2. กลยุทธ์ (Strategy)	4.55±0.52	มากที่สุด
3. ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customers)	4.58±0.50	มากที่สุด
4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (Measurement)	4.41±0.58	มาก
5. บุคลากร (Workforce)	4.48±0.55	มาก
6. การปฏิบัติการ (Operations)	4.54±0.53	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	**4.53±0.53**	**มากที่สุด**

2) ผลการเรียนรู้ตามกระบวนการเรียนรู้ QLN (Quality Learning Network) พบว่า ผลการประเมินระดับการเรียนรู้ตามกระบวนการ Quality Learning Network (QLN) ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเรียนรู้อยู่ในระดับ มาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean=4.37, SD.=0.27) เมื่อพิจารณารายมิติทั้ง 4 ด้านพบว่า ทุกด้านมีผลการประเมินอยู่ในระดับ มาก เช่นเดียวกัน โดยสามารถเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ดังนี้ มิติด้านเครือข่ายและความร่วมมือ (Network & Collaboration) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.42, SD.= 0.25) สะท้อนถึงความสำเร็จของกระบวนการ QLN ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิสัมพันธ์ และการแลกเปลี่ยนทรัพยากรความรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ มิติด้านการนำไปใช้ และผลกระทบ (Implementation & Impact) (Mean=4.40, SD.= 0.36) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เรียนสามารถนำองค์ความรู้

ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในบริบทการทำงานจริงจนเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน สำหรับ มิติด้านกระบวนการเรียนรู้เชิงคุณภาพ (Quality Learning Process) (Mean= 4.35, SD.= 0.28) และ มิติด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes) (Mean= 4.31, SD.= 0.30) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเรียนรู้ตามกระบวนการ QLN 4 มิติ (n=60)

การเรียนรู้ตามกระบวนการ QLN	Mean± SD.	ระดับการเรียนรู้
1. มิติด้านเครือข่ายและความร่วมมือ (Network & Collaboration)	4.42±0.25	มาก
2. มิติด้านกระบวนการเรียนรู้เชิงคุณภาพ (Quality Learning Process)	4.35±0.28	มาก
3. มิติด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes)	4.31±0.30	มาก
4. มิติด้านการนำไปใช้และผลกระทบ (Implementation & Impact)	4.40±0.36	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	**4.37±0.27**	**มาก**

3) ผลประเมินความพร้อม HA จาก สรพ. (Checklist 5 หมวด) การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Healthcare Accreditation) เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและความยั่งยืนขององค์กร จากข้อมูลผลการประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลกุดรัง และโรงพยาบาลชื่นชมผ่านระบบ Checklist 5 หมวดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สามารถวิเคราะห์เชิงวิชาการสรุปประเด็นสำคัญพบว่า ภาพรวมและทิศทางการพัฒนาองค์กร จากการศึกษาเปรียบเทียบผลประเมินก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าทั้งสองโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยโรงพยาบาลกุดรังมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.3 เป็น 48.3 และโรงพยาบาลชื่นชม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.9 เป็น 48.5 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายคุณภาพอย่างเป็นระบบ แม้ทั้งสองแห่งจะเริ่มต้นจากพื้นฐานความพร้อมที่ใกล้เคียงกัน แต่สามารถสร้างอัตราการเติบโตของคุณภาพในภาพรวมได้สูงถึงร้อยละ 15 ในระยะเวลาการดำเนินงานที่กำหนด

การวิเคราะห์รายด้านตามมิติคุณภาพ พบว่า (1) ด้านการบริหารและการวางระบบ (หมวด I และ IV): ในหมวดภาพรวมการบริหารองค์กร ทั้งสองโรงพยาบาลมีคะแนนเพิ่มขึ้นโดดเด่นที่สุด โดยเฉพาะโรงพยาบาลชื่นชมที่ขยับคะแนนขึ้นสู่ร้อยละ 70.0 สอดคล้องกับผลลัพธ์ในหมวดการเรียนรู้ (CQI & Learning Organization) ที่โรงพยาบาลกุดรังสามารถยกระดับจากร้อยละ 36.6 ขึ้นสู่ร้อยละ 60.0 ชี้ให้เห็นว่าองค์กรได้ปรับเปลี่ยนจากระบบการทำงานเชิงรับไปสู่เชิงรุก มีการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดมากขึ้น (2) ด้านความปลอดภัยและกระบวนการดูแลผู้ป่วย (หมวด II และ III): ประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ (Turning Point) ของการศึกษานี้ โดยโรงพยาบาลกุดรังมีพัฒนาการแบบก้าวกระโดดจากร้อยละ 30.0 เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวเป็นร้อยละ 58.0 ขณะที่กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Process of Care) แม้จะมีฐานคะแนนเดิมที่ค่อนข้างดีอยู่แล้ว (มากกว่าร้อยละ 50) แต่ยังคงมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องไปสู่ระดับร้อยละ 59-60 ซึ่งสะท้อนถึงมาตรฐานวิชาชีพที่เข้มแข็ง

(3) สถานะการรับรองและนัยสำคัญต่อการพัฒนา ผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมที่สุดคือการที่ทั้งสองโรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 1 ในช่วงปลายปี พ.ศ.2568 โดยโรงพยาบาลกุดรังได้รับการรับรองในวันที่ 25 กันยายน และโรงพยาบาลชื่นชมในวันที่ 27 ตุลาคม การก้าวข้ามจากโรงพยาบาลที่ไม่เคยผ่านการรับรองมาสู่ขั้นที่ 1 นี้ ถือเป็นการยืนยันว่าองค์กรได้วางรากฐาน “ระบบพื้นฐานที่สำคัญ” (Core Value & Basic Structure) ได้อย่างครบถ้วนตามเกณฑ์ของ สรพ.

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ความสำเร็จของโรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลชื่นชมเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการรับรองขั้นที่ 1 มีอายุเพียง 1 ปี (สิ้นสุดในเดือนกันยายนและตุลาคม 2569 ตามลำดับ) องค์กรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรักษาแรงขับเคลื่อน (Momentum) ในการพัฒนา โดยมุ่งเน้นการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในระดับปฏิบัติการให้เกิดความเชี่ยวชาญ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การรับรองขั้นที่ 2 ซึ่งจะต้องแสดงให้เห็นถึงการบูรณาการระบบงานและการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เข้มข้นยิ่งขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผลการเตรียมความพร้อม HA โดย สรพ. (5 หมวด) ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็นการประเมิน	โรงพยาบาลกุดรัง		โรงพยาบาลชื่นชม	
	ก่อน(%)	หลัง(%)	ก่อน(%)	หลัง(%)
1. ภาพรวมการบริหารองค์กร (I) (เต็ม 155)	70(45.2)	101(64.5)	76(49.0)	109(70.0)
2. ระบบงานที่สำคัญ (II) Patient Safety (เต็ม150)	45(30.0)	87(58.0)	47(31.0)	89(59.2)
3. กระบวนการดูแลผู้ป่วย (III) Process of Care (เต็ม 90)	49(54.4)	53(58.9)	48(53.3)	54(60.0)
4. ผลลัพธ์ (IV) CQI & Learning Organization (เต็ม 30)	11(36.6)	18(60.0)	11(36.6)	16(53.3)
รวม	**33.3**	**48.3**	**33.9**	**48.5**





วิจารณ์

1) การขับเคลื่อนคุณภาพสถานพยาบาลสู่การรับรองมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์สภาวะการณ์อย่างรอบด้าน จากการศึกษาสถานการณ์ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม พบว่าข้อจำกัดสำคัญที่ขัดขวางการบรรลุมาตรฐานประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Alshammari[8] ที่ระบุว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กมักเผชิญกับความท้าทายด้านทรัพยากรบุคคลและองค์ความรู้ โดยเฉพาะภาระงาน

ที่เกินขีดความสามารถ (Workload) และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อมาตรฐานคุณภาพ ทำให้บุคลากรขาดแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในมิติของระบบงานและกระบวนการ ปัญหาความซับซ้อนและการทำงานแบบแยกส่วน (Fragmented Care) ถือเป็นอุปสรรคสำคัญ ซึ่ง Hinchcliff et al.[9] ได้อภิปรายว่า ระบบสารสนเทศและการจัดการข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าระบบงานและกระบวนการเป็นหนึ่งในปัญหาหลักที่ต้องได้รับการแก้ไขผ่านรูปแบบการเตรียมความพร้อมที่เป็นรูปธรรม เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว รูปแบบการพัฒนาความพร้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกลไกพลังเครือข่ายและการขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ IQV (Internal Quality Visualization) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการทลายข้อจำกัดด้านกลไกสนับสนุนและเครือข่าย การใช้ทีมพี่เลี้ยง (Mentoring) จากโรงพยาบาลมหาสารคามช่วยให้เกิดการแบ่งปันทรัพยากรและองค์ความรู้ ซึ่งประคอง วงศ์ประสิทธิ์ และธนพล บุญประคอง[10] ยืนยันว่าเครือข่ายพี่เลี้ยงที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาคุณภาพได้รวดเร็วกว่าการดำเนินงานโดยลำพัง

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนที่สุดหลังกระบวนการพัฒนาคือด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์กร โดยพบว่าระดับการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวมเพิ่มขึ้นสู่ระดับมากที่สุดผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sfantou et al.[11] ที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) ภายในองค์กร ส่งผลให้โรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลชื่นชมสามารถยกระดับคะแนนความพร้อมในหมวด Patient Safety และกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Process of Care) จนผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 1 ได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2568

2) รูปแบบการพัฒนาความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชน ที่ค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่บูรณาการแนวคิดการบริหารจัดการสมัยใหม่เข้ากับบริบทจำเพาะของระบบสาธารณสุขไทย โดยสามารถอภิปรายผลผ่านองค์ประกอบ 4 ขั้นตอนสำคัญ ดังนี้ ประการแรกกลไกพลังเครือข่ายและความร่วมมือ (Network Synergy) ถือเป็นรากฐานสำคัญในการขับเคลื่อนคุณภาพในระดับจังหวัด ผลการวิจัยที่พบว่าการรวมตัวเป็นเครือข่ายช่วยส่งเสริมความพร้อมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Greenfield et al.[12] ที่เสนอว่ากระบวนการรับรองมาตรฐาน (Accreditation) จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัย “ระบบสนับสนุนจากภายนอก” (External Support Systems) การมีทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และทรัพยากรที่จำกัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ มะลิวัลย์ และคณะ[13] ที่เน้นย้ำว่าเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัดเป็นตัวแปรสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านศักยภาพระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชน ประการที่สอง การขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ IQV (Internal Quality Visualization) เป็นกลวิธีที่เปลี่ยนเป้าหมายคุณภาพที่เป็นนามธรรมให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน (Visualization) ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[14] ที่มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลหน้างานเพื่อการประเมินตนเอง กระบวนการ IQV ช่วยให้บุคลากรเห็นภาพรวมของปัญหาและความสำเร็จร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อเป้าหมายองค์กร ซึ่ง Braithwaite et al.[15] ระบุว่าการทำให้ผลลัพธ์คุณภาพมีความชัดเจนและตรวจสอบได้ (Transparency) จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ประการที่สาม การบูรณาการเสาหลักการพัฒนา 4 มิติ (ด้านคน ระบบ เครือข่าย และผู้นำ) สะท้อนถึงการจัดการเชิงองค์รวม (Holistic Management) ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาที่ไม่แยกส่วนช่วยให้โรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลชื่นชมมีความพร้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization[16] ที่ระบุว่าการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขต้องอาศัยการประสานงานขององค์ประกอบพื้นฐาน (Building Blocks)

อย่างเป็นเอกภาพ โดยเฉพาะภาวะผู้นำที่ต้องสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในทุกระดับ สอดคล้องกับที่วิชัย เทียนถาวร[17] อภิปรายไว้ว่า ผู้นำที่เน้นการสนับสนุน (Supportive Leadership) จะเป็นแรงผลักดันให้เสาหลักด้านอื่น ๆ มั่นคงยิ่งขึ้น

สุดท้ายผลลัพธ์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Outcomes) คือปลายทางที่พิสูจน์ความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาการที่โรงพยาบาลทั้งสองแห่งได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 1 ในปี พ.ศ. 2568 ท่ามกลางข้อจำกัดด้านทรัพยากร เป็นเครื่องยืนยันว่ารูปแบบการเตรียมความพร้อมนี้มีประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ ดังที่ Sfantou et al.[12] ได้สรุปไว้ว่ารูปแบบการจัดการคุณภาพที่ชัดเจนและมีลำดับขั้นตอนจะส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และความยั่งยืนของระบบงานคุณภาพ

3) ผลการวิจัยในระยะประเมินผลสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จเชิงประจักษ์ของการประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาความพร้อม โดยพบว่าระดับการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Braithwaite et al.[15] ที่ระบุว่าการรับรองมาตรฐานคุณภาพ (Accreditation) มิได้เป็นเพียงการผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่คือกระบวนการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารจัดการ (Structural Reorganization) ที่ส่งผลให้ระบบงานมีความชัดเจนและลดความเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ การที่ระดับการเรียนรู้ตามกระบวนการ Quality Learning Network (QLN) อยู่ในระดับมาก ยังแสดงให้เห็นถึงการอุบัติขึ้นของวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้โรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลชื่นชมสามารถบรรลุการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 1 ได้ในปี พ.ศ.2568

ในมิติของการเรียนรู้ผ่านเครือข่าย ความสำเร็จนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Greenfield et al.[12] ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินงานภายใต้เครือข่ายความร่วมมือเชิงกลยุทธ์ (Collaborative Strategic Networks) จะมีขีดความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่มาตรฐานคุณภาพได้ดีกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินงานแบบเอกเทศ เนื่องจากเครือข่ายช่วยทำหน้าที่เป็น “กลไกส่งผ่านความรู้” (Knowledge Transfer Mechanism) ที่ช่วยลดระยะเวลาในการลองผิดลองถูก เช่นเดียวกับผลการศึกษาในบริบทของไทยโดยสมใจ มะลิวัลย์ และคณะ[13] ที่ยืนยันว่าระดับการเรียนรู้ของบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะเมื่อมีการสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง (Mentoring Team) ที่มีความเชี่ยวชาญ

นอกจากนี้ การได้รับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 1 ของทั้งสองโรงพยาบาล ท่ามกลางบริบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ยังสามารถอภิปรายได้ตามแนวคิดของ World Health Organization[16] ในประเด็นเรื่องความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ (Health System Resilience) ซึ่งระบุว่าการวางระบบบริหารจัดการที่เข้มแข็ง (Strong Governance) และการมีส่วนร่วมของบุคลากรผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Institutional Learning) เป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้สถานพยาบาลสามารถยกระดับมาตรฐานบริการได้แม้ภายใต้สภาวะกดดัน ผลคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงทั้งในด้านการบริหารจัดการและการเรียนรู้จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญ (Key Performance Indicator) ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมจาก “การทำงานตามหน้าที่” ไปสู่ “การทำงานบนฐานความรู้ และความปลอดภัย”

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการเตรียมตัวเพื่อรับการประเมิน (Preparation for Audit) ไปสู่การสร้าง”วัฒนธรรมคุณภาพเชิงระบบ” (Systemic Quality Culture) โดยมีกลไกพลังเครือข่ายและความร่วมมือเป็นรากฐานสำคัญ ผ่านโครงสร้างแบบ “แม่ข่าย-ลูกข่าย” (Parent-Child Hospital Network) กลไกนี้ทำหน้าที่เป็นตัวเร่งการเรียนรู้ (Catalyst) ที่ช่วยปิดช่องว่างด้านองค์ความรู้ในโรงพยาบาลระดับ F2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า มิติด้านเครือข่ายและความร่วมมือมีค่าเฉลี่ยความสำเร็จสูงที่สุด นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด IQV (Improvement, Quality, Value) ยังเป็นจุดเด่นที่ช่วยให้การประเมินตนเอง (SAR) ของบุคลากรสะท้อนข้อเท็จจริงจากการปฏิบัติงานจริง

(Evidence-Based Reporting) แทนการจัดทำเอกสารเพียงเพื่อรับการตรวจ การที่ผลลัพธ์การบริหารองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” โดยเฉพาะด้านการนำองค์กร สะท้อนว่ารูปแบบนี้สามารถกระตุ้นให้ผู้บริหารขับเคลื่อนวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ข้อจำกัดและข้อพิจารณาเชิงวิชาการแม้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลให้โรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลชื่นชมผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ขั้นที่ 1 ได้สำเร็จในปี พ.ศ.2568 แต่การวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ประการแรกคือความยั่งยืนของพลวัตการเรียนรู้ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นของทีมพี่เลี้ยง หากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีภาระงานสูงหรือมีการหมุนเวียนบุคลากรบ่อยครั้ง อาจส่งผลให้ระบบ Coaching หยุดชะงักได้ ประการต่อมา ผลการวิจัยพบว่ามิติด้าน “การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้” ยังมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างน้อยกว่าด้านอื่น ๆ สิ่งนี้บ่งชี้ว่าระบบสารสนเทศและการนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจยังเป็นช่องว่างที่ต้องการการพัฒนาในระดับที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น นอกจากนี้ความท้าทายในเรื่องทัศนคติของบุคลากรบางส่วนที่ยังมองว่างานคุณภาพเป็นภาระงานเพิ่ม (Paper-driven) ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ฝังรากลึกในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. ก้าวย่างในการพัฒนาคุณภาพ: แนวทางสู่ HA & HPH. พิมพ์ครั้งที่ 15. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2561.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2565.
3. World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. โกเมธ นาควรรณกิจ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(5):845-56.
5. สิริลักษณ์ ถีระแก้ว. ปัญหาและอุปสรรคของการจัดทำรายงานการประเมินตนเอง (SAR) ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;6(2):211-25.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2567. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
7. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานความรู้ความสามามารถ ทักษะและสมรรถนะที่จำเป็น สำหรับตำแหน่งข้าราราชการพลเรือนสามัญ สป.สธ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8. Alshammari M. Challenges in Implementing Healthcare Quality Standards in Community Hospitals: A Systematic Review. Int J Health Care Qual Assur. 2020;33(5):341-56.
9. Hinchcliff R, Greenfield D, Braithwaite J. Is accreditation worth it? A mixed-methods study of the impacts of implementing international standards in Australian hospitals. Health Policy. 2020;124(11):1190-200.
10. ประคอง วงศ์ประสิทธิ์, ธนพล บุญประคอง. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายพี่เลี้ยงเพื่อส่งเสริมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):612-25.
11. Sfantou D F, Laliotis A, Patelarou A E, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2017;5(4):73.
12. Greenfield D, Hinchcliff R, Pawsey M, Braithwaite J.

The extent to which accreditation standards are achieved in Australian healthcare organizations. Int J Health Care Qual Assur. 2019;24(11):680-92.

13. สมใจ มะลิวัลย์, วิลาวัณย์ ชลไพรพิมลรัตน์, สุธีรา สดใส. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566;16(2):45-58.
14. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2567.
15. Braithwaite J, Lepine R, Greenfield D, Hinchcliff R, Moldovan M. Different perspectives on accreditation: looking from the outside in, the inside out, and the middle out. Int J Health Care Qual Assur. 2020;26(1):45-54.
16. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2020.
17. วิชัย เทียนถาวร. ภาวะผู้นำกับการบริหารจัดการคุณภาพโรงพยาบาลในยุคดิจิทัล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566.

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

Result of using guidelines for alcohol withdrawal patients in Srisomdet Hospital, Roi-Et province

วีระยุทธ ลือโสภา*

Weerayut Luesopa

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

(Received: January 10, 2025; Revised: January 18, 2025; Accepted: February 18, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและเก็บข้อมูลด้านกระบวนการก่อนพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 - 31 ตุลาคม 2567 และทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าร่วมกับการศึกษาจากเวชระเบียนหลังพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 - 31 ตุลาคม 2568 โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา CIWA-AR และแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปและใช้สถิติอนุมาน Chi-square ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการและคลินิก

ผลการวิจัย : ผลลัพธ์ในด้านการเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ หลังการพัฒนาระบบมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ใน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การใช้เครื่องมือคัดกรอง ASSIST-Thai ($\chi^2=33.491$) (2) การจัดการความเสี่ยง ($\chi^2=30.461$) (3) การประเมิน CIWA-AR ในผู้ป่วยใน ($\chi^2=15.125$) (4) การปฏิบัติตาม Standing order ($\chi^2=22.213$) และ (5) การให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย ($\chi^2=33.162$) ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยและสาเหตุการส่งต่อไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) และผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (73.68% เป็น 20.69%, $\chi^2=11.173$, $p<.001$) และ (2) การเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 1 เดือน ในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (57.89% เป็น 13.79%, $\chi^2=8.441$, $p=.004$) ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การผูกยึด การพลัดตกเตียง และผลการติดตามการบำบัด ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์มาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มคุณภาพในกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองที่เป็นระบบด้วย ASSIST-Thai การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา การประเมินอาการด้วย CIWA-Ar การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order และการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย

คำสำคัญ : ผลลัพธ์; แนวทาง; ผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

Abstract

Purposes : To compare the process and clinical outcomes in treating patients with alcohol withdrawal syndrome at Srisomdej Hospital, Roi Et Province.

Study design : Analytical study.

Materials and Methods : A retrospective study of medical records and data collection on processes prior to system development was conducted between 1 April 2024-31 October 2024 A prospective study was also conducted in conjunction with a study of medical records after system development between 1 April 2025-31 October 2025 the developed clinical practice guidelines for treating patients with alcohol withdrawal symptoms, the CIWA-AR alcohol withdrawal symptom assessment scale, and a developed data collection form were used. Descriptive statistics are used to present general information, and inferential Chi-square statistics are used to compare process and clinical outcomes.

Main findings : The results in comparing the processes of treating patients with alcohol withdrawal syndrome at Sri Somdej Hospital, Roi Et Province, after system development, showed statistically significant improvements ($p < .001$) in 5 indicators These include (1) use of the ASSIST-Thai screening tool ($\chi^2=33.491$), (2) risk management ($\chi^2=30.461$), (3) CIWA-AR assessment in patients ($\chi^2=15.125$), (4) compliance with Standing order ($\chi^2=22.213$), and (5) pre-discharge counseling ($\chi^2=33.162$). There was no statistically significant difference ($p = 1.000$) in patient referrals and reasons for referral, and clinical outcomes in treating patients with alcohol withdrawal syndrome at Srisomdej Hospital, Roi Et Province, were found to be after the system development, clinical outcomes were significantly improved in two indicators: (1) the incidence of alcohol withdrawal at first admission in outpatients was significantly reduced (73.68% to 20.69%, $\chi^2=11.173$, $p<.001$) and (2) the incidence of alcohol withdrawal symptoms at 1 month post-treatment in outpatients was significantly reduced (57.89% to 13.79%, $\chi^2=8.441$, $p=.004$). Other indicators, including the occurrence of complications, restraints, falls from bed, and treatment follow-up outcomes, did not differ significantly statistically ($p > .05$).

Conclusion and recommendations : This study demonstrates that implementing clinical practice guidelines for alcohol withdrawal patients in community hospitals can improve the quality of care processes and patient outcomes. Specifically, this includes systematic screening with ASSIST-Thai, managing risk from alcohol-related problems, assessing symptoms with CIWA-Ar, adhering to guidelines/standing orders, and pre-discharge counseling.

Keywords : Results; Guidelines; Patients with alcohol withdrawal

*Registered Physician Professional Level, Srisomdet Hospital.

บทนำ

ปัญหาการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรามาระยะเวลาหนึ่ง เป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาหรือสภาวะทางจิตใจ จะมีอาการเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณการดื่มลง โดยในผู้ป่วยติดสุรา สุราเรื้อรัง ในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่น การลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรากะทันหัน ระบบต่างๆ ของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุราขึ้น โดยอาการขาดสุราที่ตามมาอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ Delirium เดิมรู้จักกันดีในชื่อ Delirium tremens (DTs) ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน[1]

ผลกระทบของภาวะถอนพิษสุรา ส่งผลให้เกิดการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 10 ใน 20% ของผู้ที่มีอาการถอนพิษสุราทั้งหมด โดยเหตุผลสำคัญที่ต้องดูแลภาวะถอนพิษสุรานั้น เนื่องจาก ภาวะนี้ส่งผลต่อการเสียชีวิตได้[2] โดยอาการถอนพิษสุราที่พบได้บ่อยหลังหยุดดื่ม คือ อาการสั่น (Tremulousness) อาการทางจิต (Psychotic) และอาการรับรู้ผิดปกติ (Perceptual symptoms) หลังจากนั้นอาจเกิดอาการชัก (Seizures) และอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรง (Delirium tremens, DTs) ขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม เกิดอาการอาการกระสับกระส่าย สั่น สบสนในการรับรู้ ประสาทหลอดตลอดเวลา มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ และความดันโลหิตขึ้นสูง[3] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนเอะอะ โวยวาย เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ต้องมีการผูกยึดผู้ป่วยเอาไว้ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยภาวะถอนพิษสุราทำให้มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30[4] โดยปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุรา คือ พฤติกรรมการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการถอนพิษสุรา ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละวัน ดื่มมานานมากกว่า 5 ปี เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs) มีประวัติมีอาการขาดสุราในขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน มีปัญหาโรคทางกายอื่นหรือได้รับการบาดเจ็บร่วมด้วย มีภาวะเมาสุราตลอดเวลา มีประวัติการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที เป็นต้น การดื่มสุรามีผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมรวมทั้งภาวะเศรษฐกิจ การบริโภคแอลกอฮอล์มีผลโดยตรงต่อการทำงานของตับ ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ทำให้ตับอักเสบและตับแข็ง นอกจากนี้ยังทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลง อ่อนแอ เกียจคร้าน ไม่รับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัว รวมทั้งขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ทางด้านจิตใจ พบว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ฟุ้งซ่าน กังวล มึนงง ขาดความสุข ส่งผลทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น ขาดความสุขในครอบครัว ทำให้เด็กมีปัญหา ทำให้เกิดปัญหาทางด้านโจรกรรมและอาชญากรรมเพราะไม่มีเงินมาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะทำให้เกิดการชิงทรัพย์ จี้ปล้น ลักขโมย รวมทั้งการข่มขืนกระทำชำเราและฆ่าคนตาย[5] นอกจากนั้นการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ประเทศไทยเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นลำดับสูงสุด 20 อันดับแรกจาก 175 รายโรคเฉพาะ ในปี พ.ศ. 2562 โดยเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ คิดเป็นร้อยละ 1.5 ในเพศชาย และร้อยละ 1.7 ในเพศหญิง[6]

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศรีสมเด็จเป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 30 เตียง จากการทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะถอนพิษสุรา ที่นอนรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย พ.ศ.2564-2566 ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น คือ จำนวน 48 คน 62 คน และ 85 คน ตามลำดับ โดยพบอุบัติการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะ

ถอนพิษสุรา คือ ผู้ป่วยหลบหนีจากการรักษา ผู้ป่วยถอนพิษสุรามีอาการสับสนงุนงงมากขึ้นหลังพ้นระยะวิกฤติ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการได้รับการผูกยึดและหกล้ม ผู้ป่วยพลัดตกเตียง ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเกิดอาการชัก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด ประสาทหลอน ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลศรีสมเด็จได้มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราในระดับโรงพยาบาล ใน 4 มาตรการ ได้แก่ 1) การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและบำบัดแบบสั้น 2) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา การประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS 3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และ 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา[7] ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการรรักษาผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุราลดลง มีการคัดกรองผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น แต่ยังขาดการศึกษาในด้านประสิทธิผลของผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการและทางด้านคลินิกในด้านจำนวนวันนอน การส่งต่อ การติดตามผลลัพธ์ทางด้านการเข้ารับการบำบัด การติดตามการเสียชีวิต การเข้าถึงบริการ และลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นโรงพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติในการประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-IR ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในด้านประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จขึ้นโดยทำการเปรียบเทียบแนวปฏิบัติเดิมและแนวปฏิบัติใหม่ เพื่อเป็นการประเมินผลในด้านการใช้แนวทางปฏิบัติที่มี และสามารถที่จะนำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไปพัฒนาต่อยอดในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราดีขึ้น ครอบคลุมสามารถนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) โดยทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของแนวทางปฏิบัติเดิมกับแนวทางปฏิบัติใหม่ โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนร่วมกับการเก็บข้อมูลด้านกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนพัฒนาระบบ ในระหว่าง 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2567 และ ทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าหลังพัฒนาระบบ ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน ในระหว่าง 1 เมษายน 2568 - 31 ตุลาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสมเด็จทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2567 และตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2568-31 ตุลาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลา 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2568 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละปีมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนดทั้งหมด โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยมีอายุเท่ากับหรือ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2568 และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10[8] ว่าเป็นผู้ที่ดื่มสุราแบบผิดแผน (Alcohol abuse: F10.1) ผู้ที่ติดสุรา (Alcohol dependence : F10.2) ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal: F10.3) ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา (Alcohol withdrawal state with delirium: F10.4) ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิตเนื่องมาจากการใช้สุรา (Mentaland behavioral disorders due to use of alcohol:

psychotic disorder: F10.5)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคมะเร็ง และผู้ป่วย Palliative care และผู้ป่วยที่ Refer ไปรับการรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ปีงบประมาณ 2566 และ 2567[9]

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา คือ แบบประเมิน CIWA-AR (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version)[10] และแบบคัดกรองปัญหาผู้ที่ดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai[11]

3. แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในด้านกระบวนการและการติดตามผลลัพธ์ทางด้านคลินิกซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบติดตามข้อมูลผลลัพธ์ด้านกระบวนการของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 3 แบบติดตามข้อมูลผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา ด้วยวิธีการหาค่า IOC ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน และเภสัชกร 1 คน มีค่าเท่ากับ 0.68

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการยื่นขอจริยธรรมผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2. ผู้วิจัยประสานการดำเนินงานทำวิจัยร่วมกับพยาบาลคลินิกจิตเวชและยาเสพติด รพ.ศรีสมเด็จ ทำการจัดประชุมในระดับทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อาการถอนพิษสุราขึ้นใหม่ในปี พ.ศ.2567 การนำไปใช้ในระดับโรงพยาบาล และการจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

3. ผู้วิจัยทำการขออนุญาตขอใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล HOS-XP จากหน่วยงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ และอนุมัติขอใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2567 (ก่อนพัฒนาระบบ)

4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมแบบไปข้างหน้าในระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568-31 ตุลาคม 2568 ด้วยแบบติดตามข้อมูลที่พัฒนาขึ้น

5. ทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้สถิติพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-sqaure ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยเลขที่ COE1762567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักที่สำคัญ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ผลลัพธ์ในด้านการเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด และ 3) ผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังพัฒนาระบบ ทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 97.22% และ 97.87% ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยก่อนพัฒนาระบบ 44.56±11.97 ปี และหลังพัฒนาระบบ 42.79±13.33 ปี ทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบมีสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง 69.44% และ 82.98% ตามลำดับ ประเภทเครื่องดื่มที่ดื่มเป็นส่วนใหญ่ คือ เหล้าขาว 88.89% และ 82.98% ตามลำดับ ระยะเวลา

การดื่มแอลกอฮอล์ 55.56% และ 68.09% ตามลำดับ โดยมีความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ เป็น 5 วัน คือ 38.89% และ 40.43% ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีการใช้สารเสพติดร่วมกับแอลกอฮอล์ คือ 61.11% และ 68.09% ตามลำดับ ก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุราเป็นพิษเฉียบพลัน (F100) และเป็นผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (F103) โดยมีร้อยละเท่ากัน คือ 41.67% ส่วนหลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (F103) คือ 36.17% และผู้ป่วยที่เข้ามารักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกในทั้งสองกลุ่ม คือ 52.78% และ 61.70% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36	หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47
เพศ		
ชาย	35(97.22)	46(97.87)
หญิง	1(2.78)	1(2.13)
อายุเฉลี่ย	อายุเฉลี่ย 44.56±11.97 ปี	อายุเฉลี่ย 42.79±13.33 ปี
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	25(69.44)	39(82.98)
ประกันสังคม	7(19.44)	6(12.77)
เบิกได้/จ่ายตรง	4(11.12)	2(4.26)
ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เหล้าขาว	32(88.89)	39(82.98)
เบียร์	4(11.11)	8(17.02)
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์		
1-10 ปี	20(55.56)	32(68.09)
11-20 ปี	13(36.11)	12(25.53)
21-30 ปี	3(8.33)	3(6.38)
ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์		
2 วันต่อสัปดาห์	9(25.00)	7(14.89)
5 วันต่อสัปดาห์	14(38.89)	19(40.43)
6 วันต่อสัปดาห์	10(27.78)	16(34.04)
7 วันต่อสัปดาห์	3(8.33)	5(10.64)
สารเสพติดที่ใช้ร่วมกับการดื่มสุรา		
ยาบ้า	6(16.67)	4(8.51)
บุหรี่	8(22.22)	11(23.40)
ไม่มี	22(61.11)	32(68.09)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36	หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47
การวินิจฉัย (ICD10)		
ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุราเป็นพิษเฉียบพลัน (F100)	15(41.67)	12(25.53)
การดื่มสุราแบบผิดแผน (F101)	0(0.00)	4(8.51)
ผู้ที่ติดสุรา (F102)	5(13.89)	11(23.40)
ผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (F103)	15(41.67)	17(36.17)
ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา (F104)	0(0.00)	1(2.13)
ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิตเนื่องมาจากการการใช้สุรา (F105)	1(2.78)	2(4.26)
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยนอก (OPD)	19(52.78)	29(61.70)
ผู้ป่วยใน (IPD)	17(47.22)	18(38.30)

2. ผลลัพธ์ในด้านการเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หลังการพัฒนาระบบ มีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ใน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การใช้เครื่องมือคัดกรอง ASSIST-Thai (χ^2=33.491) (2) การจัดการความเสี่ยง (χ^2=30.461) (3) การประเมิน CIWA-AR ในผู้ป่วยใน (χ^2=15.125) (4) การปฏิบัติตาม Standing order (χ^2=22.213) และ (5) การให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย (χ^2=33.162) ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยและสาเหตุการส่งต่อไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์การเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ	ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36	หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47	χ^2/ Fisher's	df	p
การใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาผู้ที่ดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai			33.491	1	<.001
ปฏิบัติ	6(16.67)	39(82.98)			
ไม่ปฏิบัติ	30(83.33)	8(17.02)			
การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา			30.461	1	<.001
ดำเนินการ	10 (27.78)	42(89.36)			
ไม่ดำเนินการ	26(72.22)	5(10.64)			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ	ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36	หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47	χ^2/ Fisher's	df	p
การประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วย CIWA-AR (ในผู้ป่วยใน)	n=17	n=18	15.125	1	<.001
ปฏิบัติ	3(17.65)	16(88.89)			
ไม่ปฏิบัติ	14(82.35)	2(11.11)			
การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/ Standing order			22.213	1	<.001
ปฏิบัติ	16(44.44)	44(93.62)			
ไม่ปฏิบัติ	20(55.55)	3(6.38)			
การส่งต่อผู้ป่วย			Fisher's	-	1.000
ส่งต่อ	4(10.00)	5(16.67)			
รักษาต่อเนื่องที่ รพ.ศรีสมเด็จ	26(86.67)	25(83.33)			
สาเหตุของการส่งต่อ			Fisher's	-	1.000
มีอาการชัก	1(2.78)	0(0.00)			
มีภาวะสับสน	1(2.78)	1(2.13)			
ภาวะขาดสุราที่รุนแรง	1(2.78)	0(0.00)			
การให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย			33.162	1	<.001
ปฏิบัติ	7(19.44)	40(85.11)			
ไม่ปฏิบัติ	29(80.56)	7(14.89)			

3. ผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด พบว่าหลังการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (73.68% เป็น 20.69%, χ^2=11.173, p<.001) และ (2) การเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 1 เดือน ในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (57.89% เป็น 13.79%, χ^2=8.441, p=.004) ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การผูกยึด การพลัดตกเตียง และผลการติดตามการบำบัด ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์การเปรียบเทียบด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ตัวชี้วัดด้านคลินิก	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	χ^2	df	p
	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ผู้ป่วยนอก	**n=19**	**n=29**			
การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับ			11.173	1	<.001
เกิด	14(73.68)	6(20.69)			
ไม่เกิด	5(26.32)	13(44.83)			
การเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 1 เดือน			8.441	1	0.004
เกิด	11(57.89)	4(13.79)			
ไม่เกิด	8(42.11)	25(86.21)			
ผู้ป่วยใน	**n=17**	**n=18**			
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง (Withdrawal symptom)			1.513	1	.219
จากนอนโรงพยาบาล	7(41.18)	3(16.67)			
เกิดภาวะแทรกซ้อน	10(58.82)	15(83.33)			
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน					
อาการของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน			-	-	ดูข้อมูลในข้อก่อนหน้า
มีอาการชัก	2(11.76)	1(5.56)			
แขนขาอ่อนแรง ภาวะเกลือแร**ใน ร่างกายผิดปกติ**	1(5.88)	1(5.56)			
ใจสั่น มือสั่น					
แน่นหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียน	2(11.76)	1(5.56)			
ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ปลุกไม่ตื่น	1(5.88)	0(0.00)			
	1(5.88)	0(0.00)			
การได้รับการผูกยึดในช่วง Withdrawal	3(17.65)	2(11.11)	Fisher's	-	.658
ได้รับการผูกยึด	14(82.35)	16(88.89)			
ไม่ได้รับการผูกยึด					
การพลัดตกเตียง			Fisher's	-	1.000
ผู้ป่วยพลัดตกเตียง	2(11.76)	2(11.11)			
ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง	15(88.24)	16(88.89)			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวชี้วัดด้านคลินิก	ก่อนพัฒนา จำนวน (%)	หลังพัฒนา จำนวน (%)	χ^2	df	p
ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรากลับเป็นซ้ำหลังครบ Regimen			0.245	1	0.621
มีอาการ	5(29.41)	3(16.67)			
ไม่มีอาการ	12(70.59)	15(83.33)			
การติดตามการบำบัดภาพรวม	**n=36**	**n=47**			
ผลลัพธ์การติดตามการบำบัดสุรา			Fisher's	-	0.132
เลิกดื่ม	1(2.78)	6(12.77)			
กลับมาดื่มใหม่อีกครั้งในช่วง 3 เดือน	35(97.22)	41(87.23)			

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) สำหรับผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรามาใช้ที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จ โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในด้านกระบวนการการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา พบว่า ตัวชี้วันในด้านกระบวนการ 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ การคัดกรองด้วย ASSIST-Thai การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา การประเมินด้วย CIWA-Ar การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order และการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงหลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการการใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาผู้ที่ดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 16.67% เป็น 82.98% (χ^2=33.491, p<.001) แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามกระบวนการคัดกรองได้อย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ American Society of Addiction Medicine (ASAM) Clinical Practice Guideline ปี 2020 ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการคัดกรอง (Universal screening) โดยการใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรง เช่น ASSIST[11] ซึ่งเครื่องมือ ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) เป็นเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีความไว (Sensitivity) 54-97% และความจำเพาะ (Specificity) 50-96%[12-13] เครื่องมือชนิดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงในหลายประเทศและหลายกลุ่มประชากร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเฉลี่ยอยู่ที่ 0.89[12] ดังนั้นการนำ ASSIST-Thai มาใช้ในบริบทของประเทศไทย จะช่วยให้สามารถระบุผู้ป่วยที่ต้องการการแทรกแซงเบื้องต้น (Brief intervention) หรือการส่งต่อรักษาได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าการคัดกรองอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาล Michigan พบว่า การใช้ universal screening ช่วยลดอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยไป ICU และลดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์[14]

ในด้านการจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา พบว่า อัตราการจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 27.78% เป็น 89.36% (χ^2=30.461, p<.001) เนื่องจากเป็นการสะท้อนถึงการดำเนินการแทรกแซงเชิงรุก (proactive intervention) หลังจากการคัดกรองพบความเสี่ยง เช่น การให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์, การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และ

วิธีป้องกัน, การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทาง ตลอดจนการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการคัดกรองด้วยรูปแบบScreening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งการจัดการความเสี่ยงจากภาวะถอนพิษสุรานี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเริ่มต้นในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา[11,15] ในด้านการประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วย CIWA-Ar ในผู้ป่วยใน พบว่า อัตราการประเมินด้วย CIWA-Ar ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 17.65% เป็น 88.89% (χ^2=15.125, p<.001) ซึ่งมีความสำคัญ คือ การใช้Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรานั้น ถือเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ประกอบด้วย 10 รายการประเมิน ได้แก่ คลื่นไส้/อาเจียน ตัวสั่น เหงื่อออก ความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย ปวดศีรษะ การรับรู้ทางประสาทสัมผัส และการรู้สึกตัวเอง โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาทีในการประเมิน[16] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Melkonian et al.[17] พบว่า การนำ CIWA-Ar protocol มาใช้ทั้งโรงพยาบาลส่งผลให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลงจาก 7.15 วัน เป็น 5.7 วัน (p=.02) ความต้องการ ICU consultation ลดลงจาก 34.1% เป็น 22.1% (p=.01) และอุบัติการณ์ Respiratory failure ลดลงจาก 13.8% เป็น 6.9% (p=0.04) แต่มีการศึกษาบางชิ้นรายงานผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกไม่พบความแตกต่างของระยะเวลานอนโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้ CIWA-Ar[18] ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะประชากรผู้ป่วย ความรุนแรงของภาวะถอนแอลกอฮอล์ และความพร้อมของบุคลากรในการใช้เครื่องมือประเมิน ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order พบว่า อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 44.44% เป็น 93.62% (χ^2=22.213, p<.001) ซึ่ง Standing order เป็นคำสั่งแพทย์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าตามแนวทางปฏิบัติ จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การรักษาได้ทันทีตามอาการของผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ทุกครั้ง การใช้ Standing order ร่วมกับ CIWA-Ar ช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[19] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่าการใช้ Standing order ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดระยะเวลาในการรอรับการรักษา และเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน[16,20] อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Eloma et al.[21] พบว่าการใช้ CIWA-Ar ที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือไม่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างครบถ้วน อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับยาเบนโซไดอะซีปีนได้ ในด้านการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย พบว่า อัตราการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 19.44% เป็น 85.11% (χ^2=33.162, p<.001) ซึ่งการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนแอลกอฮอล์และวิธีป้องกัน, การชี้แจงเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้าน, การนัดติดตามผลและการเชื่อมโยงไปยังบริการบำบัดฟื้นฟู, การให้ข้อมูลติดต่อในกรณีฉุกเฉิน และการให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีความสำคัญต่อการป้องกันการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำและเป็นการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ASAM guideline ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงผู้ป่วยไปรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Seamless connection to treatment services) รวมถึงการใช้วิธี “Warm handoff” ซึ่งหมายถึงการประสานงานโดยตรงกับผู้ให้บริการบำบัดฟื้นฟูก่อนจำหน่ายผู้ป่วย[11] การศึกษาพบว่าการได้รับ Brief intervention และการเชื่อมโยงไปยังบริการบำบัดฟื้นฟูช่วยเพิ่มอัตราการเลิกดื่มและลดการรับไว้รักษาซ้ำ[22-23]

ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยนอก จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราลดลงเมื่อแรกรับ (ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับภาวะถอนพิษ ณ วันที่เก็บข้อมูล) และผู้ป่วยมีภาวะการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 3 เดือนลดลง ในด้านการเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับ พบว่า อัตราการเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับในผู้ป่วยนอกลดลง

อย่างมีนัยสำคัญจาก 73.68% เป็น 20.69% (χ^2=11.173, p<.001) การลดลงน่าจะเป็นผลมาจากการคัดกรองและการจัดการความเสี่ยงที่ดี (การแทรกแซง) ขึ้นโดยการคัดกรองด้วย ASSIST-Thai ช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะถอนแอลกอฮอล์ได้แม่นยำขึ้น การจัดการความเสี่ยง ทำให้เกิดกระบวนการให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับวิธีลดความเสี่ยงจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การแนะนำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ซึ่งอาจส่งผลให้สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่เหลือมีความรุนแรงน้อยลง) และการให้ยาป้องกัน (Prophylactic medication) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงบางราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าการคัดกรองและการแทรกแซงเบื้องต้นช่วยลดความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การศึกษาของ Williams et al.[14] พบว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่รุนแรง จะช่วยลดอุบัติการณ์ของการส่งต่อไป ICU ในด้านการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 3 เดือน พบว่า อัตราการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 3 เดือนในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 57.89% เป็น 13.79% (χ^2=8.441, p=.004) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิภาพของการรักษาในครั้งแรกที่ดีขึ้น การให้คำปรึกษาและการศึกษาผู้ป่วยที่ครบถ้วนมากขึ้น (อัตราเพิ่มขึ้นเป็น 85.11%) มีการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศแบบ Meta-analysis ที่พบว่า การให้ Brief intervention และการเชื่อมโยงไปยังบริการบำบัดฟื้นฟูช่วยลดอัตราการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์อีกและการรับไว้รักษาซ้ำ โดบช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ประมาณ 20-30% ในระยะติดตามผล 6-12 เดือน[22-23] ซึ่งผลลัพธ์ด้านนี้อาจจะต้องมีการทำการศึกษาในระยะยาวมากขึ้น ควรมีผลการติดตามการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูที่ต่อเนื่องของผู้ป่วย และติดตามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายด้วย

ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยใน การศึกษาครั้งนี้ พบว่าผลลัพธ์ต่างๆ ในผู้ป่วยในไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล (41.18% vs 16.67%, p=.219) การได้รับการผูกยึดในช่วง Withdrawal (17.65% vs 11.11%, p=.658) การพลัดตกเตียง (11.76% vs 11.11%, p=1.000) อาการถอนพิษสุรากลับเป็นซ้ำหลังครบ Regimen (29.41% vs 16.67%, p=.621) ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัด คือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลาที่ศึกษามีจำนวนตัวอย่างในผู้ป่วยในค่อนข้างเล็ก (n=17 ก่อนใช้แนวทาง และ n=18 หลังใช้แนวทาง) อาจไม่มีกำลังทางสถิติ (Statistical power) เพียงพอที่จะตรวจจับความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ และระยะเวลาการศึกษาอาจยังไม่ยาวพอที่จะเห็นผลกระทบต่อผลลัพธ์บางประการ ในด้านผลการติดตามการบำบัดภาพรวม พบว่า ผลลัพธ์การติดตามการบำบัดสุราไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=.132) โดยอัตราการเลิกดื่มเพิ่มขึ้นจาก 2.78% เป็น 12.77% และอัตราการกลับมาดื่มใหม่ลดลงจาก 97.22% เป็น 87.23% ถึงแม้ผลลัพธ์ภาพรวมจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการเลิกดื่มเป็นสัญญาณที่น่าสนใจ อย่างไรก็ตาม อัตราการกลับมาดื่มที่ยังคงสูง (87.23%) สะท้อนถึงความท้าทายในการรักษาภาวะติดสุรา ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง การศึกษาในต่างประเทศพบว่าอัตราการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ปีอยู่ที่ 40-60% แม้จะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม[24]ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูระยะยาว การติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่องในระยะเวลายาวนาน รวมถึงการใช้ยาสำหรับรักษาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม[25] จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราให้มีความยั่งยืนต่อไป

จุดเด่นของการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นการศึกษาที่ใช้รูปแบบการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังพัฒนาระบบ ซึ่งทำให้เห็นภาพรวมของผลการพัฒนาระบบได้อย่างชัดเจน ในด้านของตัวชี้วัดกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก มีการใช้เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ที่มีความน่าเชื่อถือและความตรงสูง และผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเกิดการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในหลายตัวชี้วัด ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้ต่อไป และข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีการควบคุมหรือวิเคราะห์ตัวแปรกวนบางตัวที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ เช่น ความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย โรคร่วมที่แตกต่างกัน หรือการสนับสนุนทางสังคม และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนควรมีการติดตามในระยะยาวที่ต่อเนื่อง

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์มาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มคุณภาพในกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองที่เป็นระบบด้วย ASSIST-Thai การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา การประเมินอาการด้วย CIWA-Ar การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order และการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ (Analytical study) เปรียบเทียบก่อนและหลังการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ ซึ่งมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรกวน (Confounding variables) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในลักษณะประชากรผู้ป่วยที่มารับบริการ ปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน การเปลี่ยนแปลงในบุคลากรหรือทรัพยากรของโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการทำการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) จะให้หลักฐานที่แข็งแกร่งกว่า อย่างไรก็ตามในบริบทของการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement) การศึกษาแบบนี้ถือว่าเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

2. จำนวนตัวอย่างและกำลังทางสถิติ จำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้ค่อนข้างจำกัด (n=36 ก่อนและ n=47 หลัง) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยใน (n=17 และ n=18) ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการตรวจจับความแตกต่างในผลลัพธ์บางประการ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่มีอุบัติการณ์ต่ำ การศึกษาในระยะยาวด้วยจำนวนตัวอย่างที่มากขึ้นจะช่วยให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น และอาจตรวจพบความแตกต่างที่มีความหมายทางคลินิกแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติไม่มากนัก

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาในอนาคตควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาว โดยเฉพาะอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู อัตราการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์อีก และคุณภาพชีวิต

2. ควรมีการศึกษาในด้านการพัฒนาระบบเชื่อมโยงไปยังการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเป็นการพัฒนาความร่วมมือกับศูนย์บำบัด การสร้างระบบติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การพัฒนากลุ่มสนับสนุนในชุมชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดและทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ได้ร่วมมือและให้การสนับสนุนในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/60/1-58.pdf.
2. Trevisan L A, Boutros N, Petrakis I L, Krystal J H. Complications of alcohol withdrawal: pathophysiological insights. Alcohol Health Res World. 1998;22(1):61-6.
3. กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2564;15(1):29-48.
4. แววตา อินชุม, พรรณวรดา สุวัน, ศิริจันทรา ศิริจันทรา, ชัยมีเขียว ชัยมีเขียว, รุ่งระวี ถนอมทรัพย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา

แบบเสี่ยง หอผู้ป่วยรวมเมตตา แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):78-87.

5. อรทัย วลีวงศ์, ทักษพล ธรรมรังสี, จินตนา จันทร์โครตแก้ว. ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น : แนวคิด สถานการณ์และช่องว่างของความรู้ของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557;8(2):111-9.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท แฮนดี เพรส จำกัด; 2566.
7. แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ i-MAP Health. 2554. เชียงใหม่: บริษัท วนิดาการพิมพ์; 2554.
8. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. ICD-10 version: 2019 search alcohol withdrawal 2019 [Internet]. [Cited 2024 Jan 20]. Available from: https://icd.who.int/browse10/2019/en.
9. โรงพยาบาลศรีสมเด็จ. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ปีงบประมาณ 2566 และ 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลศรีสมเด็จ; 2567.
10. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
11. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. J Addict Med. 2020;14(3S Suppl 1):1-72.
12. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction. 2002;97(9):1183-94.
13. Humeniuk R, Ali R, Babor T F, Farrell M, Formigoni M L, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction. 2008;103(6):1039-47.
14. Williams D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol-withdrawal syndrome. Alcohol Alcohol. 2001;36(2):104-8.
15. Babor T F, McRee B G, Kassebaum P A, Grimaldi P L, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abus. 2007;28(3):7-30.
16. Sullivan J T, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo C A, Sellers E M. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989;84(11):1353-7.
17. Melkonian A, Patel R, Magh A, Ferm S, Hwang C. Assessment of a Hospital-Wide CIWA-Ar Protocol for Management of Alcohol Withdrawal Syndrome. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2019;3(3):344-9.
18. Haas A L, Peters R H, Goetz R R, Goodman A S, Rodriguez M, Tucker S L, et al. Implementation of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in a veterans hospital. South Med J. 2015;108(1):23-8.
19. Day E, Gilvarry E. Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. Addiction. 2022;117(3):804-14.
20. Reoux J P, Miller K. Routine hospital alcohol

detoxification practice compared to symptom triggered management with an objective withdrawal scale (CIWA-Ar). Am J Addict. 2000;9(2):135-44.

21. Eloma A S, Tucciarone J M, Hayes E M, Bronson B D. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. Am J Drug Alcohol Abuse. 2018;44(4):418-25.
22. Kaner E F, Beyer F R, Muirhead C, Campbell F, Pienaar E D, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):CD004148.
23. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2012;157(9):645-54.
24. Miller W R, Walters S T, Bennett M E. How effective is alcoholism treatment in the United States?. J Stud Alcohol. 2001;62(2):211-20.
25. Anton R F, O'Malley S S, Ciraulo D A, Cisler R A, Couper D, Donovan D M, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;295(17):2003-17.

กรณีศึกษาผลของการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหัก ที่มีสาเหตุมาจากภยันตรายแบบไม่รุนแรงจากการหกล้มหรือกระดูกหักจากความเปราะบาง (Fragility Hip Fracture) ที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป

A Case Study on the Effects of Physical Therapy Treatment in Elderly Patients (Aged 60 and Over) with Fragility Hip Fractures Resulting from Low-Energy Falls

วัชราภรณ์ ทับรัตน์* รพีภัทร์ พิพัฒนานันท์**

Watcharaporn Tubrutn, Rapeepat Pipatnanun

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

(Received: January 27, 2025; Revised: February 1, 2025; Accepted: February 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรักษาทางกายภาพบำบัดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงอายุ 86 ปี หลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก โปรแกรมการรักษาครอบคลุมระยะเวลา 12 สัปดาห์ เน้นการเคลื่อนไหวแต่เนิ่นๆ การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และการฝึกการทรงตัวตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ในแต่ละจุดที่ทำการวัดข้อมูลด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก และ 2) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการรักษา

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระดับความเจ็บปวดลดลงจาก 8 คะแนน เหลือ 0-1 คะแนน พิสัยการเคลื่อนไหวข้อสะโพกกลับสู่ภาวะปกติ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นจากระดับ 2 เป็นระดับ 5 ด้านสมรรถภาพการทำหน้าที่ คะแนนดัชนีบาร์เธลเพิ่มขึ้นจาก 30 คะแนน (ภาวะพึ่งพาอย่างรุนแรง) เป็น 100 คะแนน (พึ่งพาตนเองสมบูรณ์) และผลการทดสอบ Timed Up and Go (TUG) ลดลงเหลือ 12 วินาที บ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการล้มที่ลดลงสู่ระดับปกติ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้สรุปได้ว่าโปรแกรมกายภาพบำบัดเฉพาะบุคคลที่มีความต่อเนื่องส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหว ลดความทุพพลภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง; กายภาพบำบัด; การฟื้นฟูสมรรถภาพ; ผู้สูงอายุ; กรณีศึกษา

* นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

** นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

Abstract

Purpose : This study aims to investigate the effects of physical therapy on functional recovery in an elderly patient with a fragility hip fracture.

Study design : Case Study.

Materials and Methods : This case study involved an 86-year-old female patient following surgical fixation. The 12-week treatment program emphasized early mobilization, progressive strengthening exercises, and balance training in accordance with clinical practice guidelines. Quantitative analysis included frequency, percentage, median, and range. Qualitative data were analyzed using content analysis based on information from 1) personal and clinical data records, and 2) clinical progress notes at each measurement point.

Main finding : The patient demonstrated consistent clinical improvement. Pain scores decreased from 8 to 0–1. Hip range of motion returned to normal, and muscle strength improved from grade 2 to grade 5. Regarding functional performance, the Barthel Index score increased from 30 (severe dependency) to 100 (complete independence). The Timed Up and Go (TUG) test result decreased to 12 seconds, indicating a reduction in fall risk to normal levels.

Conclusion and recommendations : This study concludes that a continuous, individualized physical therapy program significantly contributes to the recovery of functional mobility, reduces disability, and enhances the patient's quality of life.

Keywords : Fragility hip fracture; Physical therapy; Rehabilitation; Elderly; Case study

*Physical Therapist, Department of Physical Therapy, Khon Kaen Hospital.

**Orthopedic Surgeon, Department of Orthopedic, Khon Kaen Hospital.

บทนำ

ข้อสะโพกหักจากความเปราะบางในผู้สูงอายุเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาวะกระดูกพรุน[1] และความเสื่อมถอยของระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่นำไปสู่การหกล้ม[1-2] กระบวนการนี้เรียกว่า “วงจรการเสื่อมถอยของการทำงาน” เริ่มต้นจากภาวะ Sarcopenia และความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อสะโพก[3] ส่งผลให้เสียการทรงตัว[4] ซึ่งสภาวะก่อนหักนี้เป็นตัวบ่งชี้ผลลัพธ์การรักษาที่สำคัญ[5] การฟื้นฟูจึงมุ่งเน้นการตัดวงจรนี้ด้วยการฝึกความแข็งแรง[6] เพื่อให้การประเมินผลเป็นระบบ กรณีศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด ICF[7] จำแนกผลกระทบเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างร่างกาย[8] 2) ด้านกิจกรรมและการเคลื่อนที่ ซึ่งวัดด้วยเครื่องมือมาตรฐานอย่าง Barthel Index[9] และ Timed Up and Go Test[10] และ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม โดยคำนึงถึงปัจจัยบริบทที่มีผลต่อการฟื้นตัวร่วมด้วย

การจัดการทางกายภาพบำบัดยึดตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสากล (CPGs)[8] ที่เน้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ประการคือ การเคลื่อนไหวแต่เนิ่น ๆ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน,[11] การฝึกความแข็งแรงแบบก้าวหน้า (High-Intensity PRT) เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ[6,12] และการฝึกการทรงตัวเพื่อลดความกลัวการหกล้มซ้ำ หลักฐานยืนยันว่าโปรแกรมเหล่านี้ช่วยปรับปรุงความสามารถในการเดินและ ADL ได้อย่างมีนัยสำคัญ[2] แม้จะมีปัจจัยรบกวน เช่น ภาวะทางสติปัญญา[13] แต่การรักษาที่เหมาะสมย่อมนำไปสู่การพัฒนาสมรรถภาพที่วัดผลได้จริง

แม้จะมีงานวิจัยรองรับ แต่ยังคงมีช่องว่างทางความรู้ (Gap of Knowledge) ระหว่างผลการศึกษาขนาดใหญ่กับการปฏิบัติจริง เนื่องจากขาดข้อมูลการตอบสนองเฉพาะบุคคล (Individualized Response) ในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน5,8 กรณีศึกษา (Case Study) นี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยการบันทึกข้อมูลเชิงลึกและการวัดผลซ้ำ (Repeated Measures) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของการรักษา[2,13] ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและสอดคล้องกับสภาพจริงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของการรักษาทางกายภาพบำบัดต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง ตลอดจนติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความเจ็บปวดและพิสัยการเคลื่อนไหว เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟูด้วยเครื่องมือมาตรฐานตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย กรณีศึกษาเฉพาะรายแบบติดตามผลระยะยาว (Single Case Study) เพื่อศึกษาผลของกายภาพบำบัดในผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง (Fragility Hip Fracture) โดยติดตามประเมินผลตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดจนถึง 12 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ในช่วง เดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง (Fragility Hip Fracture) ซึ่งเกิดจากสาเหตุการหกล้มหรือภยันตรายแบบไม่รุนแรง (Low-energy Trauma) และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ และได้รับคำสั่งการรักษาให้ทำกายภาพบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดที่กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 1 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ณ วันที่เกิดการบาดเจ็บ

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น กระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง (Fragility Hip Fracture) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการหกล้มในระดับความสูงไม่เกินความสูงของผู้ป่วย

3. ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัด ที่โรงพยาบาลขอนแก่น และได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างน้อย 12 สัปดาห์

4. มีเวชระเบียน (Medical Records) และบันทึก

การรักษาทางกายภาพบำบัด ที่บันทึกข้อมูลการตรวจประเมินผลลัพธ์ (Outcome Measures) ที่จำเป็นต่อการวิจัย (เช่น Barthel Index, TUG, MMT, ROM, VAS) อย่างครบถ้วน ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโปรแกรมการรักษา

เกณฑ์การคัดออก

1 ผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกหักซ้ำ (Re-fracture) หรือเกิดการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์อื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพการเดิน ในระหว่างช่วงเวลาการรักษา 12 สัปดาห์ที่กำลังศึกษา

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา (Severe Cognitive Impairment) ในระดับที่ส่งผลให้การรายงานข้อมูลความเจ็บปวดหรือการทำความเข้าใจคำสั่งการประเมินผลลัพธ์มีความคลาดเคลื่อนสูง

3. มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน หรือขาดหายไปในช่วงเวลาสำคัญของการประเมินผลลัพธ์ (เช่น ขาดข้อมูล Barthel Index ณ สัปดาห์ที่ 12)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวัดผลเชิงวัตถุวิสัย (Objective Measures): 1) Visual Analog Scale (VAS): 0-10, 2) Goniometry: Flexion, Extension, Abduction, 3) Manual Muscle Testing (MMT): Hip Flexors, Hip Abductors, 4) Barthel Index (BI): การแต่งตัว, การเข้าห้องน้ำ, การเดิน และ 5) Timed Up and Go Test (TUG): วัดความคล่องตัวและความสมดุลในการลุกจากเก้าอี้เดิน 3 เมตร และกลับมานั่ง

2. การวัดผลตามผู้ป่วยรายงาน

1) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลพื้นฐาน: ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ, เพศ), ข้อมูลการบาดเจ็บ (ชนิดการหัก, ชนิดการผ่าตัด, วันที่ผ่าตัด), และข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (โรคประจำตัวร่วม) จากเวชระเบียน

2) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการรักษาทางกายภาพบำบัด: ใช้บันทึกรายละเอียดของโปรแกรมการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละช่วงเวลา (ความถี่, ระยะเวลา, ประเภทของการฝึก เช่น การฝึกความแข็งแรง, การฝึกทรงตัว, การเดิน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับเวลา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลพื้นฐาน (Screening and Baseline Data Collection - T0/T1)

- T0 (ระยะคัดกรอง): คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- T1 (ระยะเริ่มต้นการรักษาทางกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด): บันทึกข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกและข้อมูลส่วนบุคคลในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล และประเมินสมรรถนะผู้ป่วยเริ่มต้น ด้วยเครื่องมือวัดผลเชิงวัตถุวิสัย ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด (VAS), พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก (Goniometry) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (MMT) และประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel Index (BI) และความคล่องตัวด้วย Timed Up and Go Test (TUG) เพื่อใช้เป็นค่าเริ่มต้น

2. การเก็บข้อมูลระหว่างการรักษา (Mid-point Collection - T2)

- T2 (ระยะติดตามผลระหว่างการรักษา): บันทึกรายละเอียดของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ความถี่, ระยะเวลา, และประเภทของการฝึก (การฝึกความแข็งแรง, การฝึกทรงตัว, การเดิน) ลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการรักษา ประเมินสมรรถนะผู้ป่วยซ้ำในด้านโครงสร้างร่างกาย ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด (VAS), พิสัยการเคลื่อนไหว (ROM), และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (MMT) เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาในระยะแรก และบันทึกความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิก รวมถึงอุปสรรคที่พบในระหว่างการฟื้นฟู

3. การเก็บข้อมูลสรุปผล (Final Collection - T3)

- T3 (ระยะสิ้นสุดการศึกษา 12 สัปดาห์หลังผ่าตัด): ประเมินสมรรถนะผู้ป่วยครั้งสุดท้าย (Final Assessment) ครอบคลุมทุกมิติ: ระดับความเจ็บปวด (VAS), พิสัยการเคลื่อนไหว (ROM), ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (MMT) และประเมินผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (Functional Outcome) ด้วยแบบประเมิน Barthel Index (BI) และ Timed Up and Go Test (TUG) เพื่อวัดระดับความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรประจำวัน

และความคล่องตัวในการเคลื่อนที่เทียบกับค่าเริ่มต้น

ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยและการเก็บข้อมูลย้อนหลัง

1. การคัดเลือกผู้ป่วยเจาะจง: ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วย 1 ราย ที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จากการตรวจสอบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบางในช่วงเวลาที่กำหนดและดำเนินการโดยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด

2. การรวบรวมและบันทึกข้อมูล (Data Collection and Recording): ผู้วิจัยดำเนินการคัดลอกและบันทึกข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนลงในแบบฟอร์มวิจัย โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

1) ข้อมูลพื้นฐาน: บันทึกข้อมูลประชากร, โรคประจำตัว, ลักษณะการหักของกระดูก และรายละเอียดการผ่าตัด

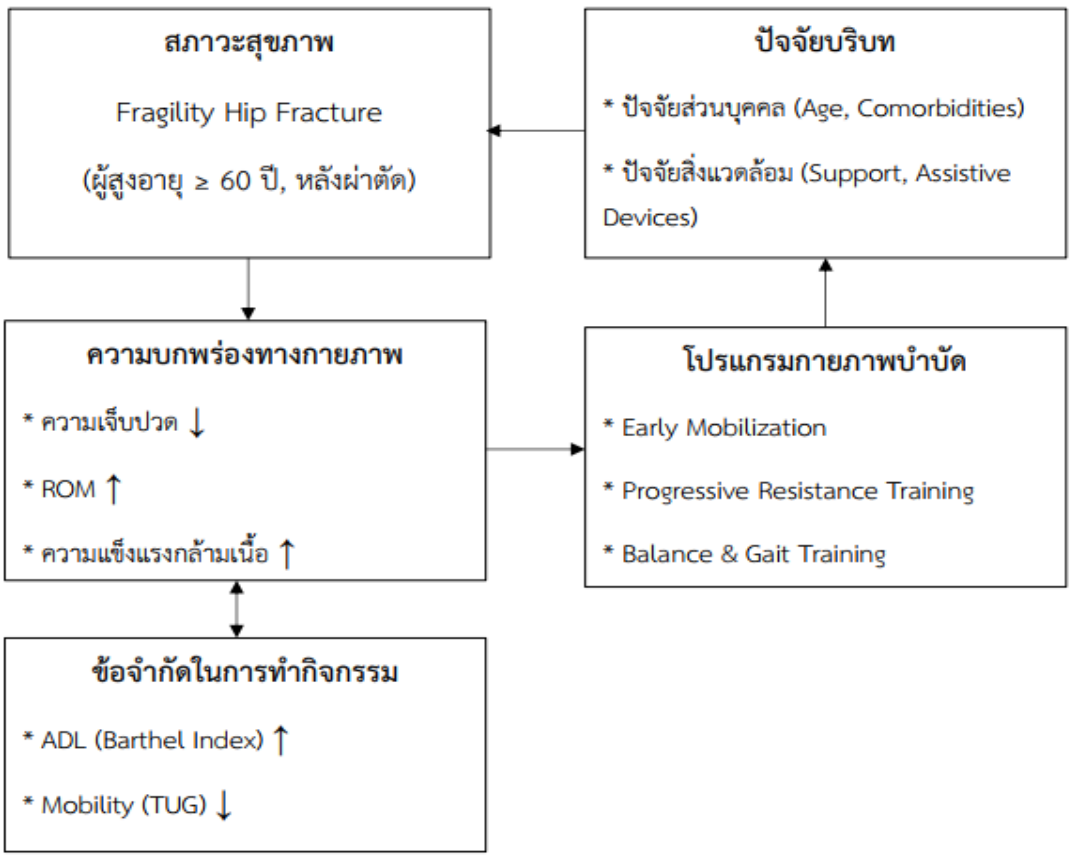
2) ข้อมูลการรักษา: บันทึกรายละเอียดโปรแกรมกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับจริงในแต่ละระยะ (ความถี่, รูปแบบการฝึก)

3) ผลการประเมินย้อนหลัง: บันทึกค่าตัวแปรตามที่วัดได้ในแต่ละช่วงเวลา (T0-T4) ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด (VAS) พิสัยการเคลื่อนไหว (ROM) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (MMT) ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) และความคล่องตัว (TUG)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกจากเวชระเบียนซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันความแม่นยำ จากนั้นจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อคำนวณค่าเฉลี่ยและเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรต่างๆ ในแต่ละระยะการรักษา รวมถึงการสร้างตารางและกราฟเพื่อแสดงแนวโน้มการฟื้นตัวของสมรรถภาพทางกายและการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เห็นพัฒนาการที่ชัดเจน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ KEXP69002 รับรองเมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2569



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 86 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ผู้สูงอายุ) ภูมิลำเนาอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ มีอาการปวดบริเวณสะโพกด้านซ้ายอย่างรุนแรง ไม่สามารถขยับขาหรือลงน้ำหนักยืนเดินได้ ภายหลังจากการลื่นล้มก้นกระแทกพื้นเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2568 โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกระดูกต้นขาซ้ายส่วนบนหักร่วมกับมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะ (Closed intertrochanteric fracture of the left femur s/p open reduction and internal fixation with proximal femoral nail) เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2568 ภายหลัง On skin traction 3 kgs. ได้ 2 วัน

ในการประเมินระยะแรกรับหลังผ่าตัดวันที่ 1 (Baseline: T0) ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ แต่ยังมีอาการปวดแผลรุนแรง ขณะเคลื่อนไหว (VAS 8/10) และปวดขณะพัก (VAS 4/10) ส่งผลให้เกิดความกลัวและจำกัดการเคลื่อนไหว โดยพบข้อสะโพกงอได้น้อยกว่า 90 องศา และกล้ามเนื้อรอบสะโพกอ่อนแรงระดับเกรด 2 ด้านสมรรถภาพการทำหน้าที่อยู่ในภาวะพึ่งพาสูง (Barthel Index 30) และไม่สามารถลุกยืนเดินเพื่อทดสอบ TUG ได้ ทีมผู้รักษาจึงเน้นการจัดการความปวดและมาตรการป้องกันการล้มซ้ำเป็นหลัก ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ผลการตรวจประเมินเปรียบเทียบตามช่วงเวลา พบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการดีขึ้นต่อเนื่องในทุกตัวชี้วัด โดยระดับความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 8 คะแนน เหลือ 1 คะแนนในสัปดาห์ที่ 12

สอดคล้องกับพิสัยการงอสะโพกที่เพิ่มขึ้นจนเข้าสู่เกณฑ์ปกติที่ 120 องศา ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อฟื้นตัวจากระดับ 2 พัฒนาจนถึงระดับ 5 ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นคงในการเดิน ส่วนสมรรถภาพการทำหน้าที่พบว่าคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 30 เป็น 100 คะแนน และผลการทดสอบ TUG Test ใช้เวลาลดลงเหลือ 12 วินาที บ่งชี้ถึงความสามารถในการพึ่งพาตนเองที่สมบูรณ์และความเสี่ยงในการล้มลดลงสู่เกณฑ์ปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจประเมินร่างกาย (Physical examination)

หัวข้อการประเมิน (Assessment Items)	T0 (Baseline) Day 1 Post-op	T1 (Week 1)	T2 (Week 4)	T3 (Week 8)	T4 (Week 12)
1. Pain Level (VAS: 0-10)					
- ขณะพัก (Rest)	4	3	1	0	0
- ขณะเคลื่อนไหว (Movement)	8	5	3	2	1
2. Left Hip ROM (Degree)					
- Flexion	Limited by pain	80°	100°	115°	120° (Full)
- Abduction (กางสะโพก)	Limited by pain	15°	25°	35°	40° (Full)
3. Muscle Strength (MMT)					
- Hip Flexors	Grade 2	Grade 3-	Grade 3+	Grade 4	Grade 5
- Hip Abductors	Grade 2	Grade 3-	Grade 3+	Grade 4	Grade 5
- Knee Extensors	Grade 3-	Grade 3	Grade 4	Grade 4+	Grade 5
4. Functional Score					
- Barthel Index (0-100)	30 (Severe)	45 (Moderate)	70 (Moderate)	90 (Mild)	100 (Indep.)
- TUG Test (Seconds)	N/A	N/A	25 sec	18 sec	12 sec
5. Ambulation Status	Bedridden / Stand pivot	Walker (PWB 20%)	Walker (WBAT)	Single Cane (Full WB)	Independent (No aid)

PWB: Partial Weight Bearing (ลงน้ำหนักบางส่วน), WBAT: Weight Bearing As Tolerated (ลงน้ำหนักได้เต็มที่ตามอาการปวด), N/A: Not Applicable



ก่อนผ่าตัด: Anterior view



ก่อนผ่าตัด: Lateral view



หลังผ่าตัด: Anterior view



หลังผ่าตัด: Lateral view

รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีข้อสะโพก (X-Ray) ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด

จากการประเมินพบปัญหาหลักคืออาการปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (VAS 8/10) ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวและจำกัดการงอสะโพก (< 90 องศา) เสี่ยงต่อข้อยึดติด ปัญหานี้เชื่อมโยงสู่ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Grade 2-3) จากการยับยั้งด้วยความปวดและการไม่ได้ใช้งาน ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเคลื่อนไหวและเกิดความกลัวการล้มซ้ำ จึงจำเป็นต้องเร่งฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงในตารางที่ 2

เป้าหมายการรักษาระยะสั้นภายใน 4 สัปดาห์ มุ่งลดปวด (VAS < 4) เพิ่มการงอสะโพกให้มากกว่า 90 องศา ฟื้นฟูความแข็งแรงกล้ามเนื้อ (Grade 3-4) และฝึกเดินด้วย Walker อย่างปลอดภัย สำหรับเป้าหมายระยะยาวภายใน 12 สัปดาห์ เน้นให้ผู้ป่วยหายปวด ข้อสะโพกเคลื่อนไหวได้สมบูรณ์ สามารถเดินได้อิสระ

โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ (Barthel Index > 95) พร้อมความเข้าใจในการป้องกันการล้ม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหา หลักฐาน การวิเคราะห์และแผนการรักษา (Problem lists)

ปัญหา (Problem list)	หลักฐาน (Evidence)	การวิเคราะห์ (Analysis)	แผนการรักษา (Plan of treatment)
1. Acute Pain (ปวดเฉียบพลัน)	1. Movement pain (VAS 8/10) 2. Resting pain (VAS 4/10) 3. Muscle guarding	การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและกระดูกหักก่อให้เกิดการอักเสบเฉียบพลัน กระตุ้นอาการปวดเมื่อขยับ และทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวอัตโนมัติ จนเกิดวงจรความปวด (Pain-Spasm cycle)	1. Cryotherapy ลดอักเสบ 2. Positioning จัดท่าลดแรงตึง 3. Gentle Passive ROM กระตุ้นการรับรู้เพื่อลดปวด 4. Relaxation technique
2. Limited ROM (ข้อติดขัด)	1. Limit Active/Passive ROM 2. Hip flexion < 90° 3. Swelling	เกิดจาก Pain inhibition (ปวดจนไม่กล้าขยับ) และอาการบวม หากขาดการเคลื่อนไหวนานจะเสี่ยงต่อการเกิดพังผืด และข้อยึดติดผิดรูป โดยเฉพาะท่าบิดหมุนสะโพกออก	1. Active Assistive ROM (Heel slides) 2. Positioning (Anti-rotation) 3. Continuous Passive Motion
3. Muscle Weakness (กล้ามเนื้ออ่อนแรง)	1. MMT Hip Gr.2, Quad Gr.3- 2. Cannot perform SLR 3. Sarcopenia	เกิดจาก 3 ปัจจัยร่วม: 1) AMI (การยับยั้งกล้ามเนื้อจากอาการปวด) 2) Disuse Atrophy (ไม่ได้ใช้งาน) และ 3) Sarcopenia (กล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ) ทำให้ยากต่อการยืนเดิน	1. Isometric exercise (Quad/Glute set) 2. Active Assistive/Active exercise 3. Electrical Stimulation (NMES)
4. Functional Disability (บกพร่องทางหน้าที่)	1. Bedridden (BI=30) 2. History of fall 3. Fear of falling	อาการปวดและอ่อนแรงทำให้เคลื่อนที่ไม่ได้ ประกอบกับประวัติการล้มทำให้เกิดความกลัว (Fear of falling) ขาดความมั่นใจในการลงน้ำหนัก ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น	1. Bed mobility & Transfer training 2. Gait training with Walker 3. Fall prevention education

AMI; Analgesic Myoneural Inhibition, SLR; Straight Leg Raise Test

แผนการรักษาทางกายภาพบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ระยะต่อเนื่อง เริ่มจาก ระยะเฉียบพลัน (สัปดาห์ที่ 0-1) ที่มุ่งเน้นการลดปวดและอักเสบ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเริ่มฝึกการเคลื่อนไหวพื้นฐานรวมถึงการเดินด้วย Walker แบบลงน้ำหนักบางส่วน ต่อมาใน ระยะฟื้นฟู (สัปดาห์ที่ 2-4) จะเน้นการเพิ่มองศาการงอสะโพกให้มากกว่า 90 องศา ฟื้นฟูความแข็งแรงกล้ามเนื้อ และฝึกเดินลงน้ำหนักได้มากขึ้นตามอาการ จากนั้นเข้าสู่ ระยะเสริมสร้างความแข็งแรง (สัปดาห์ที่ 5-8) ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักได้เต็มที่ เปลี่ยนมาใช้ไม้เท้า และฝึกการทรงตัวขาเดียว ส่วนระยะสุดท้าย (สัปดาห์ที่ 9-12) จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเดินได้เองอย่างอิสระโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ มีความแข็งแรงและการทรงตัวในระดับปกติ พร้อมสำหรับการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและวางแผนการดูแลตนเองระยะยาวเพื่อป้องกันการล้มซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แผนการรักษาทางกายภาพบำบัด (Plan of Treatment)

ระยะเวลา (Phase)	เป้าหมายหลัก (Key Goals)	กิจกรรมการรักษา (Treatment Activities)
ระยะที่ 1: T0 - T1 (Acute Phase) สัปดาห์ที่ 0-1	1. ลดปวดและอักเสบ (VAS < 5) 2. ป้องกัน DVT และแผลกดทับ 3. กระตุ้นการทำงานกล้ามเนื้อ 4. ลุกนั่งและยืนได้เอง	- Modalities: ประคบเย็น (Cryotherapy) 15-20 นาที ลดปวด/บวม, จัดท่าทาง (Positioning) ป้องกันขาบิดหมุน - Exercise: ออกกำลังกายข้อเท้า (Ankle Pumping), เกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric Quad/Glute sets), ฝึกหายใจ (Deep Breathing) - Function: ฝึกพลิกตัว (Log roll), ลุกนั่ง, ลุกยืน และฝึกเดินด้วย Walker ลงน้ำหนักบางส่วน (PWB ~10-20%)
ระยะที่ 2: T1 - T2 (Sub-acute) สัปดาห์ที่ 2-4	1. เพิ่ม ROM งอสะโพก > °90 2. ความแข็งแรง Gr. 3-4 3. เดินด้วย Walker คล่องแคล่ว 4. ลงน้ำหนักได้มากขึ้น	- Modalities: ประคบร้อน/เย็นตามอาการ, นวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Gentle Massage) - Exercise: ออกกำลังกายแบบช่วย (AAROM: Heel slides), กางขา (Hip Abduction), เหยียดเข่า (Short Arc Quads) - Function: ฝึกเดินด้วย Walker ลงน้ำหนักตามอาการ (WBAT 50-80%), ฝึกเข้าห้องน้ำ/อาบน้ำ, ยืนทรงตัวเกาะราว
ระยะที่ 3: T2 - T3 (Intermediate) สัปดาห์ที่ 5-8	1. ลงน้ำหนักเต็มที่ (Full WB) 2. เปลี่ยนอุปกรณ์เป็นไม้เท้า 3. ยืนทรงตัวขาเดียวได้ 4. กลับไปทำกิจวัตรเบาๆ	- Modalities: อัลตร้าซาวด์ (หากจำเป็น), ยืดกล้ามเนื้อน่องและต้นขา (Stretching) - Exercise: ยืนบริหารสะโพก 4 ทิศทาง, ย่อเข่าเล็กน้อย (Mini Squat), ยืนเขย่ง (Heel Raises) - Function: เปลี่ยนมาเดินด้วย ไม้เท้า (Single Cane), ฝึกก้าวขึ้น-ลงสเต็ป, ฝึกยืนต่อเท้า (Tandem stand)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระยะเวลา (Phase)	เป้าหมายหลัก (Key Goals)	กิจกรรมการรักษา (Treatment Activities)
ระยะที่ 4: T3 - T4 (Advanced/Final) สัปดาห์ที่ 9-12	1. เดินอิสระ (ไม่ใช้อุปกรณ์) 2. ความแข็งแรง Gr. 5 (ปกติ) 3. การทรงตัวดี ไม่เสี่ยงล้ม 4. กลับสู่สังคม/ชุมชน	- Education: ให้ความรู้เรื่องการจัดบ้านและการป้องกันการล้ม (Fall Prevention) - Exercise: ก้าวขึ้นบันได (Step-ups), ฝึกการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว (Dynamic Balance), เดินต่อเนื่องเพื่อความทนทาน - Function: ฝึกเดินตัวเปล่า (Independent Gait), ฝึกก้มเก็บของ, วางแผนการดูแลตนเองระยะยาว (Discharge Planning)

จากการติดตามผลการรักษาตลอด 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน โดยในระยะแรก (T1) ผู้ป่วยยังมีอาการปวดปานกลาง (VAS 5) และมีความกังวลในการลงน้ำหนัก แต่เมื่อเข้าสู่สัปดาห์ที่ 4 (T2) อาการปวดลดลงชัดเจน (VAS 3) ข้อสะโพกเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นจนสามารถทำกิจวัตรได้ และมีความมั่นใจในการเดินด้วย Walker มากขึ้น ต่อมาในสัปดาห์ที่ 8 (T3) ผู้ป่วยสามารถเดินด้วยไม้เท้าเดียวโดยลงน้ำหนักได้เต็มที่ (Full Weight Bearing) ร่วมกับมีสมดุลการทรงตัวที่ดีขึ้น และในระยะสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 (T4) ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายการรักษาทั้งหมด โดยมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยถึงไม่มีเลย (VAS 0-1) ข้อสะโพกเคลื่อนไหวได้สมบูรณ์ กล้ามเนื้อแข็งแรงระดับปกติ (Grade 5) สามารถเดินได้เองอย่างอิสระโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย และมีความเสี่ยงในการล้มลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความก้าวหน้าทางการรักษา (Progression Notes)

ช่วงเวลา (Time Points)	T1 (1 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	T2 (4 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	T3 (8 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	T4 (12 สัปดาห์หลังผ่าตัด)
S (Subjective)	- Pain (Move): VAS = 5 - ปวดแผลลดลง เริ่มกล้าขยับขา - ยังมีความกังวลและกลัวเจ็บเมื่อต้องยืนลงน้ำหนัก	- Pain (Move): VAS = 3 - อาการปวดลดลงอย่างมาก - รู้สึกมั่นใจในการยืนเดินมากขึ้น - ทำกิจวัตรส่วนตัว (เช่น เข้าห้องน้ำ) ได้เองบ้างแล้ว	- Pain: VAS = 1-2 - แทบไม่มีอาการปวดรบกวน - เดินได้ไกลขึ้นและทำกิจกรรมในบ้านได้เกือบปกติ - เริ่มกลับไปทำครัวเบาๆ ได้	- Pain: VAS = 0-1 - พอใจผลการรักษามาก - ใช้ชีวิตได้เกือบปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วย - เดินไปตลาดใกล้บ้านได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ช่วงเวลา (Time Points)	T1 (1 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	T2 (4 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	T3 (8 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	T4 (12 สัปดาห์หลังผ่าตัด)
O (Objective)	- ROM: งอสะโพก 80° - Strength: Gr. 3 (Fair) - Gait: Walker (PWB แตะปลายเท้า)	- ROM: งอสะโพก 100° - Strength: Gr. 4 (Good) - Gait: Walker (WBAT 70-80%) - BI: 70 คะแนน	- ROM: Full ROM - Strength: Gr. 4+ - Gait: Single Cane (FWB) - Balance: TUG = 18 วินาที	- ROM: Full ROM - Strength: Gr. 5 (Normal) - Gait: Independent - BI: 95-100 คะแนน TUG: 12 วินาที (ปกติ)
A: (Assessment)	- ฟื้นตัวตามเกณฑ์แผลแห้งดี - ความเจ็บปวดเริ่มลดลง - Fear of falling ยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการลงน้ำหนัก	- กระดูกเริ่มมีการเชื่อมติด (Soft callus) - สมรรถภาพดีขึ้นชัดเจน - พร้อมสำหรับการเพิ่มแรงต้านทานในการออกกำลังกาย	- การทรงตัวดีขึ้นมาก - ความเสี่ยงในการล้มลดลงสู่ระดับปานกลาง - กล้ามเนื้อแข็งแรงพอรองรับน้ำหนักตัวเต็มที่	- บรรลุเป้าหมายระยะยาว - กระดูกติดสมบูรณ์ - สมรรถภาพร่างกายและความเสี่ยงการล้มกลับสู่เกณฑ์ปกติ
P (Plan)	- ฝึก Active Exercise - กระตุ้นการลงน้ำหนัก (WBAT) - ฝึกทรงตัวท่ายืนเกาะราว	- เริ่มใช้ไม้เท้า (Cane) ถ้าพร้อม - เพิ่มความแข็งแรงด้วยยางยืด (Theraฯ Band) - ฝึก Functional tasks	- ฝึกทรงตัวขั้นสูง (ขาเดียว) - ฝึกเดินพื้นผิวต่างระดับ - แนะนำปรับสภาพบ้าน	- Discharge Planning - เน้นทำ Home program ต่อเนื่อง - ให้ความรู้ป้องกันการล้มซ้ำ

วิจารณ์

ผลการศึกษาในผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการรักษาทางกายภาพบำบัดเฉพาะบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวทางสรีรวิทยาอย่างชัดเจน โดยระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากระดับรุนแรง (VAS 8/10) จนแทบไม่มีอาการ (VAS 0-1) ควบคู่ไปกับการเพิ่มขึ้นของพิสัยการเคลื่อนไหวข้อสะโพกจนกลับสู่เกณฑ์ปกติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) ที่แนะนำกลยุทธ์การเคลื่อนไหวแต่เนิ่นๆ (Early Mobilization) เพื่อทำลายวงจรความปวดและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานได้มีประสิทธิภาพ[11-12] การฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจากระดับเกรด 2 จนถึงระดับ 5 (Normal) ยังสะท้อนถึงประสิทธิผลของการฝึกออกกำลังกายแบบมีแรงต้านที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ (Progressive Resistance Training) ซึ่งสามารถเอาชนะภาวะกล้ามเนื้อลีบฝ่อ (Disuse Atrophy) และความยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อจากอาการปวด (Arthrogenic Muscle

Inhibition) ได้ตามทฤษฎี โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Binder et al.[12] ที่พบว่าการฝึกความแข็งแรงที่มีความเข้มข้นสูงช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในมิติของสมรรถภาพการทำหน้าที่และการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างอิสระ โดยคะแนนดัชนีบาร์เธลเพิ่มขึ้นจาก 30 คะแนน (ภาวะพึ่งพาอย่างรุนแรง) เป็น 100 คะแนนเต็ม ซึ่งเป็นการฟื้นตัวที่เหนือกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไปที่ระบุว่าผู้ป่วยจำนวนมากมักไม่สามารถกลับไปสู่ระดับการทำงานเดิมได้[2,5] ความสำเร็จนี้สัมพันธ์โดยตรงกับการลดลงของเวลาในการทดสอบ TUG Test เหลือเพียง 12 วินาที ซึ่งบ่งชี้ว่าความเสี่ยงในการล้มลดลงสู่เกณฑ์ปกติของผู้สูงอายุทั่วไป ผลการศึกษานี้ยืนยันถึงความสำคัญของการฝึกการทรงตัวและการเดิน ที่ช่วยลดความกลัวการล้มซ้ำ (Fear of Falling) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟู[13] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sherrington et al.[6] ที่ระบุว่าการออกกำลังกายเพื่อการทรงตัวอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการหกล้มซ้ำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมั่นใจ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกายภาพบำบัดเฉพาะบุคคลที่ได้รับการออกแบบตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสากล โดยเน้นการเคลื่อนไหวแต่เนิ่นๆ ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและการทรงตัว มีประสิทธิผลสูงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบางให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ภายใน 12 สัปดาห์ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของความทุพพลภาพถาวรและตัดวงจรการเสื่อมถอยของการทำงาน จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบการรักษาที่เข้มข้นและต่อเนื่องนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พร้อมทั้งควรส่งเสริมให้มีการติดตามผลระยะยาวและขยายผลการศึกษาไปสู่กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เพื่อยืนยันประสิทธิผลและพัฒนาองค์ความรู้ในการป้องกันการล้มซ้ำ (Secondary Fall Prevention) ให้ครอบคลุมบริบทของผู้สูงอายุไทยอย่างยั่งยืน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของการวิจัยนี้อยู่ที่การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสากล (CPGs) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมกายภาพบำบัดเฉพาะบุคคลอย่างเป็นขั้นตอน การติดตามผลระยะยาว 12 สัปดาห์ช่วยให้เห็นการฟื้นตัวที่ชัดเจนตั้งแต่ภาวะพึ่งพาอย่างรุนแรงไปจนถึงการกลับมาพึ่งพาตนเองได้สมบูรณ์ มีการวัดผลรอบด้านตามกรอบแนวคิด ICF ที่เชื่อมโยงทั้งด้านโครงสร้างร่างกาย กิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการล้ม (TUG Test) และสมรรถภาพการทำหน้าที่ (Barthel Index) ที่เป็นสากล ทำให้ผลลัพธ์เชิงประจักษ์มีน้ำหนักน่าเชื่อถือในการยืนยันถึงความสำเร็จของการเคลื่อนไหวแต่เนิ่นๆ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดหลักคือรูปแบบกรณีศึกษาที่จำกัดเพียงผู้ป่วยรายเดียว ทำให้ความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุทุกคนทำได้จำกัด อีกทั้งผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง ซึ่งอาจแตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ในสถานการณ์จริงที่มีความซับซ้อนของโรคมากกว่า จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายเพื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Sambrook P, Cooper C. Osteoporosis. Lancet. 2006;367(9527):2010-8.
2. Magaziner J, Hawkes W, Hebel J R, Zimmerman S I, Fox K M, Dolan M. Changes in functional status attributable to hip fracture: a comparison of hip fracture patients to community-dwelling aged. Am J Epidemiol. 2000;152(11):1017-23.
3. Hannan M T, Felson D T, Dawson-Hughes B, Tucker K L, Cupples L A, Wilson P W, et al. Risk factors for longitudinal bone loss in elderly men and women: the Framingham Osteoporosis

Study. J Bone Miner Res. 2000;15(4):710-20.

4. Nevitt M C, Cummings S R, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls: a prospective study. JAMA. 1989;261(18):2663-8.
5. Bentler S E, Liu L, Obrizan M, Cook E A, Wright K B, Geweke J F, et al. The aftermath of hip fracture: discharge placement, functional status change, and mortality. Am J Epidemiol. 2009;170(10):1290-9.
6. Sherrington C, Whitney J C, Lord S R, Herbert R D, Cumming R G, Close J C. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2008;56(12):2234-43.
7. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
8. McDonough C M, Harris-Hayes M, Kristensen M T, Overgaard J A, Herring T B, Kenny A M, et al. Physical therapy management of older adults with hip fracture: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the Academy of Orthopaedic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(2):CPG1-81.
9. Mahoney F I, Barthel D W. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
10. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8.
11. Handoll H H, Cameron I D, Mak J C, Finnegan T P. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(11):CD007125.
12. Binder E F, Schechtman K B, Ehsani A A, Steger-May K, Brown M, Sinacore D R, et al. Effects of progressive resistance training on body composition and physical function in older men and women. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002;57(12):M809-16.
13. Shubert T E, Schrodt L A, Mercer V S, Busby-Whitehead J, Giuliani C A. The effect of psychometric properties of the Timed Up and Go on its ability to predict falls. J Geriatr Phys Ther. 2009;32(2):4-5.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ในโรงพยาบาลวังหิน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with multidrug-resistant pneumonia at Wang Hin Hospital : Case Study 2 case

อุทัย สุคะตะ*

Uutai Sukata

Corresponding author: E-mail: Uutai2512@gmail.com

(Received: January 14, 2025; Revised: January 22, 2025; Accepted: February 22, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน: กรณีศึกษา 2 กรณี

รูปแบบการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาใช้รูปแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบเฉพาะรายกรณี 2 ราย โดยการเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

วัสดุและวิธีการศึกษา : การเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน เป็นการเจาะจง เลือกผู้ป่วยโรคปอดักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานแบบผสมผสาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพ ซักประวัติ ข้อมูลร่วมวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ โดยนำความรู้และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามกระบวนการพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

ผลการศึกษา : การรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีภาวะติดเชื้อดื้อยา ส่งต่อเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลวังหินให้รับยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ได้รับออกซิเจนและพ่นยาเหมือนกัน ส่วนกิจกรรมที่มีความแตกต่างกัน รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยเพศชายวัยกลางคน นอนรักษาตัว 6 วัน มีโรคประจำตัว ได้รับสารน้ำทางหลอดดำ รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศหญิงวัยผู้สูงอายุ นอนรักษาตัว 5 วัน ใส่ NG for feed On injection pug รายที่ 1 จำหน่ายอาการทุกเลา นัดตรวจ ARV clinic วันอังคาร รายที่ 2 จำหน่ายอาการทุเลา นัดตรวจอีก 14 วัน คลินิกตรวจโรคทั่วไป OPD วันที่ 19/05/2025

สรุปข้อเสนอแนะ : ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรร่วมทบทวนและออกแบบการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้การดูแลแบบผสมผสานและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่รับไว้นอนรักษาและผู้ป่วยนอก การดูแลรักษาบูรณาทางคลินิกให้ครอบคลุมเพื่อป้องกันโรคโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา การฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

คำสำคัญ : ปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ; ปอดอักเสบติดเชื้อ; Pneumonia

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังหิน

Abstract

Purpose : To study the Nursing care for patients with multidrug-resistant pneumonia at Wang Hin Hospital : Case Study 2 case.

Study design : This study employed content analysis to compare two specific case studies of patients with multidrug-resistant pneumonia who received treatment at Wanghin Hospital, Sisaket Province in 2025.

Materials and Methods : Patients with multidrug-resistant pneumonia receiving integrated care at Wanghin Hospital were selected for this study. Data collection included assessment, history taking, and collaborative nursing planning based on nursing diagnoses. Individualized outcomes were summarized and evaluated, including physical examinations and laboratory test results. The data was analyzed using a holistic nursing approach, including the nursing process, nursing plan, continuous evaluation, discharge planning, and individualized care. Improvements were made according to the nursing process until discharge.

Main finding : Treatment of two patients with drug-resistant pneumonia. They were transferred to Wang Hin Hospital to receive antibiotics. They also received oxygen and medication. Patient 1 was discharged with no symptoms and has a follow-up appointment at the ARV clinic with a plan to start ART (Artificial Respiratory Therapy). Patient 2 was discharged with improved symptoms and has a follow-up appointment in 14 days at the general outpatient clinic (OPD). Appointment date: May 19, 2025.

Conclusion and recommendations : A multidisciplinary team should collaboratively review and design a health assessment for patients with drug-resistant pneumonia to ensure effective integrated care and rehabilitation for both inpatients and outpatients. Comprehensive clinical integration should focus on the prevention of drug-resistant pneumonia and rehabilitation after diagnosis to enable patients to care for themselves.

Keywords : Ventilator-associated pneumonia; Infectious pneumonia; Pneumonia

*Expert professional nurse, Out-Patient Department at Wang Hin Hospital.

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการติดเชื้อซ้ำเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อขณะเข้ารับการรักษาในโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่มีอาการอักเสบของตำแหน่งเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้ลดลงจนเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้บ่อยและพบได้มากในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[1-2] เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบองค์รวม[1,3] ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบได้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยทุกคนมีวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและรู้ถึงวิธีการป้องกันโรคปอดอักเสบก็จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบลงได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น ออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารจะช่วยลดอาการสำลักได้ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดในช่วงที่มีไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่ระบาด หลีกเลี่ยงการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นเป็นประจำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่สูบบุหรี่ ไม่เข้าใกล้ควันบุหรี่ ควันไฟ หรือควันจากท่อรถยนต์ ฝึกบริหารปอดเพื่อให้ปอดแข็งแรง รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี สิ่งเหล่าจะช่วยป้องกันการเกิดโรคและช่วยลดความรุนแรงเมื่อเกิดโรคปอดอักเสบลงได้[4-6]

โรงพยาบาลวังหินจังหวัดศรีสะเกษเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยมารับบริการ ปี พ.ศ. 2565 - 2568 จำนวน 2,488 คน จำนวน 2,714 คน จำนวน 3,662 คน และจำนวน 4,100 คน ตามลำดับ พบว่าได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วย จำนวน 336 คน จำนวน 335 คน จำนวน 549 คน และจำนวน 480 คน โรคที่พบอันดับแรกของหอผู้ป่วย คือ 1. ปอดอักเสบ (Pneumonia) 2. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และ 3. ไข้หวัด RSV (Respiratory Syncytial Virus : RSV) ตามลำดับ โรคติดเชื้อเหล่านี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคปอดอักเสบร่วมด้วย อาจส่งผลให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพร่างกาย การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลมีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 กรณี

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาใช้รูปแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบเฉพาะรายกรณี 2 ราย โดยการเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ประกอบด้วย

1. ทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังหิน ปี พ.ศ. 2568

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อนแบบเจาะจง ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลวังหิน

3. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

3.1 รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ค้นหาปัญหาความต้องการ และประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

3.2 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

3.3 วางแผนให้การพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล

3.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

3.5 ประเมินผลการพยาบาล จากคุณภาพการพยาบาล และประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาล

4. อภิปราย สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

5. ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และปรับปรุงแก้ไขให้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

6. เขียนรายงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลร่วมวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์โดยนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาล และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาลการศึกษาทางการพยาบาลได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายมาใช้ใน การดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นปรับปรุงแก้ไข ตามกระบวนการพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้รูปแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจาและการเซ็นยินยอม ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากรณีศึกษา 2 กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-169 รับรองเมื่อ 28 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยเปรียบเทียบ 2 ราย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 โดยศึกษาเปรียบเทียบจำนวน 2 ราย ข้อมูลได้จากการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว สืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

การเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างในประเด็นที่ซับซ้อน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลสรุปการเปรียบเทียบผู้ป่วยรายกรณี 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี ผิวดำแดง ส่วนสูง 167 เซนติเมตร สถานภาพสมรส โสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี ผิวดำแดง ส่วนสูง 150 ซม. สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ	พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงเป็นวัยทำงานและวัยสูงอายุ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	PCP ขาดยา ARV 1 ปี	ปฏิเสธ	กรณีศึกษาที่ 1 มีประวัติโรคประจำตัวและขาดยา
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย เข้ารักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ 1 วันก่อนมา case UPขาดยา on ETT refer--> Treatment PCP + Pneumonia หลัง Off tube try wean o2-->อาการดีขึ้น แล้วจึงrefer back รพช.เพื่อ Try wean o2 ATB ต่อ แรกรับ ER at 16.30 น. มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี-ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ต่ำ T=37.8c หายใจหอบ lung-crepitation BL, o2-sat RA93%-->on o2 canular 3LPM--> o2-sat 98% admit fast track IC on 0.9%NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs มาจาก รพ. ศรีสะเกษ V/S ก่อน admit T=37.8c, PR=100/min RR=24-26/min BP= 110/70 mmhg o2canular 3LPM sat 98%	ผู้ป่วย Case aplastic anemia S/P bone marrow biopsy เรื่อง Hct. = 12% -->LPRC 1 unit ส่งตัวกลับมารักษาต่อ เรื่อง Pneumonia MDR--> Meropenem 2 gm. Iv q 8hrs x 7 day และ Refer back for try wean o2 รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี เหนื่อยเพลีย ส่วนสูง 150 เซนติเมตร แรกรับ ER มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 วัดไข้ = 37.7 องศาเซลเซียส O2-sat RA 94% on o2 canular 3 LPM-->o2-sat 97% on H/L On NG for feed	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายป่วยด้วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา ได้ส่งตัวกลับมารักษาด้วยการรับยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกาย

แผนการรักษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
การตรวจร่างกาย	ชายไทย วัยทำงาน รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสีมีอาการตามองภาพชัด น้ำหนัก - กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร แรกรับ ER at 16.30 น. มาโดย	หญิงไทย วัยผู้สูงอายุ รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี เหนื่อยเพลีย ส่วนสูง 150 เซนติเมตร แรกรับ ER มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 วัดไข้ = 37.7 องศาเซลเซียส	-แรกรับกรณีศึกษาที่ 1 รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี มีอาการ ตามองภาพชัด ไข้ T=37.8 c หายใจหอบ lung - crepitation BL, o2-sat

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แผนการรักษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
	เปลนอน รู้สึกตัวดี-ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ T=37.8 c หายใจหอบ lung-crepitation BL, o2-sat RA93% on o2 3LPM o2- sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. มาจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ V/S ก่อน admit T=37.8c PR=100/min RR=24-26/min BP=110/70 mmhg. -->on o2canular 3LP การวินิจฉัย Bacterial pneumonia with PCP	O2- sat RA 94% on o2 canular 3 LPM-->o2-sat 97% on H/L On NG for feed การวินิจฉัย Pneumonia Klebsiella pneumonia with Aplastic anemia	RA93%-->on o2 canular 3LPM-->o2- sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. มาจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ V/S ก่อน admit T=37.8c PR=100/min RR=24-26/min BP=110/70 mmhg. -->on o2canular 3LP การวินิจฉัย Bacterial pneumonia with PCP

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลประเมินผู้ป่วยตามแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	-ผู้ป่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ว่า ตนเองสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยจากโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	-ผู้ป่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ว่า ตนเองสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยจากโรคภาวะซีด ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อาการเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร	-รับประทานตามปกติ ประเภทเนื้อสัตว์ ผัก รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารตรงเวลา อาหารที่รับประทานเป็นพิเศษจำพวกเนื้อ ปลา ผักลวก ข้าวเหนียว อาหารเสริมที่รับประทานเพิ่มเติมจำพวกเครื่องดื่ม เช่น นม ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มกาแฟ อาหารที่รับประทานรสชาติเป็นไปตามชนิดของอาหาร จำกัดปริมาณเกลือ รับประทานร่วมกับคนในครอบครัวที่บ้านดื่มน้ำจากเครื่องกรองน้ำ	-อาหารที่รับประทานตามปกติ รับประทานพื้นบ้าน รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารตรงเวลา อาหารที่รับประทานเป็นพิเศษจำพวกเนื้อปลา ผักลวก ข้าวเหนียว ผู้ป่วยปฏิเสธ การดื่มกาแฟ อาหารที่รับประทานรสชาติเป็นไปตามชนิดของอาหาร จำกัดปริมาณเกลือ รับประทานร่วมกับคนในครอบครัวที่บ้านดื่มน้ำจากเครื่องกรองน้ำ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	-ขับถ่ายปัสสาวะวันละประมาณ 3-4 ครั้ง กลางวันประมาณ 2 ครั้ง กลางคืนประมาณ 1-2 ครั้ง เคยมีอาการปัสสาวะเล็ดขณะไอจาม ไม่มีอาการแสบขัดขณะปัสสาวะ -ปกติช่วยเหลือตนเองหลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้	-ให้ประวัติว่าโดยปกติขับถ่ายปัสสาวะ วันละประมาณ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการแสบขัดขณะปัสสาวะ ขับถ่ายอุจจาระวันประมาณ 1 ครั้ง โดยปกติผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำความสะอาดหลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	-ก่อนการเจ็บป่วยขณะอยู่บ้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และการขับถ่าย ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ -ไม่เคยมีประวัติการเดินลำบาก เคยมีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อหลังจากทำงานออกแรงบางครั้ง แขนขาไม่ผิดรูป	-ก่อนการเจ็บป่วยขณะอยู่บ้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และการขับถ่าย ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ -ไม่เคยมีประวัติการเดินลำบาก เคยมีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อหลังจากทำงานออกแรงบางครั้ง แขนขาไม่ผิดรูป
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	-พักผ่อนโดยการนอนหลับ วันละ 6-7 ชั่วโมง นอนหลับได้ดีไม่ตื่นระหว่างกลางคืนนอนหลับโดยไม่ต้องพึ่งยานอนหลับ	-พักผ่อนโดยการนอนหลับ วันละ 3 - 4 ชั่วโมง นอนหลับได้ไม่สนิท ตื่นบ่อยระหว่างกลางคืน
แบบแผนที่ 6 เพศและการเจริญพันธุ์	-สามารถพูดคุยและแต่งกายเหมาะสมกับเพศ ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์	-พูดคุยและแต่งกายเหมาะสมกับเพศ ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์
แบบแผนที่ 7 สติปัญญาและการรับรู้	-มองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง สวมแว่นตาอ่านหนังสือได้ชัดเจน ไม่เป็นโรคตาแดง -การได้ยินชัดเจน ไม่มีประวัติเป็นหูน้ำหนวก -สามารถรับรู้บุคคล เวลาสถานที่ได้ถูกต้อง ความจำปกติหลงลืมเป็นบางครั้ง จากการบอกเล่าของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล	-การมองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง ไม่สวมแว่นตา ไม่เป็นโรคตาแดง -การได้ยินชัดเจน ไม่มีประวัติเป็นโรคหู -ผู้ป่วยสามารถรับรู้บุคคล เวลาสถานที่ได้ถูกต้อง ความจำปกติหลงลืมเป็นบางครั้ง จากการบอกเล่าของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล
แบบแผนที่ 8 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- ผู้ป่วยมองว่าตนเองมีคุณค่าเป็นสมาชิกในครอบครัว มีภาระต้องดูแลครอบครัว เป็นคนดีคนหนึ่งในสังคม ยังมีความสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ -ขณะเจ็บป่วย มีผู้ป่วยมองตนเองว่าเป็นธรรมดาที่ต้องภาระคนอื่น ช่วยดูแลแต่ยังมองว่าตนเองไม่ได้เป็นที่พึ่งพา พฤติกรรมปกติไม่ได้สนใจรูปร่างหน้าตาเป็นพิเศษ	-ผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว ต้องให้ลูกและหลานดูแล ผู้ป่วยเป็นคนดีคนหนึ่งในสังคม ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ -ขณะเจ็บป่วย มีผู้ป่วยมองตนเองว่าเป็นธรรมดาที่ต้องภาระคนอื่น ช่วยดูแลแต่ยังมองว่าตนเองไม่ได้เป็นที่พึ่งพา พฤติกรรมปกติไม่ได้สนใจรูปร่างหน้าตาส่วนใดเป็นพิเศษ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 9 บทบาทและสัมพันธภาพ	-ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ไม่มีเรื่องขัดแย้งกัน การตัดสินใจส่วนใหญ่จะตัดสินใจร่วมกัน การเจ็บป่วยผู้ป่วยใช้สิทธิ์บัตรสุขภาพ	-ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ไม่มีเรื่องขัดแย้งกัน การตัดสินใจส่วนใหญ่จะตัดสินใจร่วมกัน การเจ็บป่วยผู้ป่วยใช้สิทธิ์บัตรสุขภาพ
แบบแผนที่ 10 ความเครียดและความทนทานกับความเครียด	-ผู้ป่วยเป็นเงียบขรึม ไม่ชอบเข้าสังคม เวลาไม่สบายใจจะเงียบ เรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยคือคิดว่าตนเองเป็นภาระ	-ผู้ป่วยมักเป็นคนเงียบเวลามีปัญหาไม่สบายใจจะเก็บไว้เอง เรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยคือคิดว่าตนเองจะเป็นภาระให้กับลูก
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	-ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ โดยปกติจะไปทำบุญที่วัดทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีโอกาส ผู้ป่วยเชื่อในคำสอนของพระพุทธเจ้ามองว่าคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเรื่องจริง พระพุทธเจ้าสอนในสิ่งที่เป็นจริง ไม่มีความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ไม่เคยปฏิบัติพิธีทางด้านไสยศาสตร์ และไม่เคยรับการรักษาด้านอื่น มีความเชื่อว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยเกิดจากการที่ร่างกาย อ่อนแอ	-ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ โดยปกติจะไปทำบุญที่วัดทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีโอกาส ผู้ป่วยเชื่อในคำสอนของพระพุทธเจ้ามองว่าคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเรื่องจริง พระพุทธเจ้าสอนในสิ่งที่เป็นจริง ไม่มี ความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ไม่เคยปฏิบัติพิธีทางด้านไสยศาสตร์ และไม่เคยรับการรักษาด้านอื่น นอกจากการแพทย์แผน

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา

แผนการรักษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การร่วมมือกับแพทย์ในการวินิจฉัยโรคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที การเก็บ เสมหะส่งเพาะเชื้อเพื่อหายาปฏิชีวนะที่จะทำลายเชื้อนั้นได้ถูกต้อง 2. การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาปฏิชีวนะตัวอื่นที่ใช้ได้แก่ Cephalosporins, Ampicillin, Erythromycin ซึ่งมีการรักษาเชื้อ Staphylococcus ซึ่งอาจต้องให้ยา Stapphicillin หรือยา Methicillin เป็นต้น 3. การดูแลและบำบัดทางระบบหายใจโดยเฉพาะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย	-On O2 cannula 3 LPM keep O2sat <90, RR <28 -Bero dual Solution 4 ml 1 neb NB prn -Co-Trimoxazole TAB (400+80mg.) (C/D3rd) (L3) 4x3 po pc ต่ออีก 5 วัน [total 21 day] - MEROPENAM 1 GM 1 gm ivq 8 hr จนครบ 7 วัน - Prednisolone TAB. 5mg.	-On O2 cannula 3 LPM keep O2sat <90, RR <28 BERODUAL Solution 4 ml 1 NB prn -Meropenem 1 GM 2 g ivq 8 hr จนครบ 7 วัน (start 27/4/68) -Chlorpheniramine 4 mg. 1x3 po pc -Dextromethorphan 15 mg. Tab 1 เม็ด เวลา ไอมาก ทุก 6 ชั่วโมง -Paracetamol 500mg.

ตารางที่ 4 (ต่อ)

แผนการรักษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ปอดอักเสบเนื่องจาก การระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซอาจจะไม่ดีเพียงพอ การดูแลและบำบัดทางระบบหายใจนี้จะต้องเหมาะสม การไอในผู้ป่วยวัยชรามักจะน้อย และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือมีโรคปอดอย่างอื่นร่วมอยู่ด้วยอาจจะเกิดขาดออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลว	< C/D1st > 4x1 po pc ต่ออีก 5 วัน [total 21 day] TAB. -Paracetamol 500 mg. (B) (L1) 1 tab po prn q 4-6 hr. -ORS ผู้ใหญ่ (ผงเกลือแร่)	1 เม็ด เวลาไข้ปวด ทุก 4 ชม. -Folic Acid tab 5 MG ยาบำรุงเลือด >1x1 po pc -anorolic(50) 1*2 po pc -Ambroxol 30 mg (NED)-ยาผู้ป่วยใน 1*3 po pc

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. เฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. On ET-tube with Ventilator หรือ On O2 canula 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC=5.0-12.0 x 10^3 cell/mm^3 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม **เกณฑ์การประเมินผล** 1. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.0 องศาเซลเซียส 2. On O2 canula ให้เร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า WBC= 5,000–10,000 cell/mm^3 4. ดูแลให้ออกซิเจนเพื่อไม่ให้ติดเชื้อในเยื่อหุ้มปอดเหมือนกัน 5. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปรวมทั้ง Unit ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. แนะนำดื่มน้ำอุ่นเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่ายซึ่งช่วยลดเชื้อในทางเดินหายใจ	1. เฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** S: On canular 3 LPM หายใจ=22 ครั้ง/นาที (26 เมย.68) O: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC=5.75 x 10^3 cell/mm^3 **การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ=37.8 องสาเซลเซียส ชีพจร=100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 110/70 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ	1. เฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. pneumonia MDR--> meropenem 2 gm. Iv q 8hrs x 7 day และ refer back for try wean o2 (29 เม.ย.68) 2.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC=50.38 x 10^3 cell/mm^3 **การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที BP 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินผล 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ=36.0-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร=70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ		
2. การติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีช่องทางเข้าของเชื้อโรค **ข้อมูลสนับสนุน** 1. On O2 canula 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC = 5.75 x 10^3 cell/mm^3 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม **เกณฑ์การประเมินผล** 1. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 36.0-37.9 องศาเซลเซียส 2. On O2 canula ให้ผู้ป่วยปลอดภัย 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า WBC= 5,000–12,000cell/mm^3 4. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปรวมทั้ง Unit ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. แนะนำดื่มน้ำอุ่นเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่ายซึ่งช่วยลดเชื้อในทางเดินหายใจ **การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ = 36.0-37.9 องสาเซลเซียส ชีพจร=70 -100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ	2. การติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีช่องทางเข้าของเชื้อโรค **S:** T= 37 c PR= 88 /min BP= 143 / 87 mmHg RR= 24 /min **Focus List** - ติดเชื้อในร่างกายตั้งแต่วันที่ 26 เมย.- 2 พ.ค.2568 **อาการผู้ป่วย** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ไม่หอบ O2sat 92% RA On canular 3 LPM O2sat 98% **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ไม่เหนื่อยหอบ On canular 3 LPM O2sat 98%	2. การติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีช่องทางเข้าของเชื้อโรค **S:** อุณหภูมิ 36.8 องศา ชีพจร 114 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg (29 เม.ย.2568) **Focus List** - ติดเชื้อในร่างกายตั้งแต่วันที่ 30 เม.ย. 2568 A: S: ไข้แนวโน้มลดลง O: V/S BP Stable Lung: no subcostal retraction, rhonchi Ext: full pulse A: Pneumonia MDR U/D: Aplastic Anemia P: Continue Meropenem **อาการผู้ป่วย** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยหอบลดลง ไม่มีไข้ on Oxygen cannula5LPM O2sat96% **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ไม่เหนื่อยหอบ On canular 3 LPM O2sat 98%

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจาก Respiratory failure **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผลการตรวจ 1.1 Chest x - ray 1.2 On O2 canula ให้ผู้ป่วยปลอดภัย 1.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า WBC= 5,000–12,000cell/mm^3 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยหายใจทางจมูกอัตราจังหวะสม่ำเสมอ ทรวงอกทั้งสองข้างขยายเท่ากัน ริมผีปากไม่เขียว 2. สัญญาณชีพปกติ หายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง/นาที 3. ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหลับพักผ่อนได้ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. การประเมินสภาพผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์การให้ออกซิเจนที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 2. ให้ออกซิเจนหายใจดี ไม่มีภาวะเขียวปลายนิ้วมือ 3. จัดท่านอนให้เหมาะสม โดยจัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อช่วยให้มีการระบายอากาศเข้าออกปอดได้อย่างเพียงพอและสะดวกขึ้น 4. ดูแลให้ได้รับ Nebule พ่นทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนได้เพียงพอ - อาการเขียวตามปลายมือปลายเท้าและริมฝีปาก - การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ - สภาพของผู้ป่วย มีอาการสับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง - หายใจหอบ ปีกจมูกบาน ใช้กล้ามเนื้อหน้าอกและท้องช่วยในการหายใจมากขึ้น 6. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อ	-	3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจาก Respiratory failure **ข้อมูลสนับสนุน** : ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย เหนื่อยเพลียลดลง กินข้าวทางปากได้มากขึ้น O: V/S BP Stable SpO2 RA 97% Lung: no subcostal retraction, clear Ext: full pulse A: Pneumonia MDR U/D: Aplastic Anemia P: Continue IV ATB **การประเมินผล** ผู้ป่วยสดชื่น อัตราการหายใจปกติ=20-22 ครั้ง/นาที ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่เหนื่อยหอบ นอนหลับพักผ่อนได้

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง 8. แนะนำการไอที่ถูกวิธี เพื่อลดการคั่งของเสมหะที่ปอดและทางเดินหายใจโดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าลึกๆกลั้นหายใจ 2–3 วินาที แล้วไอออกมาแรงๆ 9. จัดกิจกรรมการพยาบาลในเวลาเดียวกันเพื่อลดการใช้ออกซิเจน **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นไม่ได้รับออกซิเจน 2. อัตราการหายใจปกติ = 20 ครั้ง/นาที ในวันจำหน่วยทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีปลายมือและปลายเท้าเขียว 3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้วันละประมาณ 8 ชั่วโมง		
4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล ญาติถามว่า “อาการจะดีขึ้นไหม” 2. สีหน้าหม่นหมอง เศร้าซึม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **เกณฑ์การประเมิน** 1. ผู้ป่วยและญาติ ระบายความรู้สึก ความกลัวที่เกิดขึ้น 2. ผู้ป่วยแลครอบครัว ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วยดีและปฏิบัติตามคำแนะนำ	3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย Temp : 37 c PR : 88 /min BP : 143 / 87 mmHg RR : 24 /min วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอาการ ผู้ป่วยภาพรวมเมื่อรับเวรแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าวิตกกังวล A: Assessment -ผู้ป่วย good conscious -สีหน้าวิตกกังวลครุ่นคิด I: Intervention -เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกซักถาม -อธิบายพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ -ดูแลนอนพักบนเตียง E: Evaluation ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค	4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตรวจร่างกายแรกรับ ส่วนสูง 150 cm. อุณหภูมิ 37.6 องศา ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที BP 140/90 mmHg แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หอบเหนื่อย ไม่มีข้อเกร็ง สีหน้าวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติยิ้มแย้มสดชื่นขึ้น สามารถเปิดใจระบายความรู้สึกความกลัวต่อการเจ็บป่วยได้ ถาม-ตอบปัญหาข้อข้องใจต่างๆได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคคลายวิตกกังวล

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อการเจ็บป่วยโดยการเปิดโอกาสให้พูดคุยถึงความรู้สึกหรือสิ่งที่คาดหวังได้ 2. สร้างสัมพันธภาพกัลป์ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอ 3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สุภาพและเป็นกันเอง บอกผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ให้หารรักษาทุกครั้ง 4. บอกความก้าวหน้าการพยากรณ์และแผนการดูแลตามความเหมาะสม 5. เปิดโอกาสให้ซักถาม ตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเหมาะสม 6. ให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง 7. ให้อิสระในการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยและญาติยิ้มแย้มสดชื่นขึ้น สามารถเปิดใจระบายความรู้สึก ความกลัวต่อการเจ็บป่วยได้ 2. ผู้ป่วยกล้าซักถามปัญหา ข้อข้องใจต่างๆ 3. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	คลายวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติยิ้มแย้มสดชื่นขึ้น สามารถเปิดใจระบายความรู้สึกความกลัวต่อการเจ็บป่วยได้ ถาม-ตอบปัญหาข้อข้องใจต่างๆได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	
5. ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วย และเหนื่อยอ่อนเพลีย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย บ่นปวดตามร่างกาย 2. เคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากผู้ป่วยนอนตลอดไม่ค่อยทำกิจกรรม **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามสภาพ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้	**4. ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วย** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย 2. หายใจ On canular 3 LPM O2sat 95 % **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้พักผ่อนได้มากขึ้นและไม่ให้รบกวนเวลาพักผ่อน จำกัดคนเยี่ยม ลดเสียงดังรบกวนผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถทำได้	**5. ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วย และเหนื่อยอ่อนเพลีย** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย 2. หายใจ On Oxygen cannula 5 LPM O2sat 96 % **การประเมินผล** ผู้ป่วยหายใจไม่หอบ RR = 20 ครั้ง/นาที นอนหลับพักผ่อนได้วันละประมาณ 6–7 ชั่วโมง สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดแบ่งกิจกรรมให้เป็นหมวดหมู่เพื่อจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนได้มากขึ้นและไม่ให้รบกวนเวลาพักผ่อน 2. จัดท่านอนที่สุขสบาย และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จำกัดคนเยี่ยม ลดเสียงดังรบกวน 4. แนะนำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่เร่งรีบ โดยเพิ่มกิจกรรมขึ้นทีละน้อยเท่าที่จะทำได้ 5. ติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อดูว่าสามารถทำได้มากขึ้น **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้วันละประมาณ 6–7 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง เช่น ลุกเดินเข้าห้องน้ำเองได้	มากขึ้นโดยไม่มีอาการเหนื่อยหรืออาการเหนื่อยลดลง	
6. การวางแผนจำหน่าย **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยยังตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง **วัตถุประสงค์การพยาบาล :** ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1. สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยบอกถึงความหมาย สาเหตุ ของการเกิดโรคได้ถูกต้อง 3. รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงโรค ตลอดจนอาการผิดปกติที่ควรรักษาพยาบาล **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเดิมของผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องและเหมาะสม 2. อธิบายถึงลักษณะของโรค สาเหตุ อาการ วิธี	**5. การวางแผนจำหน่าย** **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1. สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ 2. ผู้ป่วยบอกเล่าถึงสาเหตุของการเกิดโรคและอาการปัจจุบันได้ถูกต้อง 3. รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค ตลอดจนอาการผิดปกติที่ควรรักษาพยาบาล **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องโรคและสามารถบอกอาการ	**6. การวางแผนจำหน่าย** **ข้อมูลสนับสนุน :** อธิบายข้อมูลการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1. สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยบอกเล่าถึงสาเหตุของการเกิดโรคและอาการปัจจุบันได้ถูกต้อง 3. รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค ตลอดจนอาการผิดปกติที่ควรรักษาพยาบาล **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องโรค และสามารถบอกอาการผิดปกติของโรค ตลอดจนสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษาและให้ผู้ป่วยอธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปอดอักเสบด้วยถ้อยคำของผู้ป่วยเอง 3. บอกวัตถุประสงค์การปฏิบัติตัวเพื่อเป็นข้อมูลในการรักษากับบุคลากรทางการแพทย์ 4. จำกัดข้อมูลเป็นตอนๆ ในแต่ละครั้งและควรใช้ศัพท์ที่เข้าใจง่าย 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามปัญหา 6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติต้องมาพบแพทย์ **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค อาการของโรคตลอดจนสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	ผิดปกติของโรค ตลอดจนสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	

วิจารณ์

ผลการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลศรีสะเกษ คลินิกตรวจโรคทั่วไป OPD กรณีศึกษา2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี ผิวดำแดง วันที่มารับบริการ 26 เมษายน พ.ศ.2568 วันที่จำหน่าย 2 พฤษภาคม พ.ศ.2568 การวินิจฉัยครั้งแรก Bacterial pneumonia with PCP ทางโรงพยาบาลได้รับประสานรับ Case Pneumonia for continue ATB sputum c/s: Klebsiella pneumoniae (MDR) เข้า IPD การเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย เข้ารักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ 1 วันก่อนมา case UP ขาดยา on ETT refer treatment PCP + Pneumonia หลัง off tube try wean O2 อาการดีขึ้น จึง Refer back เพื่อ Try wean O2 และรับ ATB ต่อเนื่อง at ER เวลา 16.30 น. มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ต่ำ T=37.8 องศาเซลเซียส หายใจหอบ lung-crepitation BL, O2sat RA 93% On O2 canular 3LPM O2sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. Vital Sign ก่อน admit T=37.8 c, PR=100/min RR=24-26/min BP=110/70 mmHg on O2 canular 3LPM O2sat 98% โรคประจำตัวคือ ARV ขาดยา 1 ปี แรกรับ ER at 16.30 น. มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ T=37.8 c หายใจหอบ lung-crepitation BL, O2sat RA93%, on O2 canular 3LPM, O2sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. การวินิจฉัยครั้งแรก Bacterial pneumonia with PCP Admit ได้รับการตรวจ CBC, BUN, Cr., Elyte Consult ARV clinic On O2 cannula 3 LPM keep O2sat <90%, RR <28 ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml iv drip 60 ml/hr ได้รับยาParacetamol 500mg.(B) ORS ผู้ใหญ่ผสม 24 ชั่วโมงและยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 gm. Iv q. 8 hr ครบ 7 วัน (4 พ.ค.2568) Co-Trimoxazole Tab (400+80) mg. (C/D3rd) (L3) 4x3 po pc (21 day) Prednisolone TAB. 5mg. 4x1 po pc ต่ออีก 5 วัน (total 21 day) -off 01/05/2568 09.14 ได้รับยาครบ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัด ARV Clinic start ART ลงวันนัด ได้รับยากลับบ้าน คือ PARACETAMOL 500mg. (B) (L1) 1 tab po prn q 4-6 hr กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย

อายุ 84 ปี ผิวดำแดง วันที่ 29 เมษายน พ.ศ.2568 การวินิจฉัย Pneumonia Klebsiella pneumonia with Aplastic anemia อาการสำคัญ Case pneumonia MDR Refer back for control ATB ประวัติการเจ็บป่วย case aplastic anemia S/P bone marrow biopsy เรื่อง Hct.= 12%, LPRC 1 unit ส่งกลับมารักษาต่อเรื่อง Pneumonia MDR รับยา meropenem 2 gm. Iv q 8hrs x 7 day และ refer back for try wean O2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว คือ ปฏิเสธ รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี เหนื่อยเพลีย ถึง ER มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 วัดไข้ = 37.7 องศาเซลเซียส O2-sat RA 94% on o2 canular 3 LPM-->o2-sat 97% on H/L On NG for feed ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที BP 140/90 mmHg แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม-ตอบ รู้เรื่องหอบเหนื่อย ไม่มีข้อเกร็ง สีหน้าวิตกกังวล การรักษาที่ได้รับ on Oxygen 5 LPM Keep SpO2 > 92% RR<30/min, Berodual Solution (4ml) 1 neb NB q 8 hr with prn (30/04/2025), DB (1:1) 250 ml x 4 feeds นอนหัวสูง 30 องศา Meropenem 2 gm. IV ทุก 8 hrs. ครบ 7 วัน (start 27/4/68), Chlorpheniramine (4 mg.) 1x3 po pc, Dextromethorphan (15 mg) 1 เม็ด เวลาไอมากทุก 6 ชั่วโมง, Paracetamol (500mg.) 1 เม็ด เวลาไข้ปวดทุก 4 ชั่วโมง, Folic Acid (5 mg) 1x1 po pc, Anabolic (50mg) 1x2 po pc, Ambrosoli (30mg) NED 1x3 po pc (29/04/2568) จำหน่ายวันที่ 4 พฤษภาคม 2568 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ยากลับบ้านมี Chlorpheniramine 4 mg./M 1 x 3 po pc, Dextromethorphan 15 mg Tab 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง, Paracetamol 500mg. 1 เม็ด เวลาไข้ปวด ทุก 4 ชม., Folic acid TAB. 5 MG 1x1 po pc, Anor Olic (50) 1x2 po pc, Ambrosoli 30 mg (NED) 1x3 po pc นัดตรวจอีกครั้งที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก คลินิกตรวจโรคทั่วไป นัดอีก 14 วัน วันที่ 19 พฤษภาคม 2568 เวลา 08:00 น.

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลชุมชนควรมี NCPGs การดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาเพื่อเพิ่ม สมรรถภาพพยาบาลให้ทุกคนสามารถประเมินวินิจฉัยทางการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในทุกระยะเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการเป็นซ้ำทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร และนักกายภาพบำบัด ควรร่วมกันทบทวนและจัดทำเครื่องมือแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้การดูแลที่ผสมผสานและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การบูรณาทางคลินิกให้ครอบคลุมการดูแลรักษาเพื่อป้องกันโรคโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา จนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังหินที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูล ขอบคุณงานสำนักงานวิจัย กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นส่วนสำคัญที่จะข้อมูลสนับสนุนและตัวแทนบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการจัดทำงานวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดาแลครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชลาลัย คล้ายพิมพ. ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต. 2563;39(3):92-9.
2. ปองนุช บุญยไพศาลเจริญ. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรี" ได้รับการตีพิมพ์ใน โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2562;28:43-54.
3. นงณภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Health Assessment: A Holistic Approach).

โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

4. สุณิตา ทองบ่อ, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2567:1-15.
5. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรษา วรมาล. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563.
6. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. การประเมินความรุนแรงของอาการโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23:483-93.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Effects of a Self-Management Support Program on Health Behaviors and Clinical Outcomes in Hypertensive Patients to Delay Kidney Function Decline

สมทรง ศรีประสิทธิ์*

Somsong Sriprasit

Corresponding author: E-mail: Somsong8728@gmail.com

(Received: January 17, 2025; Revised: January 24, 2025; Accepted: February 24, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design)

วัสดุและวิธีการ : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของสถานบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 23.07 (SD. = 1.84) เป็น 25.27 (SD. = 1.27) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.20 คะแนน (95% CI: 1.624–2.775, $p < .001$) ขณะที่คะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 55.07 (SD. = 7.30) เป็น 60.27 (SD. = 5.33) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.20 คะแนน (95% CI: 3.166–7.234, $p < .001$) ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 66.23 เป็น 67.90 โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.67 (95% CI: 0.122–3.207, $p = .035$) และระดับความดันโลหิตลดลงทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก โดย SBP ลดลงจาก 142.63 mmHg เป็น 137.03 mmHg ลดลงเฉลี่ย 5.60 (95% CI: –7.186 ถึง –4.014, $p < .001$) และ DBP ลดลงจาก 89.67 mmHg เป็น 85.77 mmHg ลดลงเฉลี่ย 3.90 (95% CI: –5.717 ถึง –2.083, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าเฉลี่ย 25.27 เทียบกับ 23.00 (Mean diff = 2.27, 95% CI: 1.460–3.082, $p < .001$) และมีคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Mean diff = 7.14, 95% CI: 4.281–10.000, $p < .001$) นอกจากนี้ ค่าการกรองของไต ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean diff = 9.75, 95% CI: 4.787–14.713, $p = .0003$) และระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง SBP (Mean diff = –4.34) และ DBP (Mean diff = –13.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเหมาะสำหรับนำไปใช้จริงเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; ความดันโลหิตสูง; พฤติกรรมสุขภาพ; ผลลัพธ์ทางคลินิก; การชะลอการเสื่อมของไต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

Abstract

Purposes : This study aimed to compare the mean scores of knowledge, health behaviors, and clinical outcomes among patients with hypertension.

Study design : Quasi-experimental design.

Materials and Methods : A quasi-experimental design was employed involving 60 hypertensive patients who met the inclusion criteria. Participants were assigned to either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30). The program consisted of six sessions delivered over a 12-week period. The control group received routine standard care. Data were collected using validated questionnaires assessing knowledge of hypertension, as well as health behaviors; all instruments demonstrated satisfactory content validity as evaluated by experts, and had a reliability coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and paired t-test). Statistical significance was set at $p < .05$.

Main Findings : After the intervention, hypertensive patients in the experimental group showed significant improvements in knowledge, health behaviors, and clinical outcomes. The mean knowledge score increased from 23.07 (SD. = 1.84) to 25.27 (SD. = 1.27), an increase of 2.20 points (95% CI: 1.624–2.775, $p < .001$). The mean health behavior score rose from 55.07 (SD. = 7.30) to 60.27 (SD. = 5.33), an increase of 5.20 points (95% CI: 3.166–7.234, $p < .001$). For clinical outcomes, the estimated glomerular filtration rate (eGFR) increased from 66.23 to 67.90 mL/min/1.73m², with a mean difference of 1.67 (95% CI: 0.122–3.207, $p = .035$). Both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased: SBP declined from 142.63 mmHg to 137.03 mmHg (mean difference = –5.60, 95% CI: –7.186 to –4.014, $p < .001$), and DBP decreased from 89.67 mmHg to 85.77 mmHg (mean difference = –3.90, 95% CI: –5.717 to –2.083, $p < .001$). Comparisons between the experimental and control groups after the intervention further demonstrated that the experimental group had significantly higher knowledge scores (25.27 vs. 23.00; mean difference = 2.27, 95% CI: 1.460–3.082, $p < .001$) and better health behavior scores (mean difference = 7.14, 95% CI: 4.281–10.000, $p < .001$). In addition, the experimental group exhibited significantly higher eGFR values (mean difference = 9.75, 95% CI: 4.787–14.713, $p = .0003$) and significantly lower SBP (mean difference = –4.34) and DBP (mean difference = –13.10) than the control group ($p < .001$).

Conclusion and Recommendations : The study showed that a self-management support program effectively improved health behaviors in patients with hypertension and helped slow kidney deterioration. Therefore, it is recommended for real-world application to promote long-term health outcomes.

Keywords : Self-management; Hypertension; Health behaviors; Clinical outcomes; Renal function preservation

---

*Registered Nurse Professional Level, Bang Kahai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1.28 พันล้านคนทั่วโลก และมีเพียงประมาณร้อยละ 42 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่เหมาะสม[1] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10.4 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ[2] โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องนานเกิน 3 เดือน และในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเอง เป็นโรคจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ[3-4]

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ยังคงพบช่องว่างขององค์ความรู้ (Research gap) ที่สำคัญ อันเกิดจากความไม่สอดคล้องระหว่างแนวทางการรักษาตามมาตรฐานกับการนำไปปฏิบัติจริงในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กล่าวคือ ยังขาดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจน เป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง อีกทั้งรูปแบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการรักษา และควบคุมอาการทางคลินิกเป็นหลักมากกว่าการเสริมสร้างสมรรถนะและทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยยังขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การติดตามอาการด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่บูรณาการทั้งมิติด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเฉพาะต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนา และทดสอบรูปแบบการดูแลที่เน้นการเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับความดันโลหิต และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบสองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group Pretest–Posttest Design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา อาศัยในพื้นที่วิจัยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีคุณสมบัติอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35–65 ปี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสูตรทางสถิติสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ได้จำนวนอย่างน้อย 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ส่งผลให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 30 คน โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) (1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิต ≥140/90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง จากผลตรวจตามปกติ (Routine OPD follow-up) ภายในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนเริ่มเข้าร่วมโปรแกรม (2) มีค่าการทำงานของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) อยู่ในระยะที่ 2 และ 3a (ค่า eGFR อยู่ระหว่าง 45–89 ml/min/1.73m²) จากผลตรวจในระบบบริการภายใน 12 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (3) มีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน (นับถึงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2568) (4) เพศชายหรือเพศหญิง อายุระหว่าง 35–65 ปี (5) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ในระดับที่เข้าใจเนื้อหาในแบบสอบถาม และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง (6) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และ (7) มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) (1) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (2) มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารอันเนื่องมาจากภาวะทางการได้ยิน การพูด หรือความเข้าใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อความครบถ้วนและความถูกต้องของการประเมิน และ (3) ไม่ยินยอมเข้าร่วม หรือขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การติดตามผล และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่อิงจากองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งให้ความสำคัญกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค รวมถึงแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[6] และแนวคิดการป้องกันการเสื่อมของไตที่มุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินของโรคไต เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง[7] ผู้วิจัยได้นำแนวคิด และทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง และชะลอการเสื่อมของไตอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของไตในระยะยาว

อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางของ วันวิสาข์ สนใจ[8] และกรรณิการ์ ชายพรม[9] ซึ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามทางโทรศัพท์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การอบรมแบบเข้มข้นจำนวน 2 วัน และการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลและสนับสนุนการนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ โครงสร้างหลักของโปรแกรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ และมุ่งเน้นการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอบเขตการวิจัย ได้แก่ ด้านข้อมูลทั่วไป ด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายรับ/รายจ่ายต่อเดือนของครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเก็บข้อมูลด้านความรู้ จำนวน 30 ข้อ และส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรม (การบริโภคอาหาร การรับประทานยาการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่) จำนวน 25 ข้อ รวมจำนวน 55 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอบเขตการวิจัย ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับตามวิธี Likert scale โดยแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และรายรับ/รายจ่ายต่อเดือนของครอบครัว แบบสอบถามด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมค่าความดันโลหิต และค่าการทำงานของไต (eGFR)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้รับการปรับปรุงตามข้อคิดเห็นเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมทดลองและแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้/รายจ่าย ระยะเวลาการเจ็บป่วย เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย (BMI) ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของการใช้สถิติพารามิเตอร์ ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk และการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วย Levene’s test ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ และความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงสามารถใช้สถิติพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ได้ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิตทั้งค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิก รวมถึงค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Independent t-test ทั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่รับรอง 063/2568 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 60.53 ปี (SD. = 3.29) และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 57.27 ปี (SD. = 7.75) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส กลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 63.3 อาชีพหลักส่วนใหญ่ คือการทำไร่/ทำนา/ทำสวน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 43.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7 รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 – 14,999 บาท (ร้อยละ 30.0) และในกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงเดียวกัน (ร้อยละ 36.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท (ร้อยละ 53.3) และในกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 10,000 – 14,999 บาท (ร้อยละ 40.0) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.5 ปี (SD. = 7.3) โดยมีค่าต่ำสุด 1 ปี และค่าสูงสุด 29 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.5 ปี (SD. = 7.5) โดยมีค่าต่ำสุด 1 ปี และค่าสูงสุด 30 ปี สำหรับ เส้นรอบเอว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 91.1 ซม. (SD. = 10.0) โดยมีค่าต่ำสุด 67.0 ซม. และค่าสูงสุด 103.0 ซม. ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 90.9 ซม. (SD. = 9.8) โดยมี ค่าต่ำสุด 67.0 ซม. และค่าสูงสุด 100.0 ซม. และ ดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 27.21 (SD. = 3.76) โดยมีค่าต่ำสุด 23.0 และค่าสูงสุด 35.87 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 27.38 (SD. = 3.92) โดยมีค่าต่ำสุด 23.0 และค่าสูงสุด 35.87

2. หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 23.07 คะแนน (SD. = 1.84) เป็น 25.27 คะแนน (SD. = 1.27) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.20 คะแนน (95% CI: 1.624–2.775) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้ ในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างเด่นชัดหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว ในขณะที่ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 55.07 คะแนน (SD. = 7.30) เป็น 60.27 คะแนน (SD. = 5.33) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.20 คะแนน (95% CI: 3.166–7.234; $p < .001$) สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 66.23 ml/min/1.73m² (SD. = 10.06) เป็น 67.90 ml/min/1.73m² (SD. = 10.26) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.67 (95% CI: 0.122–3.207; $p = .035$) ส่วนระดับความดันโลหิตพบว่า มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าความดันซิสโตลิกลดลง จาก 142.63 mmHg (SD. = 2.61) เป็น 137.03 mmHg (SD. = 4.54) ลดลงเฉลี่ย 5.60 mmHg (95% CI:–7.186 ถึง –4.014; $p < .001$) และค่าความดันไดแอสโตลิกลดลงจาก 89.67 mmHg (SD. = 3.69) เป็น 85.77 mmHg (SD. = 4.10) ลดลงเฉลี่ย 3.90 mmHg (95% CI: –5.717 ถึง –2.083; $p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ค่าการกรองของไต และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=30)	หลังทดลอง (n=30)	Mean Diff.	95% CI		p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		Lower	Upper	
ด้านความรู้	23.07(1.84)	25.27(1.27)	2.200	1.624	2.775	<.001
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	55.07(7.30)	60.27(5.33)	5.200	3.166	7.234	<.001
ค่าการกรองของไต (ml/min/1.73m²)	66.23(10.06)	67.90(10.26)	1.670	.122	3.207	.035
ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)						
- ซิสโตลิก (SBP)	142.63(89.67)	137.03(85.77)	-5.600	-7.186	-4.014	<.001
- ไดแอสโตลิก (DBP)	2.61(3.69)	4.54(4.10)	-3.900	-5.717	-2.083	<.001

3. ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 25.27 คะแนน (SD. = 1.27) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 23.00 คะแนน (SD. = 1.82) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ 2.27 (95% CI: 1.460–3.082; $p < .001$) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 60.27 คะแนน (SD. = 5.33) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 53.13 คะแนน (SD. = 5.73) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ 7.14 (95% CI: 4.281–10.000; $p < .001$) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าการกรองของไต (eGFR) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 67.90 ml/min/1.73m² (SD. = 10.26) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 58.15 ml/min/1.73m² (SD. = 8.87) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ 9.75 (95% CI: 4.787–14.713; $p = .0003$) แสดงว่าผลการทำงานของไตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับระดับความดันโลหิตพบว่า กลุ่มทดลองมีค่า ความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 137.03 mmHg (SD. = 4.54) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ 141.37 mmHg (SD. = 2.83) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ –4.34 (95% CI: – 6.307 ถึง –2.373; $p < .001$) และมีค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 85.77 mmHg (SD. = 4.10) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่า 98.87 mmHg (SD. = 1.87) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ –13.10 (95% CI: –14.780 ถึง –11.420; $p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ค่าการกรองของไต และ ระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Mean diff.	95% CI		p
				Lower	Upper	
	Mean(SD.)	Mean(SD.)				
ด้านความรู้	25.27(1.27)	23.00(1.82)	2.27	1.460	3.082	<.001
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	60.27(5.33)	53.13(5.73)	7.14	4.281	10.000	<.001
ค่าการกรองของไต						
(ml/min/1.73m²)	67.90(10.26)	58.15(8.87)	9.75	4.787	14.713	.0003
ระดับความดันโลหิต						
ซิสโตลิก (SBP)	137.03(85.77)	141.37(98.87)	-4.34	-6.307	-2.373	<.001
ไดแอสโตลิก (DBP)	4.54(4.10)	2.83(1.87)	-13.10	-14.780	-11.420	<.001

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันโลหิตลดลง และค่า eGFR มีแนวโน้มดีขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองและการชะลอการเสื่อมของไต การอภิปรายผลสามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ความรู้ที่เพิ่มขึ้นครอบคลุมด้านการควบคุมอาหารลดเค็ม การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง การจัดการความเครียด และการติดตามการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] ซึ่งระบุว่าการให้ความรู้ร่วมกับการพัฒนาทักษะ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองในโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาทิตยา ชูศรี[10] อุษณี อุปะกา[11] และสำราญ พูลทอง และคณะ[12] ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มระดับความรู้ และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และการทำงานของไต การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Learning) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติจริง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพกับทีมสุขภาพ กระบวนการดังกล่าวมีส่วนช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง

การทดลอง และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พฤติกรรมสุขภาพที่มีการปรับปรุง ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผล ในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงบทบาทของกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ตามแนวคิดการจัดการตนเอง และแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเอื้อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพของตนเอง และสามารถติดตามความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักขณา ลี้ประเสริฐ และสุทธิณี สิทธิหล่อ[13] นกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล[14] รวมถึงกัลปนา เพชรอินทร์ และนฤมล เสนีย์[15] ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่า eGFR มีแนวโน้มดีขึ้น แม้ว่าบางตัวแปรอาจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมีผลเชิงบวกต่อการควบคุมความดันโลหิตและการชะลอการเสื่อมของไตซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันการเสื่อมของไต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมล นาคะ[16] รภัสสา รักเกื้อ[17] และวิภารัตน์ ไชยสลี[18] ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดระดับความดันโลหิตและชะลอการลดลงของ eGFR ได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR อาจต้องใช้ระยะเวลาการติดตามที่ยาวนานขึ้นจึงจะเห็นผลชัดเจน

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจน โดยบูรณาการแนวคิดทางทฤษฎีเข้ากับบริบทของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และใช้ตัวชี้วัดทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ระยะเวลาการติดตามผลที่จำกัด และการใช้แบบประเมินจากการรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีความเอนเอียงในการตอบ รวมถึงการดำเนินการศึกษาในพื้นที่เดียว อาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญ คือ การพัฒนาโปรแกรมโดยมีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีรองรับอย่างชัดเจน โดยบูรณาการแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] มาใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรม ทำให้โปรแกรมมีโครงสร้างเป็นระบบและสามารถอธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังประเมินผลลัพธ์อย่างครอบคลุมทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิตและค่า eGFR ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่มีความหมายทางคลินิก อีกทั้งมีการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พร้อมการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา และสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด และดำเนินการศึกษาในพื้นที่เดียวจึงอาจจำกัดความสามารถในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้น อาจยังไม่เพียงพอที่จะสะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องอาศัย

การประเมินต่อเนื่องในระยะยาว อีกทั้งการเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นการรายงานด้วยตนเอง อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากอคติในการตอบหรือการประเมินตนเองเกินจริงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ที่ชัดเจน พร้อมสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมมีประสิทธิผล และเกิดความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะด้านแนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวมากกว่า 3 เดือน เพื่อประเมินผลต่อการดำเนินของโรคและปรับแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาการติดตามผล เป็น 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ของโปรแกรม รวมถึงควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับรูปแบบการสนับสนุนอื่น เช่น โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน หรือการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนสุขภาพ นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวานหรือโรคหัวใจเพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการประยุกต์ใช้โปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ปี 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566.
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. โรคไตเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ทางการแพทย์; 2565.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
5. Lorig K R, Holman H R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
6. Becker M H. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):324–508.
7. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
8. วันวิสาข์ สนใจ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ ระยะที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
9. กรรณิการ์ ชายพรม. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเสลภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;4(3):156–65.
10. อทิตยา ชูศรี. การให้ความรู้ร่วมติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต. 2563;36(1):90–101.
11. อุษณี อุปะกา. แผนดูแลรายบุคคลร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;5(2):59–70.
12. สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หลักเขต. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และผลลัพธ์ทางคลินิกใน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2566;7(1):91–104.

13. ลักขณา ลี้ประเสริฐ, สุทธิณี สิทธิหล่อ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. Journal of the Phrae Hospital. 2559;24(1–2):49–60.
14. นกพร นทีธนสมบัติ, ทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารการพยาบาลสุขภาพชุมชน. 2561;3:5–10.
15. กัลปนา เพชรอินทร์, นฤมล เสนีย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. Science, Technology, and Social Sciences Procedia. 2566;3:NCCR01.
16. พรพิมล นาคะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารสุขศึกษาและพัฒนาสุขภาพ. 2567;2(2):155–66.
17. รภัสสา รักเกื้อ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):535–42.
18. วิภารัตน์ ไชยสลี. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบกลุ่มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมโรคไต. วารสารสุขภาพชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพ. 2566;10(3):115–26.

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Knee Osteoarthritis who Undergoing Total Knee Replacement (TKR) at Roi Et Hospital

จารุวรรณ ลาจันทร์*
Jaruwan Lajun
Corresponding author: E-mail: jaruwan4438@gmail.com
(Received: January 17, 2025; Revised: January 24, 2025; Accepted: February 24, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ROM) และภาวะแทรกซ้อน ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมถึงประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่าย เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินระดับความปวด (NRS) และเครื่องวัดมุมข้อต่อ (Goniometer) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย t-test

ผลการวิจัย : ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดต่ำกว่า และมีองศาการงอเข่า (Flexion) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยในระยะก่อนจำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยองศาการงอเข่าสูงสุดที่ 120 องศา (SD. = 0.00) และไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับสูงมาก (M = 47.65, SD. = 2.49) โดยมีความเชื่อมั่นว่าแนวปฏิบัตินี้ช่วยให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้นในระดับคะแนนเต็ม (M = 5.00)

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดและส่งเสริมการฟื้นฟูองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็วและปลอดภัย

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม; ความปวด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare pain levels, range of motion (ROM), and complications between patients receiving a newly developed clinical nursing practice guideline (CNPG) and those receiving conventional nursing care, and to evaluate nurse satisfaction with the guideline.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The sample consisted of 32 patients undergoing total knee replacement (TKR) at Roi Et Hospital, divided into an experimental group and a control group (16 patients each). The intervention was an evidence-based CNPG covering pre-operative, post-operative, and pre-discharge phases. Data collection tools included the Numerical Rating Scale (NRS) and a goniometer. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

Main finding : After implementing the CNPG, the experimental group had significantly lower pain scores and higher knee flexion degrees compared to the control group ($p < .05$). At discharge, the experimental group achieved a maximum mean flexion of 120 degrees (SD = 0.00). No complications occurred in either group. Furthermore, nurses reported a very high level of satisfaction (M = 47.65, SD =2.49), with the highest score in the confidence that the CNPG improves clinical outcomes (M = 5.00).

Conclusion and Recommendations : The developed CNPG is effective in pain management and enhancing knee range of motion, leading to rapid and safe recovery for TKR patients.

Keywords : Nursing practice guidelines; Total Knee Replacement (TKR); Range of Motion (ROM), Pain

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Orthopedic Nursing Department, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Replacement: TKR)[1] แม้การผ่าตัดจะช่วยลดความเจ็บปวดได้ แต่ความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับการจัดการความปวดและการบริหารข้อเข่าอย่างมีประสิทธิภาพ[2] หากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดความกลัวในการเคลื่อนไหว ทำให้องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Range of Motion: ROM) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง หรือภาวะลิ่มเลือดอุดตัน[3]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางหลากหลายแผนก ที่แผนกศัลยกรรมกระดูก ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากเป็นอันอันดับ 1 ของโรคทางออร์โธปิดิกส์ โดยมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 118, 124, 207, 219 และ 224 ราย ตามลำดับ และมีการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 114, 115, 213, 121 และ 136 ราย ตามลำดับ เมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวนมาก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงมีความสำคัญ เนื่องจากการผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ใช้มาตรฐานการพยาบาลส่วนกลาง แต่ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นที่ต้องมีแนวปฏิบัติการดูแลที่มีมาตรฐาน และมีความชัดเจนตามบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อช่วยให้พยาบาลตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างแม่นยำ ทั้งในหน่วยงานยังมีพยาบาลที่มีอายุงาน และประสบการณ์ในการทำงานน้อย ซึ่งในการพยาบาลแบบเดิมหากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดความกลัวการเคลื่อนไหว ทำให้องศาการเคลื่อนไหว (ROM) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง ทั้งนี้การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ต้องอาศัยการยอมรับและความพึงพอใจจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่มีการศึกษาถึงความเชื่อมั่นของพยาบาลต่อผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ และสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาเรื่องนี้ประกอบด้วย จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงจากการผ่าตัดที่ใช้เวลานานและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จึงจำเป็นต้องมีแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมาน และฟื้นตัวได้เร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ และเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลที่มีมาตรฐานชัดเจน การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างแม่นยำ[4] โดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อม ระยะหลังผ่าตัดเพื่อจัดการความปวดแบบบูรณาการ และระยะก่อนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มรูปแบบ[5]

อย่างไรก็ตาม การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะประสบความสำเร็จได้นั้น ไม่เพียงแต่ต้องพิจารณาผลลัพธ์เชิงตัวเลขทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยการยอมรับและความพึงพอใจจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน[6] หากผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ ย่อมส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ROM) และภาวะแทรกซ้อน ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติ รวมถึงประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติให้เสร็จสิ้นก่อน จึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 32 ราย (กลุ่มละ 16 ราย)

การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 (ANOVA: Repeated measures, Power=0.80, alpha=0.05, Effect size=0.25) และสำรองเผื่อการสูญเสีย (Drop out) ร้อยละ 10

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion): เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายที่ต้องผ่าตัด TKA, สื่อสารและอ่านเขียนภาษาไทยได้, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion): ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งส่งผลต่อการกายภาพบำบัด, ผู้ป่วยผ่าตัดซ้ำ (Revision) หรือเคยติดเชื้อที่ข้อเข่า

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal): เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด (เช่น ช็อก, ติดเชื้อรุนแรง) หรือผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

ตัวแปรและการวัดผล ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนความปวด, องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยทำการวัดผลซ้ำ 3 ระยะ คือ 1) ก่อนผ่าตัด 2) หลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 3) วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่าย ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.9

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษา เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว การผ่าตัดแบบวัดความปวดโดยมาตรวัดความปวดเชิงตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) โดยการให้คะแนนความปวด 0-10 คะแนน

เครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Goniometer) สำหรับวัด ROM ทั้งการเหยียดและการงอของข้อเข่า แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน สำหรับบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้นำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาเป็นแบบมาตรวัดสเกล 5 ระดับ

ซึ่งเครื่องมือผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เป็นเอกสารที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ได้มาตรฐาน โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือการนำใช้ที่พัฒนาฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ค่า IOC เท่ากับ 0.9) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยการ Try-out พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 นอกจากนี้ยังมีการประเมิน (Inter/Intra-rater Reliability) ของเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษา แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน และเครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Goniometer) และประเมิน Test-Retest Reliability ของแบบวัดความปวดเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสอบถามและบันทึกข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการ

ทดลองออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง และขั้นดำเนินการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

1. การเตรียมการก่อนการทดลอง (Preparation Phase)

1.1 การสืบค้นข้อมูล ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Clinical Practice Guideline)

1.2 การเตรียมเครื่องมือ จัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วย (การผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อน, การฟื้นฟู) และเครื่องมือเก็บข้อมูล (แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป, มาตรวัดความปวด, Goniometer)

1.3 จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (รหัส RE033/2569)

1.4 การขออนุมัติหน่วยงาน ประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ และทีมสหวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ ชั้น 5

1.5 การพัฒนาทีมวิจัย อบรมผู้ช่วยวิจัย และพยาบาลประจำการเรื่องการใช้แนวปฏิบัติฯ และการวัดผล (Inter-rater Reliability) เพื่อให้มีความเที่ยงตรงในการวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า (ROM) และประเมินความปวด

2. การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล (Implementation Phase)

ผู้วิจัยใช้รูปแบบ **Match Pair** (จับคู่ อายุ/เพศ) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 16 คน โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล (Contamination)

2.1 กลุ่มควบคุม (Control Group): ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

1) ระยะก่อนผ่าตัด (1 วัน) ชี้แจงวัตถุประสงค์ขอคำยินยอม เก็บข้อมูลพื้นฐาน ให้ความรู้ การเตรียมตัวทั่วไป (งดน้ำ/อาหาร, ความสะอาด) ประเมินสัญญาณชีพ ความวิตกกังวล และ ROM

2) ระยะหลังผ่าตัด-จำหน่าย ประเมินสัญญาณชีพและความปวด จัดการอาการปวดและฝึกออกกำลังกายตามแผนการรักษาของแพทย์ วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

2.2 กลุ่มทดลอง (Experimental Group): ให้การพยาบาลโดยการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1) ระยะก่อนผ่าตัด (1 วัน) ประกอบด้วย (1) ประเมินสภาพร่างกาย/จิตใจ และ ROM เชิงลึก (2) ให้คู่มือการดูแลตนเองและจัดการอาการปวด (Opioids/Non-opioids/ประคบเย็น) และ (3) สอนและสาธิตการฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเพื่อความมั่นใจ

2) ระยะหลังผ่าตัด-ก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย (1) จัดการความปวด ประเมินทุก 4 ชม. ใช้ยาตามแผนฯ ร่วมกับการประคบเย็น (Cold Pack) ทุก 2 ชั่วโมง นาน 20 นาที (ใน 48 ชม. แรก) และนอนยกขาสูง 20 องศา และ (2) การฟื้นฟูสภาพ กระตุ้นการลุกนั่ง/เดินใน 24 ชม. แรก สอนออกกำลังกาย 5 ท่าหลัก

(กระดกข้อเท้า, QSE, ROM ข้อเท้า, SLR, Heel Slide) วันละ 3 รอบ (รอบละ 50 ครั้ง)

3) ระยะหลังจำหน่าย (สัปดาห์ที่ 2) ประกอบด้วย ติดตามผลที่แผนกผู้ป่วยนอก ประเมินความปวด ROM และภาวะแทรกซ้อน

3. การควบคุมคุณภาพและจัดการข้อมูล

1) คุณภาพเครื่องมือ (Fidelity) สุ่มสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

2) ความเที่ยงตรง (Objectivity) ตรวจสอบ Inter-rater Reliability ของการวัด ROM ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วย

3) การพิทักษ์สิทธิ์ ใช้รหัสแทนชื่อ (Coding) เก็บข้อมูลในที่ปลอดภัย รายงานผลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้สถิติบรรยาย (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย) และ ANOVA ในการเปรียบเทียบความแตกต่าง

การพิทักสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (เลขที่ RE 033/2569) เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด รักษาความลับกลุ่มตัวอย่าง และอาสาสมัครลงนามยินยอม (Informed Consent) ก่อนเริ่มการศึกษา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 ราย และกลุ่มควบคุม 16 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-70 ปี (ร้อยละ 87.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นหลัก โดยในกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนการประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 81.3) และผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐาน (ร้อยละ 93.7) สูงกว่ากลุ่มทดลอง

สำหรับข้อมูลการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าข้างขวา (ร้อยละ 56.3 และ 50.0 ตามลำดับ) และทั้งหมดได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal Block) (ร้อยละ 100.0) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความเสี่ยงทางร่างกายตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกา พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับ ASA Class 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 43.8 และ 6.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=32)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=16)	กลุ่มควบคุม (n=16)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศหญิง	13(81.3)	13(81.3)
อายุ (60-70 ปี)	14(87.5)	14(87.5)
การศึกษา (ประถมศึกษา)	11(68.8)	13(81.3)
อาชีพ (เกษตรกร)	7(43.8)	13(81.3)
ดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐาน	7(43.7)	15(93.7)
ข้างที่รับผ่าตัด (ข้างขวา)	9(56.3)	8(50.0)
วิธีการระงับความรู้สึก (Spinal Block)	16(100.0)	16(100.0)
ความเสี่ยงทางร่างกาย (ASA Class 3)	7(43.8)	1(6.3)

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกระยะของการประเมิน โดยเฉพาะในระยะก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถงอเข่าได้สูงสุดเฉลี่ย 120 องศา (SD. = 0.00) หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มทดลองทำได้ตามเป้าหมายเท่ากันหมด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความเป็นมาตรฐานเดียวกันของการพยาบาล นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีระดับความปวดขณะพักต่ำกว่า 1 คะแนน คือลดลงเหลือเพียง 0.81 (0.81 ± 1.11) ถือเป็นจุดแข็งที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ซึ่งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (LOS) ลดลงเหลือเฉลี่ย 4.25 วัน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ เป็นการยืนยันความปลอดภัย (Patient Safety)

ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการฟื้นตัวและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และระดับความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=32)

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม (n=32) (Mean±SD.)	กลุ่มทดลอง (n=32) (Mean±SD.)	Min - Max
1. การงอเข่า (Flexion) (องศา)	ก่อนผ่าตัด	95.63 ± 4.42	100.63 ± 8.54	90 - 120
	หลังผ่าตัด	108.75 ± 5.63	118.75 ± 5.00	100 - 120
	ก่อนจำหน่าย	117.69 ± 4.03	120.00 ± 0.00	110 - 120
2. การเหยียดเข่า (Extension) (องศา)	ก่อนผ่าตัด	0.63 ± 2.50	3.75 ± 5.00	0 - 10
	หลังผ่าตัด	0.00 ± 0.00	0.63 ± 2.50	0 - 10
	ก่อนจำหน่าย	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0 - 0
3. ความปวดขณะพัก (Pain Score)	ก่อนผ่าตัด	3.19 ± 0.75	0.94 ± 0.93	0 - 4
	หลังผ่าตัด	3.75 ± 0.45	0.63 ± 0.88	0 - 4
	ก่อนจำหน่าย	3.06 ± 0.25	0.81 ± 1.11	0 - 4
4. ความปวดขณะเคลื่อนไหว (Pain Score)	ก่อนผ่าตัด	3.87 ± 0.34	0.94 ± 0.93	0 - 4
	หลังผ่าตัด	4.06 ± 0.44	0.63 ± 0.88	0 - 5
	ก่อนจำหน่าย	3.62 ± 0.50	2.56 ± 0.81	0 - 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า และคะแนนความปวด (n=32)

ตัวแปร / ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=16) Mean±SD.	กลุ่มควบคุม (n=16) Mean±SD.	95%CI	p
1. การงอเข่า (Flexion)				
- ก่อนผ่าตัด	100.63 ± 8.54	95.63 ± 4.42	0.09, 9.91	.046
- หลังผ่าตัด	118.75 ± 5.00	108.75 ± 5.63	6.20, 13.80	< .001
- ก่อนจำหน่าย	120.00 ± 0.00	117.69 ± 4.03	0.24, 4.38	.029
2. ความปวดขณะพัก				
- ก่อนผ่าตัด	0.94 ± 0.93	3.19 ± 0.75	-2.86, -1.64	< .001
- หลังผ่าตัด	0.63 ± 0.88	3.75 ± 0.45	-3.62, -2.62	< .001
- ก่อนจำหน่าย	0.81 ± 1.11	3.06 ± 0.25	-2.82, -1.68	< .001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน (n=32)

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=16)	กลุ่มทดลอง (n=16)	95%CI	p
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล(วัน)	4.62 ± 0.72	4.25 ± 0.45	0.01, 0.73	.045
(Min - Max)	(4 - 6)	(4 - 5)		
ภาวะแทรกซ้อน (ราย)	0(0.0%)	0(0.0%)	-	-

3. ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลผู้ร่วมประเมินทั้งหมด 20 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.60 ปี (ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 34 ปี) ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ในทุกกิจกรรม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงวันจำหน่าย สะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง (Feasibility)

ในด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับ สูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 47.65 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความเชื่อมั่นว่าการใช้แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยดีขึ้น (Mean=5.00, SD.=0.00) รองลงมาคือ ความพึงพอใจในภาพรวม (Mean=4.95, SD.=0.22) และการช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Mean=4.90, SD.=0.31) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความเชื่อมั่นว่าแนวปฏิบัติช่วยให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น	5.00	0.00	สูงมากที่สุด
2. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวปฏิบัติ	4.95	0.22	สูงมาก
3. การช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	4.90	0.31	สูงมาก
4. ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้	4.85	0.37	สูงมาก
5. การสนับสนุนการทำงานเป็นทีม/สหวิชาชีพ	4.80	0.41	สูงมาก
เฉลี่ยรวม	**47.65**	**(จาก 50)**	**สูงมาก**

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีกว่าการพยาบาลปกติอย่างชัดเจน โดยอภิปรายตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ด้านองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ROM)

พบว่ากลุ่มทดลองมีองศาการงอเข่า (Flexion) เฉลี่ยสูงถึง 120 องศา (SD.=0.00) ในระยะก่อนจำหน่าย ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติมีการกำหนดกิจกรรมการบริหาร

ข้อเข่าที่ชัดเจนและเริ่มทำอย่างรวดเร็ว (Early Mobilization) สอดคล้องกับเป้าหมายที่ระบุไว้ในบทนำว่าการบริหารข้อเข่าอย่างมีประสิทธิภาพเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จหลังผ่าตัด[2] และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา แสงดาว[3] ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่มีรูปแบบชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวและลดอุบัติการณ์ข้อติดแข็งได้ดีกว่าการพยาบาลแบบเดิม

2. ด้านการจัดการความปวด

ระดับความปวดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะของการประเมิน โดยเฉพาะความปวดขณะพักที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ผลลัพธ์นี้เป็นเครื่องยืนยันว่าการจัดการความปวดแบบบูรณาการตามแนวทางของศุภานัน และรัชนี[4] ที่ผู้วิจัยนำมาบรรจุไว้ในแนวปฏิบัตินั้นสามารถควบคุมความปวดได้ครอบคลุมทุกระยะของการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการฝึกเดิน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาลสั้นลง เหลือเฉลี่ยเพียง 4.25 วัน สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมการฟื้นตัวที่รวดเร็ว[5]

3. ความสมเหตุสมผลของผลลัพธ์และความเชื่อมั่นของผู้ปฏิบัติงาน

ประเด็นที่โดดเด่นของการวิจัยครั้งนี้คือ ความพึงพอใจของพยาบาล ในด้านความเชื่อมั่นต่อผลลัพธ์การรักษาที่ได้คะแนนเต็ม (5.00) ความพึงพอใจในระดับสูงมากนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงและสมเหตุสมผลกับผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Clinical Outcomes) ดังที่ Stevens[6] ได้ระบุไว้ว่า เมื่อผู้ปฏิบัติงานรับรู้ถึงความสำเร็จจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence of success) จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจและการยอมรับในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในวงกว้าง แม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางร่างกายสูง (ASA Class 3) ซึ่งปรากฏผลชัดเจนในงานวิจัยนี้ว่าไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ (0%) ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

นอกจากผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ชัดเจนแล้ว กระบวนการวิจัยในครั้งนี้ยังให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญตามหลักการวิจัยของ Polit & Beck[7] ที่ระบุว่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัดผลเป็นหัวใจสำคัญของการสรุปผลการวิจัยทางพยาบาล นอกจากนี้ในกลุ่มทดลองที่มีผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงทางร่างกายสูงตามเกณฑ์ ASA Physical Status Classification[8] มากถึงร้อยละ 43.8 แต่ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเลยหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังความปลอดภัยครอบคลุมผู้ป่วยทุกระดับความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่วางไว้ตอนต้น

การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทำข้อเข่าเทียม สามารถสรุปผลสำคัญได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟู ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีองศาการงอเข่า (Flexion) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน และสามารถทำได้สูงสุดเฉลี่ย 120 องศาในวันจำหน่าย

2. ผลลัพธ์ด้านการจัดการความปวด กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด (Pain Score) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะของการประเมิน โดยเฉพาะความปวดขณะพักที่ลดลงจนเกือบเป็นศูนย์ในระยะก่อนจำหน่าย

3. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่ม และกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยสั้นกว่ากลุ่มควบคุม (4.25 วัน เทียบกับ 4.62 วัน)

4. การยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ใช้งานมีความพึงพอใจและเชื่อมั่นในแนวปฏิบัติในระดับสูงมากที่สุด โดยเชื่อมั่นว่าช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นจริง

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ จุดเด่นของการวิจัยคือในการจัดการความปวด มีการใช้ทั้งยาร่วมกับการประคบเย็นและการจัดท่านอน ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดขณะพักลดลงจนเกือบเป็นศูนย์ในระยะก่อนจำหน่าย และทุกรายสามารถงอข้อเข่าได้สูงสุดเฉลี่ยที่ 120 องศา สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ตามเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งพยาบาล

ยังมีความเชื่อมั่นในแนวปฏิบัติและสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลได้ครบถ้วน จึงมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้จริงอย่างยั่งยืน มีการควบคุมการปนเปื้อนข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนเริ่มกลุ่มทดลอง รวมถึงมีการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ในการวัดองศาข้อเข่า

ส่วนข้อจำกัดของการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ถือว่าเป็นกลุ่มขนาดเล็ก ซึ่งอาจส่งผลต่อการเป็นตัวแทนของประชากรในวงกว้าง ระยะเวลาการติดตามผล การวิจัยนี้เน้นผลลัพธ์ระยะสั้น ทำให้ยังไม่เห็นผลลัพธ์ในระยะยาว และการศึกษาเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแห่งเดียว ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงใช้กับสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรหรือบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้เป็นมาตรฐานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และพัฒนาเป็นคู่มือสำหรับพยาบาลใหม่เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

2) ควรจัดทำสื่อการสอนที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ เช่น วิดีโอการฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายระยะเวลาการติดตามผลเป็น 3-6 เดือน เพื่อศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตและฟังก์ชันการใช้งานของข้อเข่าในชีวิตประจำวัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล และบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานสถิติประจำปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
3. กฤษณา แสงดาว. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อองศาการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยผ่าตัด TKR. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(1):45-58.
4. ศุภานัน ก้อนจันทร์, รัชนี นามจันทรา. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดแบบบูรณาการ. วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34(2):89-104.
5. จุฑามาศ กันนุช. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(4):612-25.
6. Stevens KR. The impact of evidence-based practice in nursing. Online J Issues Nurs. 2013;18(2):4.
7. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research. 10th ed. Philadelphia: Lippincott; 2021.
8. American Society of Anesthesiologists. American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 23]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ

Development of Nursing Practice Guidelines to Promote Self-Management among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Based on the Conceptual Framework of Self-Management, Self-Efficacy, and Health Behaviors

บุศรินท์ รุ่งอุทัย*
Bussarin Runguthai
Corresponding author: E-mail: annbussarin2519@gmail.com
(Received: January 18, 2025; Revised: January 25, 2025; Accepted: February 25, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งศึกษาผลของแนวปฏิบัติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ออกแบบในรูปแบบ กึ่งทดลอง (Quasi-experimental design)

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดยดัดแปลงแนวคิดและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของซูคัพ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ (1) การค้นหาปัญหา (2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ และ (4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยบริการ ทั้งนี้ได้สืบค้นผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 29 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.87 และค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 0.90) แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 แบบประเมินความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ รวมถึงแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเชื่อมั่นตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัย : ผลการประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้จริงในสถานบริการสุขภาพ โดยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก (Mean = 3.71, SD. = 0.32) และประเมินตรงกันว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการใช้จริงในบริบทของหน่วยงาน โดยประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงที่สุดคือ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติสำหรับการนำไปใช้ (Mean = 4.67, SD. = 0.47) หลังการทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.333 คะแนน ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) ค่าเฉลี่ยลดลง 5.000 mg/dL และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 0.301%

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และมีประสิทธิผลต่อการส่งเสริมการจัดการตนเอง รวมถึงการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ควรนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; เบาหวานชนิดที่ 2; แนวปฏิบัติการพยาบาล; สมรรถนะแห่งตน; พฤติกรรมสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

Abstract

Purposes : This study aimed to develop and evaluate a nursing practice guideline designed to promote self-management among patients with type 2 diabetes mellitus, and to examine its effects on health behaviors, self-efficacy, and clinical outcomes.

Study design : Research and Development (R&D), designed using a quasi-experimental design.

Materials and Methods : This developmental research adapted Soukup's framework and procedures for clinical practice guideline development, which involves four phases: (1) problem identification, (2) evidence synthesis, (3) guideline development and piloting, and (4) implementation of the revised guideline in the service unit. A total of 29 relevant studies formed the evidential basis. The research instruments included the nursing practice guideline, evaluated by three experts (Content Validity Index = 0.87; inter-rater agreement = 0.90), questionnaires with high reliability coefficient of Cronbach's Alpha = 0.85, and instruments assessing feasibility and nurse satisfaction with the guideline. Additional tools measured patients' self-management behaviors, self-efficacy, and clinical outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics using paired t-test.

Main Findings : Nurse evaluators reported that the developed guideline was appropriate and highly feasible for implementation in healthcare settings. Nurse satisfaction with the guideline was reported as high (Mean = 3.71, SD. = 0.32), and they consistently agreed on its feasibility within the organizational context. The highest-rated aspect was the appropriateness of the guideline for practical use (Mean = 4.67, SD. = 0.47). Following implementation, patients with type 2 diabetes demonstrated statistically significant increase in self-management behaviors and self-efficacy ($p < .001$), with an average increase of 4.333 points. Fasting blood sugar (FBS) decreased significantly ($p = .001$) by an average of 5.000 mg/dL, and HbA1c levels decreased significantly ($p < .001$) by 0.301%.

Conclusion and Recommendations : The developed nursing practice guideline is appropriate, feasible for real-world implementation, and effective in enhancing self-management as well as improving clinical outcomes among patients with type 2 diabetes. It is recommended that the guideline be adapted and integrated into the context of individual healthcare settings.

Keywords : Self-management; Type 2 diabetes mellitus; Nursing practice guideline; Self-efficacy; Health behavior

*Registered Nurse Professional Level, Bang Kahai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province.

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ยทุก ๆ 5 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิต 1 ราย[1] สำหรับประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยสะสมในระบบทะเบียนถึง 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 150,000 คน[2] โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ต้อกระจก จอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผลที่เท้า และหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลตนเอง และก่อให้เกิดผลกระทบอย่างชัดเจนต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว[2-3]

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการใช้ยา การติดตามผลทางคลินิก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว แต่แนวทางดังกล่าวยังไม่สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันได้อย่างครอบคลุม[1-2] แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น โปรแกรมการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือการสนับสนุนด้านการออกกำลังกายและโภชนาการ แต่การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่มักเป็นการวิจัยเชิงทดลองในระยะสั้น ดำเนินการในบริบทเฉพาะ หรือใช้รูปแบบโปรแกรมสำเร็จรูปที่ยังขาดความยืดหยุ่นในการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายและทรัพยากรของระบบสุขภาพในพื้นที่[3-4] ส่งผลให้การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดและไม่สามารถสร้างผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน

เมื่อพิจารณาในบริบทพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าสถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงมีความท้าทายอย่างต่อเนื่อง โดยสถิติผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 41,110 ราย เป็น 45,514 ราย หรือคิดเป็นอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี แม้ว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7%) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.87 เป็นร้อยละ 40.65 แต่ยังคงไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับประเทศที่กำหนดไว้ร้อยละ 50[5] เมื่อพิจารณาในระดับอำเภอเมือง พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 9,617 ราย เป็น 10,537 ราย โดยมีสัดส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่างร้อยละ 43.92–44.60 ซึ่งแม้จะดีกว่าระดับจังหวัด แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์เช่นกัน สำหรับตำบลบางกะไห แม้ในปี พ.ศ. 2565 จะมีสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีถึงร้อยละ 81.31 แต่ในปี พ.ศ. 2566–2567 กลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ 41.50–41.96 แสดงถึงความไม่สม่ำเสมอในการควบคุมโรค และบ่งชี้ถึงปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ยังไม่ต่อเนื่อง

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบช่องว่างขององค์ความรู้ (Research gap) ที่สำคัญในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อตอบสนองต่อข้อจำกัดขององค์ความรู้ที่มีอยู่ และเสริมสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างยั่งยืน โดยมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของ Sukraban[6] ซึ่งเน้นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับบริบทเฉพาะของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและทีมพยาบาลอย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการตนเองที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและระบบสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งศึกษาผลของแนวปฏิบัติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ออกแบบในรูปแบบ กึ่งทดลอง (Quasi-experimental design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง คือ **ระยะที่ 1 และ 2** ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน **ระยะที่ 3 และ 4** ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ค่า HbA1c ≥ 7%) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Sukraban[6] เป็นแนวทางในการพัฒนา เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กร รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence Triggered Phase) การค้นหาปัญหาทางคลินิกได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง ได้แก่ ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจริง (Practice triggered) และแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge triggered)

1. ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice Triggered) จากการศึกษาสถานการณ์ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 41,110 ราย เป็น 45,514 ราย หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี แม้ว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7%) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.87 เป็นร้อยละ 40.65 แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับประเทศที่กำหนดไว้ร้อยละ 50 ในระดับอำเภอเมือง พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มจาก 9,617 ราย เป็น 10,537 ราย โดยมีสัดส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่างร้อยละ 43.92–44.60 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายเช่นกัน สำหรับตำบลบางกะไห แม้ในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีถึงร้อยละ 81.31 แต่ในปี พ.ศ. 2566–2567 กลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ 41.50–41.96 สะท้อนถึงความไม่สม่ำเสมอในการควบคุมโรค และข้อจำกัดด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดอย่างยั่งยืน และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2. แหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Knowledge Triggered) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 3.3 ล้านคน โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับครัวเรือน และระบบสุขภาพ หลักฐานเชิงวิชาการชี้ให้เห็นว่า ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน และการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม แนวทางที่มีอยู่ยังขาดการคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และทรัพยากรในชุมชน ส่งผลให้การนำไปใช้ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัด จากข้อมูลทั้งในระดับพื้นที่และหลักฐานเชิงวิชาการสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Supported Phase) ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดคำถามการสืบค้นตามกรอบ PICO ครอบคลุมการจัดการตนเอง สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ การสืบค้นครอบคลุมงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2568 จากฐานข้อมูล ThaiLIS, PubMed, CINAHL, Cochrane Library, JBI และ ThaiJO โดยคัดเลือกและประเมินระดับหลักฐานตามเกณฑ์ของ Polit & Beck[7] และประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute[8]

ระยะที่ 3 การพัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติ (Evidence Observed Phase) ผู้วิจัยนำผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวางแผน การดำเนินการ การติดตามประเมินผล และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน แนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล (Evidence-Based Phase) แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปใช้ในพื้นที่นำร่อง โดยมีการประชุมชี้แจงและอบรมบุคลากรพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากนั้นประเมินผลด้านความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับ FBS และ HbA1c เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม และสามารถใช้ได้อย่างยั่งยืนในบริบทชุมชน

เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัย โดยเป็นแบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า (Likert Scale) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ และตัวแปรตาม ซึ่งจำแนกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ จำนวน 10 ข้อ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ

โดยใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ และด้านผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นตนเองในการดูแลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 ข้อ โดยใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมการทดลองและแบบสอบถาม ภายหลังการตรวจสอบผู้วิจัยได้คำนวณค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถาม พบว่าค่าดัชนีของทุกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นนำแบบสอบถามไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้อย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) โดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ ข้อมูลด้านความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเชื่อมั่นตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) วิเคราะห์โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ และระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่รับรอง 059/2568 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 3 คน พบว่าเป็นเพศหญิงทั้งหมด (100.0%) กลุ่มอายุอยู่ในช่วง 41–45 ปี จำนวน 1 คน (33.33%) และช่วงอายุ 51–55 ปี จำนวน 2 คน (66.67%) มีค่าอายุเฉลี่ย 49.67 ปี (SD. = 5.77) ระดับการศึกษาปริญญาตรีทุกคน (100.0%) และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด (100.0%) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย อยู่ที่ 32 ปี (SD. = 2.65) อายุงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 15 ปี (SD. = 5.77) และมีประสบการณ์การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับ การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานทุกคน (100.0%)

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 ราย (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามองค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาล (n = 3)

องค์ประกอบแนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติ			
	การปฏิบัติได้		การปฏิบัติไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถปรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม	3	100.0	0	0.0
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทการทำงานในปัจจุบัน	3	100.0	0	0.0
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยอำนวยความสะดวกกับงานที่ปฏิบัติอยู่	3	100.0	0	0.0
4. บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้โดยไม่เกิดความลำบากหรือข้อจำกัด	3	100.0	0	0.0
5. ขั้นตอนการประเมินและค้นหาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	3	100.0	0	0.0
6. ขั้นตอนการการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	3	100.0	0	0.0
7. ขั้นตอนการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	3	100.0	0	0.0
8. ขั้นตอนการติดตามและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	3	100.0	0	0.0
9. ขั้นตอนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	3	100.0	0	0.0
10. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม	3	100.0	0	0.0
ค่าเฉลี่ยรวม	**3**	**100.0**	**0**	**0.0**

3. การประเมินจากพยาบาลวิชาชีพ 3 ราย พบว่าความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.71, SD. = 0.32) โดยประเด็นที่พึงพอใจสูงที่สุดคือ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน (Mean = 4.67, SD. = 0.47) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ประเมินความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (n = 3)

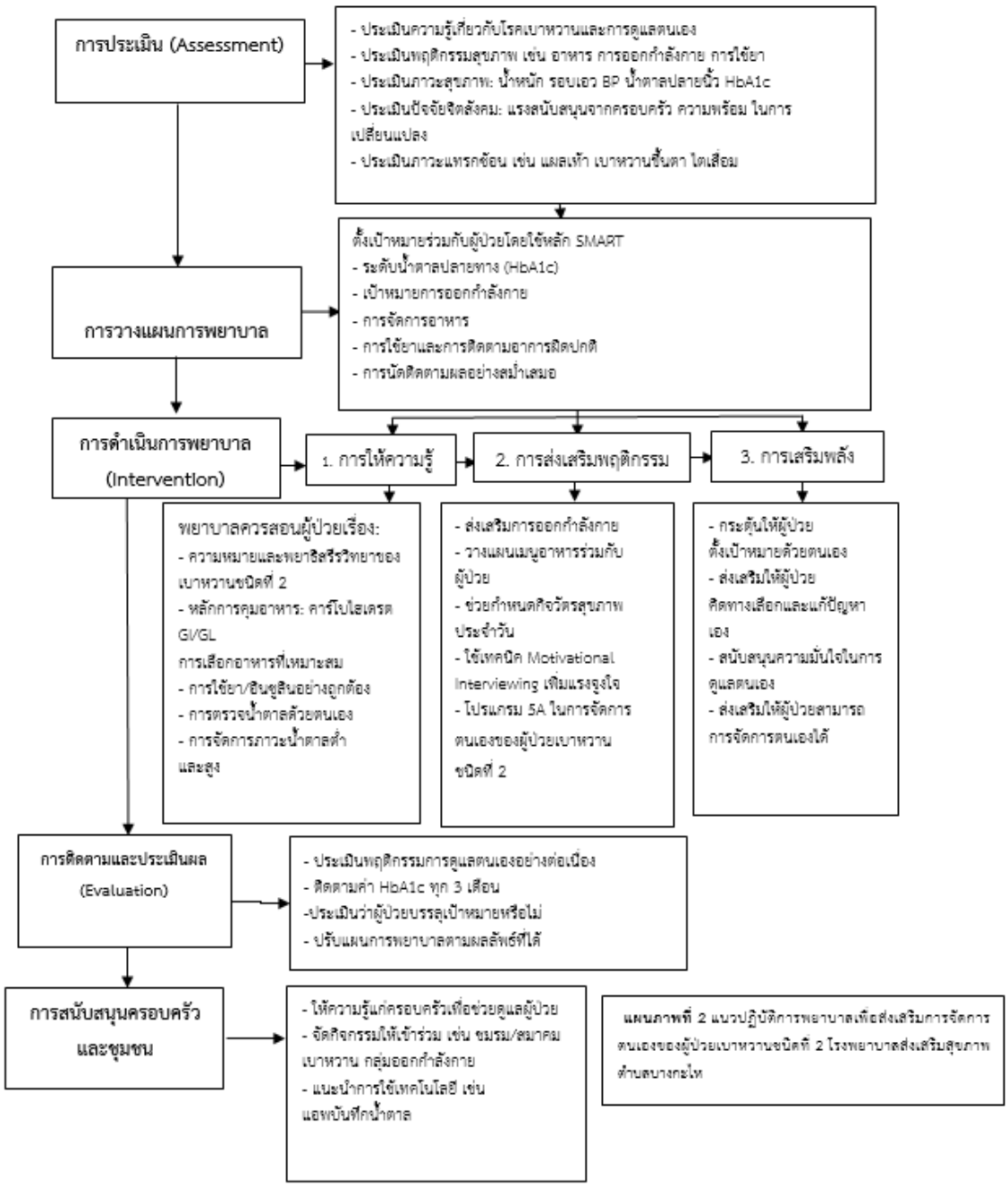
ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
	Mean	SD.	
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	4.33	0.94	มาก
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	4.33	0.94	มาก
3. ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.67	0.47	มากที่สุด
4. การประหยัดทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	4.00	0.82	มาก
5. การมีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน	4.00	0.82	มาก
6. รายละเอียดเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความครอบคลุม	4.33	0.94	มาก
7. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ	4.00	0.82	มาก
8. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	4.00	0.82	มาก
9. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติจริง	4.00	0.82	มาก
10. ความพึงพอใจภาพรวมต่อแนวปฏิบัติ	4.00	0.82	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	**3.71**	**0.32**	**มาก**

4. ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี พฤติกรรมการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและความเชื่อมั่นตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.333 คะแนน (95% CI: 2.640 ถึง 6.026) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 5.000 mg/dL (95% CI: –7.697 ถึง –2.303) และ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 0.301% (95% CI: –0.410 ถึง –0.193) ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา (n=30) Mean(SD.)	หลังพัฒนา (n=30) Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI		p
พฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อมั่น	48.43(3.49)	52.77(3.39)	4.333	2.640	6.026	< .001
ระดับน้ำตาลในเลือด	148.43(12.36)	143.43(11.98)	–5.000	-7.697	–2.303	.001
ระดับน้ำตาลสะสม	8.03(0.35)	7.73(0.32)	–0.301	–0.410	–0.193	< .001

5. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



แผนภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup)[6] เป็นแนวทางในการดำเนินงานตลอดกระบวนการพัฒนา แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การดำเนินการพยาบาล การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งประยุกต์ใช้โปรแกรม 5A เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติพบว่าแนวทางดังกล่าวสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Self-efficacy) และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้เป็น 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 3 รายสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบทุกองค์ประกอบโดยไม่พบข้อจำกัด ทั้งด้านความเหมาะสม ความสอดคล้องกับบริบทการทำงาน ความสะดวกในการใช้งาน และความสามารถในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ระบุว่า แนวปฏิบัติที่ดีควรมีความชัดเจน ปฏิบัติตามได้ง่าย มีความเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการสุขภาพจึงสามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจริง[8-9] ทั้งนี้การดำเนินการตามขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การประเมิน การวางแผน การดำเนินการพยาบาล การติดตามและประเมินผล รวมถึงการสนับสนุน จากครอบครัวและชุมชน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเป็นระบบและครบวงจรมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 3.71 (SD. = 0.32) และประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติสำหรับการนำไปใช้ในหน่วยงาน (Mean = 4.67, SD. = 0.47) ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับการทำงานจริง มีความชัดเจน และสามารถช่วยให้พยาบาลจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นความเป็นไปได้ ความยอมรับได้ และความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานบริการสุขภาพ[9-11] ทั้งยังแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของแนวปฏิบัติในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเชื่อมั่นตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างรอบด้าน ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเอง ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Lorig & Holman[12] ที่อธิบายว่า การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและปรับปรุงผลลัพธ์

ทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะงานวิจัยในประเทศไทยที่รายงานว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหรือโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[11-19] ผลการวิจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เป็นแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างยั่งยืนในบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญ คือ การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญคือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของซูคัพ (Soukup)[6] ทำให้แนวปฏิบัติมีความเป็นระบบและน่าเชื่อถือทางวิชาการ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างครบวงจร ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การดำเนินการพยาบาล การติดตามและประเมินผล รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พร้อมการประยุกต์ใช้ โปรแกรม 5A เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลลัพธ์อย่างรอบด้าน ทั้งด้านความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเป็นรูปธรรม

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและศึกษาใน พื้นที่เดียว ทำให้การนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่นอาจมีข้อจำกัด ระยะเวลาติดตามผลค่อนข้างสั้นจึงยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวอย่างชัดเจน และการเก็บข้อมูลพฤติกรรมอาศัยแบบสอบถามซึ่งเป็นการรายงานด้วยตนเองอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากอคติในการตอบแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุน

การจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงระบบบริการสุขภาพ

2.1 หน่วยบริการสุขภาพควรสนับสนุนการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความเป็นระบบต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนควรจัดให้มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยตามแนวคิด Self-management และ Self-efficacy เพื่อให้การดำเนินงานมีมาตรฐานเดียวกันและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

3.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือในหลายพื้นที่และหลายบริบทของหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3.2 ควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการดูแลและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว

3.3 ควรพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาล

ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบติดตามสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม สนับสนุน และส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
3. บุญมี ใจดี, สมพร ศรีสุข, วราภรณ์ แก้วคำ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):45–58.
4. วราภรณ์ ศรีสุข, ชลธิชา อินทร์ทอง, นฤมล ชาญชัย. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารสาธารณสุข. 2565;52(3):321–34.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2565–2567. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2567.
6. Sukraban S. Development of evidence-based nursing practice guidelines: Integrating evidence with clinical context. Journal of Nursing Science. 2015;33(4):5–16.
7. Polit D F, Beck C T. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
8. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI manual for evidence synthesis [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020 [cited 2026 Feb 14]. Available from: https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01
9. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: National Academies Press; 2011.
10. สลิดา รันนันท์, พาพร เหล่าสีนาท. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2):45–58.
11. ชลธิดา วรรณเด่นไชยรัตน์, กนกพร นทีธนสมบัติ, ทวีศักดิ์ กสิผล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(3):112–25.
12. Lorig K R, Holman H R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
13. ปริยากร สุขสวัสดิ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 2564;25(1):89–103.
14. นวลอนงค์ รัตนบุตร. การประยุกต์แนวคิด Self-efficacy ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2566;19(2):67–81.
15. จารุวรรณ จิตมั่น. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2567;41(1):23–38.
16. ประภัสสร ใจงาม. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลปฐมภูมิ. 2567;39(2):55–68.
17. ศิริจรรยา สาระขันธ์ทอง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปลาปาก. วารสารการพยาบาลคลินิก. 2567;31(1):41–54.
18. ศศิธร ทองมาก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ Health Belief Model. วารสารพยาบาลชุมชน. 2568;42(1):66–80.

19. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2023. Diabetes Care. 2023; 46(Suppl 1):S1–S291.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Development of Discharge Plan Practice Guideline for Palliative Care Patients at Kosum Phisai Hospital

เพลินจิต ช่างถม* นิภาภัคร์ คูเจริญ กรรณิการ์ ทรัพย์มูล*** ศิริรัตน์ สีวิลาศ**** รัตนาวลี ภักดีสมัย*****
Phlernjit Changthom, Nipapak Khucharoen, Kannika Sapmoon, Sirirat Seevilas, Rattanawalee Pukdeesamai**
Corresponding author: E-mail: PhlernjitChangthom101@gmail.com
(Received: January 18, 2025; Revised: January 25, 2025; Accepted: February 25, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mctaggart

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน 2) ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน และ 3) ผู้ดูแล จำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วย คำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิเคราะห์เนื้อหา ร้อยละ และ Paired t-test

ผลการวิจัย : ปัญหาพบว่าการดูแลขาดการมุ่งเน้นอย่างเป็นองค์รวม ขาดการสื่อสารและขาดการค้นหาผู้ดูแลหลัก แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นใช้แนวคิด D–METHOD–P ประกอบด้วย 1) การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า 2) การจัดการอาการรบกวนและการเยี่ยวยาจิตใจ 3) ฝึกทักษะผู้ดูแลหลักและรอง 4) การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ และ 5) ประสานงานกับเครือข่าย ผลลัพธ์หลังพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองไม่พบความแตกต่าง ความพึงพอใจของผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean=4.61, SD.=.50) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (Mean=4.80, SD.=.43)

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ข้อเสนอแนะเห็นควรมีการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย; ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

---

*,***,****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

*****อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Abstract

Purposes : This study aimed to explore existing problems, develop, and evaluate the effectiveness of a discharge plan practice guideline for palliative care patients at Kosum Phisai Hospital, Maha Sarakham Province.

Study design : An action research design based on the framework of Kemmis and McTaggart was employed.

Materials and Methods : The participants consisted of three groups: 1) 10 registered nurses, 2) 30 hospitalized terminally ill palliative care patients, and 3) 30 primary caregivers. Research instruments included focus group discussion guidelines, quality of life assessment forms, self-care ability assessment forms, caregiver satisfaction questionnaires, nurse satisfaction questionnaires, and the developed discharge plan practice guideline. The content validity index (CVI) of the guideline was 0.96. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using percentages and paired t-tests.

Main findings : The main problems identified were lack of holistic care, insufficient communication, and inadequate identification of primary caregivers. The developed discharge plan practice guideline was based on the D–METHOD–P framework, comprising: 1) communication with patients and caregivers for advance care planning, 2) symptom management and psychosocial support, 3) training of primary and secondary caregivers, 4) preparation of medical equipment, and 5) coordination with healthcare and community networks. After implementation, patients' quality of life significantly improved ($p < .001$), while no significant difference was found in self-care ability. Caregivers reported the highest level of satisfaction (Mean = 4.61, SD. = 0.50), and registered nurses also demonstrated the highest level of satisfaction (Mean = 4.80, SD. = 0.43).

Conclusion and Recommendations : The developed discharge plan practice guideline effectively enhanced the quality of life of terminally ill palliative care patients and increased satisfaction among caregivers and registered nurses. It is recommended that home visit follow-up care be implemented to ensure continuity of care after hospital discharge.

Keywords : Discharge plan practice guideline; Palliative care

*,***,****Registered Nurse Professional Level, Kosum Phisai Hospital.

**Registered Nurse Senior Professional Level, Kosum Phisai Hospital.

*****Srimahasakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

บทนำ

ประชากรไทยมีแนวโน้มการเจ็บป่วยทั้งเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง และไม่เรื้อรังเพิ่มมากขึ้น สถิติจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ระบุถึงจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่าในปี 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 196,286, 307,160, 255,591 รายตามลำดับ และได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Action care planning) ร้อยละ 56.62, 52.59 และ 67.47 ตามลำดับ[1] ทำให้มีการต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 จากข้อมูลสถิติการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 147, 207, 254 ตามลำดับ[2] จะเห็นว่ามีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในทุกปี เมื่อผู้ป่วยและญาติรับรู้โรคและการพยากรณ์โรคแล้ว มักเลือกขอกลับไปใช้ชีวิตในระยะท้ายที่บ้าน การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต พบว่ายังจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ตื่นตระหนก เข้าใจ และรับมือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น[3-7] สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจะเน้นที่องค์รวมทุกมิติสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การบรรเทาอาการทางร่ายกายเพียงอย่างเดียว แต่จะครอบคลุมถึงความต้องการภายในของผู้ป่วย ตลอดจนความทุกข์ของญาติผู้ป่วยระหว่างการรักษา และช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบในบ้านที่คุ้นเคยของผู้ป่วยเอง และต้องยืนอยู่บนฐานของการเคารพในสิทธิมนุษยชนบนฐานสิทธิสุขภาพและควรเป็นการจัดบริการทางสาธารณสุขผ่านความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล[8] การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจึงมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดโรค โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันด้วยหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ[9] ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยและญาติใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ การวางแผนจำหน่ายเป็นการฝึกทักษะ การพัฒนาความรู้ความสามารถ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและมีการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับกลับไปใช้ที่บ้านเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[10-13] จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย เกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย พบว่าโรงพยาบาลมีแนวทางการวางแผนการจำหน่ายแบบ D-METHOD มุ่งเน้นให้ความรู้เฉพาะด้านร่างกาย การให้ความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องยา ความรู้เรื่องอาหาร การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ขาดการมุ่งเน้นในการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและวัฒนธรรม Psychological support และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ครอบคลุมรู้สึกวิตกกังวลในการดูแลที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยกลัวอาการไม่สุขสบายที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ส่งผลให้ครอบครัวต้องพาผู้ป่วยระยะท้ายกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวงศ์แกล้ว และอิศรา สพสมัย[14] ได้ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับ พบว่าขาดการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน และเป็นหัวหน้าทีมพยาบาลทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

แบบมีส่วนร่วมกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการ รวมถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงได้ทำการวิจัยขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และประเมินผลแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc taggart[15] ดำเนินการวิจัยในช่วงระยะเวลาวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 1 ธันวาคม 2568

ประชากร ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ 2) ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และ 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 10 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วย 3 ปีขึ้นไป และ 2) สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ และ 2) มีการเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

2. ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน 20 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ถึง ร้อยละ 60 ซึ่งผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเป็นบางครั้งจนถึงทั้งหมด 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ 4) มีผู้ดูแลหลัก และ 5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลโกสุมพิสัย เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และ 2) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษาในโรงพยาบาล 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[16] ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นมาตรส่วน 5 ระดับ คือ ไม่เลย หรือ 1 หมายถึง รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก ระดับเล็กน้อยหรือ 2 หมายถึง รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่ ระดับปานกลาง หรือ 3 หมายถึง รู้สึกปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ ระดับมาก หรือ 4 หมายถึง รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี ระดับมากที่สุด หรือ 5 หมายถึง รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก การแปลผล 26-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

3) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPS)[17] ประกอบด้วย 1) การประเมินการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค 3) การทำกิจวัตร

ประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร 5) ระดับความรู้สึกตัว โดยแบ่งเป็น 11 ระดับตั้งแต่ระดับ PPS 100 % - 0 % แบ่งผู้ป่วยได้เป็น 3 ระยะ 1) ระยะคงที่ มีค่า PPS v2 = 70 – 100 % 2) ระยะเปลี่ยนผ่าน มีค่า PPSV v2 = 40 – 60 % 3) ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่า PPS v2 = 0 – 30 %

4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง[18] ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณร่วมค่า 6 ระดับ ดังนี้ 0 หมายถึง ประเมินไม่พึงพอใจ 1 ประเมินพึงพอใจน้อยที่สุด 2 ประเมินพึงพอใจน้อย 3 ประเมินพึงพอใจปานกลาง 4 ประเมินพึงพอใจมาก 5 ประเมินพึงพอใจมากที่สุด

5) แบบประเมินความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง[19] ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

6) แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่พัฒนาขึ้นจากระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และคู่แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 3 ราย และคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้ป่วยระยะท้าย แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ

ขั้นตอนการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mctaggart[15] มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อเป็นบริบทข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา และเตรียมข้อมูลเสนอผู้ร่วมวิจัย

2) ประสานงานและนัดสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และนำผลจากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล

3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากำหนดแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หลังจากกลุ่มผู้ร่วมวิจัยสำรวจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขเกี่ยวในการพัฒนา โดยการร่วมระดมสมองกำหนดแนวปฏิบัติ

4) ร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

5) ร่วมสรุปจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ก่อนที่จะนำแผนแนวทางการดูแลไปปฏิบัติ

2) นำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ไปปฏิบัติกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) ระหว่างดำเนินการผู้วิจัยร่วมสังเกตการการปฏิบัติแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบมีส่วนร่วม

2) ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ร่วมประชุมกันเพื่อสะท้อนการปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย

3) การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้ป่วยระยะท้ายและแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจผู้ดูแลหลังสิ้นสุดโครงการ

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้ โดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนที่ได้จากผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะเนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลจาการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา โดยแยกเป็นหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญในประเด็นเกี่ยวข้อง

3. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิต และความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ 2/2568 วันที่รับรอง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ขอสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 10 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 60.00 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 และมีประสบการณ์การดูแลอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 60.00

2) สรุปสภาพปัญหาผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่ามีประเด็นสำคัญดังนี้

-ด้านผู้ให้บริการ : ไม่มีแนวทางสื่อสารระหว่างทีมและขาดการค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความรู้คำแนะนำเฉพาะโรค และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

-ด้านผู้ป่วย : ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้แก่ อาการปวด อาการหายใจลำบาก มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มีคลื่นไส้อาเจียน และมีอาการวิตกกังวล

-ด้านผู้ดูแล : ผู้ดูแลขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความไม่มั่นในการดูแลเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลส่งผลให้เกิดภาวะเครียด

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น คือ ปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบ D- METHOD- P โดยผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับประเด็น

ดังนี้ D (Disease) โรคที่เป็นอยู่ การแผนการรักษาของแพทย์ อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M (Medication) การใช้ยา E (Environment & Economic) การเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม T (Treatment) รับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ การฝึกทักษะการดูแล และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้ H (Health) รับรู้ถึงสภาวะสุขภาพ ผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วย ผลกระทบด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ สามารถปรับตัวในการส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ ทางด้านร่างกายและ จิตใจ มีความรู้ความสามารถที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น O (Outpatient) ทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อข้อมูลแผนการดูต่อเนื่องและการสรุปผลการดูแลไปยังเจ้าหน้าที่ในชุมชน D (Diet) ความเข้าใจ และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรคและข้อจำกัดด้านสุขภาพ และ P (Psychological support) การประเมินความต้องการในการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและวัฒนธรรม อย่างเป็นองค์รวม มีกระบวนการดูแล ดังนี้ 1) การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า 2)การจัดการอาการการรบกวนและการเยียวยาจิตใจ 3) สอน/ฝึกทักษะผู้ดูแลหลัก/รอง 4) จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ และ 5) ประสานงานกับเครือข่าย รายละเอียดดังแผนภูมิรูปภาพที่ 1

3. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

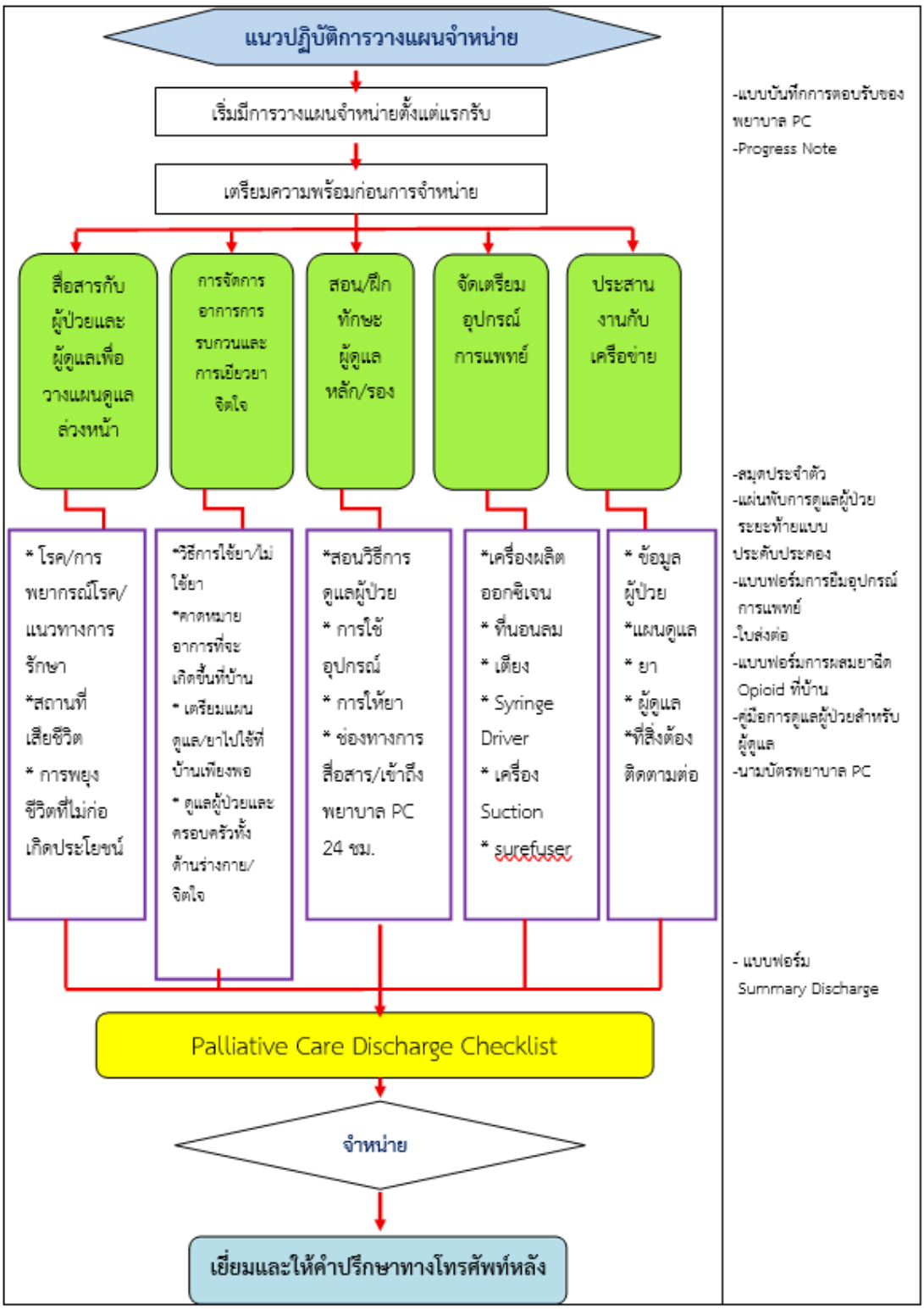
3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิงและชาย ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 70.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.33 อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกับผู้ป่วยเป็นสานสวนปัสสาวะ ร้อยละ 93.34 สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง ร้อยละ 90.00 และมีอาการรบกวนเป็นอาการปวด ร้อยละ 50.00

3.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี ร้อยละ 46.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 6,000- 10,000 บาท ร้อยละ 40.00 ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 80.00 ไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 83.33 และมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบุตร ร้อยละ 30.00

3.3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่ได้รับการดูแลก่อน และหลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 28.36 คะแนน (95%CI =-32.58 ถึง -24.18) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลก่อนและหลังพัฒนา

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	จำนวน (N)	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ก่อนพัฒนา	30	76.00±11.23	28.36	24.18 ถึง 32.58	<.001
หลังพัฒนา	30	104.36±5.76			



แผนภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

3.4 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าไม่พบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองก่อนและหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.001) (Mean difference = -0.07; 95%CI = -0.16 ถึง 0.03; t = -1.44; p = .161) แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นอาจยังไม่ส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยในระยะท้ายของโรค ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลก่อนและหลังพัฒนา

ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง	จำนวน (N)	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ก่อนพัฒนา	30	2.00±0.83	0.07	-0.16 ถึง -0.02	.161
หลังพัฒนา	30	2.07±.078			

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังการพัฒนา พบว่า มีความพึงพอใจภาพรวมระดับมากสุด (Mean =4.61, SD.=.50) และมีเพียง 1 ราย การที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การตอบสนองตามประเพณีความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสมในระหว่างอยู่โรงพยาบาล (Mean =4.42, SD.=.70)ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ดูผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองหลังการพัฒนา

รายการ	Mean	SD.	ระดับ
1. ได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลง	4.59	0.50	มากที่สุด
2. ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ	4.56	0.57	มากที่สุด
3. ได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.74	0.44	มากที่สุด
4. พยาบาลมีการพูดคุย ซักถามอย่าสม่ำเสมอ	4.59	0.50	มากที่สุด
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึก	4.78	0.42	มากที่สุด
6. พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องอาการปวด	4.78	0.24	มากที่สุด
7. การตอบสนองตามประเพณีความเชื่อและศาสนา	4.42	0.70	มาก
8. พยาบาลได้มีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา	4.59	0.50	มากที่สุด
9. ได้รับความรู้และเตรียมความพร้อมเมื่อต้องกลับบ้าน	4.67	0.44	มากที่สุด
10. ได้รับการช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหา	4.56	0.44	มากที่สุด
ภาพรวม	**4.61**	**0.50**	**มากที่สุด**

3.6 ผลการประเมินความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองหลังการพัฒนา พบว่า ในภาพรวมมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (Mean =4.80, SD.=.43) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ในความเป็นไปได้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมีระดับความพึงพอใจสูงที่สุด (Mean =4.80, SD.=.44) รองลงมาเป็นด้านความยืดหยุ่นสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย (Mean=4.00, SD.=.44) และด้านการใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านเนื้อหามีความชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย (Mean =4.20, SD.=.42) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองหลังการพัฒนา

รายการ	Mean	SD.	ระดับ
1. เนื้อหามีความชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย	4.20	0.42	มาก
2. มีความเป็นไปได้ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	4.80	0.44	มากที่สุด
3. ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.80	0.44	มากที่สุด
4. มีความยืดหยุ่นสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย	4.40	0.44	มากที่สุด
ภาพรวม	**4.80**	**0.43**	**มากที่สุด**

วิจารณ์

ผลการศึกษาสภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการณ์ พบว่า ด้านผู้ให้บริการ ไม่มีแนวทางสื่อสารระหว่างทีม และขาดการค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความรู้คำแนะนำเฉพาะโรคและการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ด้านผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และด้านผู้ดูแลขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความไม่มั่นในการดูแล เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ได้มีการร่วมกันวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาในพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยงข้องในการพัฒนาแนวปฏิบัติจากองค์ความรู้ ทักษะปฏิบัติ และประสบการณ์ที่ผ่านมา พยาบาลวิชาชีพทุกคนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของปัทมาภรณ์ นาบุตรบุญ[20] วิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ต้องมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้ชัดเจนโดยต้องวางแผนร่วมกันกับทีมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและบุคลากรในพื้นที่ เพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้าน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด D- METHOD- P มีกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอน คือ 1) การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า 2) การจัดการอาการการรบกวนและการเยียวยาจิตใจ 3) การสอน/ฝึกทักษะผู้ดูแลหลัก/รอง 4) จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ และ 5) การประสานงานกับเครือข่าย โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจริง พบว่าเกิดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานจริง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่สามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้องการศึกษาของวีระยุทธ์ ชาตะการญจน์[21] ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ตามแนวคิดของ Kemmis and Mctaggart[15] พบว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การร่วมมือของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองไม่พบความแตกต่างซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยในระยะท้ายของโรค ความพึงพอใจของผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean=4.61, SD.=.50) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (Mean=4.80, SD.=.43) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น อธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาให้ครอบคลุมทุกมิติ มีการสื่อสาร การเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านจิตวิญญาณ และทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจภาวะโรคและการตอบสนองตามความต้องการ การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศรี รักษ์วงค์ และคณะ[22] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของคมกฤษณ์ เทียมกลาง และจำเรียง พรมมา[23] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาทำให้ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 70 และความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60

จุดเด่น คือ เป็นการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลช่วยให้พยาบาลมีแนวทางชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยและญาติ ข้อจำกัด คือความซับซ้อนของอาการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมักมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางอาจต้องปรับเปลี่ยนเฉพาะราย ข้อจำกัดด้านเวลาศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาล และรูปแบบแนวทางปฏิบัติอาจต้องปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลและวัฒนธรรมของชุมชนเมื่อนำไปใช้ต่างพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลและเก็บเป็นตัวชี้วัดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ควรมีการกำกับติดตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านโดยการเยี่ยมบ้าน ในชุมชนในระยะยาวขึ้นเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อเพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง; 2567.
2. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. สรุปรายงานผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พ.ศ.2565-พ.ศ.2567. มหาสารคาม: โรงพยาบาลโกสุมพิสัย; 2567.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายสำหรับ

บุคลากรทางการแพทย์. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.

4. Thomas C. Improving hospital discharge for patients at the end of life. Nursing Times 2017;10(113):53-6.
5. World Health Organization. Pain relief and Palliative Care. In: National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2ed. WHO Geneva; 2020.
6. World Health Organization. Palliative care:Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Dec 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
7. พุทธชาด บุญชัย. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. 2568;1(1):1-12.
8. นิตยา มณีท่าโพธิ์, พรรณี ชูศรี, สมพร เจษฎาญานเมธา, ปัญญา เถื่อนด้วง,วิภาพร สิทธิสาตร์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;40(4):1-12.
9. ปัทมาภรณ์ นาบุตรบุญ, พัชรีภรณ์ จันทร์ชมภู, ศิริลักษณ์ สุดใจ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโรงพยาบาลชนบทจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2566;4(1):11-20.
10. เพ็ญศรี รักษ์วงค์, มุจจรินทร์ อัศวพัฒน, สุณัฏดา คเชนทร์ชัย, พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1):266-280.
11. มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักษ์ศรา กะการดี, นันท์ชญาน์ นฤนาทธนาเสฏฐ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;21(1):216-29.
12. ศิตา พลีจันทร์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(1):68-78.
13. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพียสุพรรณ์. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
14. วิไล วงศ์แกล้ว, อิศรา สพสมัย. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):339-50.
15. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer (3rded). Victoria : Deakin University; 1988.
16. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540.
17. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
18. เสริมสุข ธัญญะวัน, อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์, ปวีณา ใจชัย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(3):163-76.
19. เสริมสุข ธัญญะวัน, อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์, ปวีณา ใจชัย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประครอง โรงพยาบาลเลย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(3):164-76.
20. ปัทมาภรณ์ นาบุตรบุญ, พัชรีภรณ์ จันทร์ชมภู, ศิริลักษณ์ สุดใจ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลชนบท

จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาสาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน. 2566;4(1):11-20.

21. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏร์ธานี. 2558;2(1):29-49.
22. เพ็ญศรี รักษ์วงค์, มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์, สุณัฏดา คเชนทร์ชัย, พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต. การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1):266-80.
23. คมกฤษณ์ เทียมกลาง, จำเรียง พรมมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจังหวัดหนองคาย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2566;15(3):16-40.

ความต้องการจำเป็นและแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

Needs Assessment and Effective Materials Management Strategies for Administrative and Personnel Involved in Mukdahan Provincial Health Network

วิสา มหาราช*

Wisa Maharach

Corresponding author: email: nid_wisa nidwisa@gmail.com

(Received: January 19, 2025; Revised: January 26, 2025; Accepted: February 26, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ความต้องการจำเป็น และแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารงานสาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 117 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567-เดือนมกราคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าดัชนี PNI modified

ผลการวิจัย : การบริหารงานพัสดุ พบว่า ด้านการควบคุม บำรุงรักษา และตรวจสอบพัสดุ มีค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI modified = 0.107) มากที่สุด และการบริหารงานพัสดุของการบริหารพัสดุที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ด้านความถูกต้องและความโปร่งใสมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI modified = 0.083) มากที่สุด และแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยแบ่งเป็นกลยุทธ์ 4 ด้าน คือ 1) ยกระดับการควบคุมและตรวจสอบด้วยระบบดิจิทัล (Smart Inventory & Audit) 2) เสริมสร้างธรรมาภิบาลและความโปร่งใส (Transparency & Integrity Focus) 3) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรแบบเครือข่ายพี่เลี้ยง (Capacity Building Network) และ 4) วางแผนเชิงกลยุทธ์และความคุ้มค่า (Strategic Planning & Value for Money)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการบริหารพัสดุของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารจำเป็นต้องเร่งพัฒนาด้านความถูกต้องและความโปร่งใสมากที่สุด โดยมีกลยุทธ์หลักคือการใช้ระบบดิจิทัลตรวจสอบ, การเสริมสร้างธรรมาภิบาล, การพัฒนาบุคลากรผ่านระบบพี่เลี้ยง และการวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อความคุ้มค่า

คำสำคัญ : การบริหารงานพัสดุ; เครือข่ายสุขภาพ; ความต้องการจำเป็น; ธรรมาภิบาลและความโปร่งใส

*นักวิเคราะห์นโนบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

Abstract

Purposes : To investigate the priority needs and effective supply management guidelines for administrators and relevant personnel within the Mukdahan Health Network.

Study design : Cross-Sectional Descriptive Research.

Materials and Methods : The sample consisted of 117 public health administrators and relevant personnel in the Mukdahan Health Network, selected through simple random sampling. The study was conducted from October 2024 to January 2025. Data were collected using a questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.83. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Modified Priority Needs Index (PNI modified).

Main findings : Regarding general supply management, "Control, Maintenance, and Audit" showed the highest priority need (PNI modified = 0.107). For effective supply management specific to health networks, "Accuracy and Transparency" emerged as the most critical need (PNI modified = 0.083). The proposed effective management guidelines consist of four strategies: 1) Smart Inventory & Audit through digital systems, 2) Transparency & Integrity Focus, 3) Capacity Building through a Mentoring Network, and 4) Strategic Planning & Value for Money.

Conclusion and Recommendations : The Mukdahan Health Network should prioritize enhancing accuracy and transparency. Key recommendations include implementing digital audit systems and fostering a mentorship-based competency development model to ensure strategic and cost-effective supply management.

Keywords : Supply Management; Health Network; Priority Needs Index (PNI modified); Governance and Transparency

*Plan and Policy Analyst, Professional Level, Mukdahan Provincial Public Health Office.

บทนำ

การบริหารงานพัสดุภาครัฐนับเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งในด้านการจัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ ครุภัณฑ์ และทรัพยากรสนับสนุนอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ และคุ้มค่า ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทย หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องดำเนินการบริหารพัสดุให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 รวมถึงกฎ ระเบียบ และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมุ่งเน้นหลักความโปร่งใส ความคุ้มค่า และการตรวจสอบได้[1] อย่างไรก็ตาม การบริหารงานพัสดุในเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดชายแดนหรือจังหวัดที่มีบริบทเชิงพื้นที่เฉพาะ เช่น จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีลักษณะเป็นจังหวัดชายแดน มีการเชื่อมโยงบริการสุขภาพระหว่างประเทศ มีหน่วยบริการกระจายตัวทั้งในเขตเมืองและชนบท และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลด้านการพัสดุ ยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ อาทิ ความล่าช้าในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารสต็อกพัสดุที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการใช้จริง การขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ รวมถึงภาระงานด้านเอกสารและการควบคุมภายในที่ซับซ้อน

ในทำนองเดียวกันสถานการณ์ปัญหาการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารตั้งแต่ พ.ศ.2564-2567 พบว่า ปัญหาด้านการจัดซื้อจัดจ้างสะท้อนเป็นรูปธรรมผ่านรายงานผลการดำเนินงานในระบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) ของหน่วยงานราชการ ซึ่งระบุว่ายังมี การรายงานข้อมูลและการเผยแพร่ผลการจัดซื้อจัดจ้างไม่สม่ำเสมอ อาทิ การเผยแพร่แผนและผลการจัดซื้อในแต่ละรอบระยะเวลาไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนด (เช่น บันทึกข้อความของผู้บริหารและรายงานผลอย่างเป็นระบบตามแนวทาง MOIT3 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568) ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการตรวจสอบและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[2] (Health facility ITA reports, 2568) โดยไม่เพียงแต่ข้อมูลจะไม่ครบถ้วนเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึง ช่องว่างด้านการสื่อสารและความโปร่งใส ในกระบวนการบริหารพัสดุระหว่างหน่วยบริการระดับจังหวัดกับส่วนกลางของระบบสาธารณสุข

อีกหนึ่งปัญหาที่พบว่าเป็นอุปสรรคต่อการบริหารพัสดุอย่างมีประสิทธิภาพในเครือข่ายสุขภาพมุกดาหาร คือ การขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบบัญชี การจัดซื้อ และการบริหารคลัง ซึ่งเป็นปัญหาทั่วไปของระบบโลจิสติกส์สุขภาพ (Healthcare Logistics) ในไทย ที่มีการแยกระบบข้อมูลต่างหากกัน ทำให้การติดตามสต็อกพัสดุ การคาดการณ์ความต้องการ และการกำหนดปริมาณจัดซื้อไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของหน่วยบริการ[3] จากการแยกระบบข้อมูลในระดับหน่วยบริการนั้นทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการจัดซื้อบางรายการและในขณะเดียวกันก็อาจเกิดการขาดแคลนพัสดุในอีกบางส่วนของเครือข่าย นอกจากนี้สมรรถนะของบุคลากรพัสดุและผู้บริหารในระดับหน่วยบริการยังเป็นประเด็นที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพงานพัสดุ โดยพบว่าบุคลากรมักถูกกำหนดให้ทำงานหลากหลายด้าน ทั้งการจัดซื้อ การควบคุมคลัง และการบันทึกเอกสาร ทำให้มีเวลาจำกัดต่อการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการดำเนินงานตามแนวทางจัดซื้อที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาเชิงการจัดการวัสดุที่พบในงานวิจัยด้านการจัดการสินค้าคงคลังของโรงพยาบาลในไทย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการจัดการคลังแบบดั้งเดิมอาจไม่ตอบโจทย์เชิงประสิทธิภาพในบริบทการบริการสุขภาพของรัฐ[4]

ปัญหาด้านความไม่สอดคล้องของแนวปฏิบัติการจัดซื้อกับความต้องการเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการก็ถูกเน้นในงานวิจัยที่พบว่า การบริหารพัสดุในสถานบริการยังขาดการรวมการจัดซื้อหรือการเลือกผู้ผลิตอย่างมีกลยุทธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทั้งด้านต้นทุนและคุณภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การจัดซื้อแบบเร่งด่วน หรือสต็อกที่เกินจำเป็น (Lot sizing & supplier selection issues) โดยจากการศึกษาของ Rod-Iw & Naenna[5] พบว่าแม้โมเดลคณิตศาสตร์ช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายและคุณภาพได้ แต่ระบบปัจจุบันของหลายหน่วยบริการยังไม่สามารถนำ

แนวทางที่เป็นระบบมาใช้จริงได้อย่างเต็มที่ อีกบริบทหนึ่งซึ่งสำคัญต่อจังหวัดมุกดาหาร คือ ผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เช่น การระบาดของ COVID-19 ซึ่งในบริบทไทยพบว่าหน่วยบริการในระดับชุมชนต้องบริหารจัดการพัสดุป้องกันการติดเชื้อภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร แต่มักพบการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน และวัสดุที่จำเป็น เพราะระบบจัดซื้อและคลังไม่สามารถตอบสนองต่อความผันผวนของอุปสงค์ได้ทัน[6]

ประเด็นเชิงระบบเหล่านี้เป็นข้อจำกัดสำคัญที่ผู้บริหารและบุคลากรพัสดุในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารต้องเผชิญทั้งในด้านการ จัดสรรและการใช้จ่ายงบประมาณ, การบริหารจัดการคลังพัสดุ, การควบคุมความโปร่งใส, และ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้กระบวนการพัสดุมีความยืดหยุ่นและตอบโจทย์การให้บริการสุขภาพในทุกสถานการณ์ โดยสรุปสภาพปัญหาการบริหารการเงินการคลังและพัสดุของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2564–2567 เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างและเชิงระบบที่เชื่อมโยงกัน ทั้งด้านกฎหมาย ระเบียบ กระบวนการบริหาร ศักยภาพบุคลากร และระบบสารสนเทศ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรภาครัฐและคุณภาพการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการบริหารการเงินการคลังและพัสดุที่มีความยืดหยุ่น โปร่งใส เชื่อมโยงข้อมูล และมุ่งเน้นผลลัพธ์ของการใช้จ่ายงบประมาณ จึงเป็นประเด็นสำคัญเชิงนโยบายที่หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. จำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง[7]

จากการทบทวนสภาพปัญหาการบริหารการเงินการคลังและพัสดุของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2564–2567 พบว่า งานศึกษาที่มีอยู่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการรายงานผลการดำเนินงาน การตรวจสอบการเงิน การประเมินความถูกต้องตามระเบียบ และการรายงานข้อสังเกตจากหน่วยงานกำกับดูแล เช่น สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน หรือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ[1,8] ขณะที่การศึกษาที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อสะท้อน “ความต้องการจำเป็นที่แท้จริง” ของผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังและพัสดุในระดับหน่วยบริการยังมีอยู่อย่างจำกัด

การประเมินความต้องการจำเป็นจะช่วยให้สามารถระบุช่องว่างระหว่างระดับการดำเนินงานที่เป็นอยู่กับระดับที่พึงประสงค์ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ สมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินการคลังและพัสดุ ความเหมาะสมของกระบวนการบริหารจัดการ ความพร้อมของระบบสารสนเทศ และระดับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการกำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนา (Priority setting) และการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับบริบทจริงของหน่วยบริการ นอกจากนี้ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นยังสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการบริหารการเงินการคลังและพัสดุที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยืดหยุ่น สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทระบบสุขภาพและนโยบายภาครัฐในอนาคต ตลอดจนสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย การวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและยั่งยืน[1,8] ดังนั้น การศึกษาความต้องการจำเป็นจึงเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างสภาพปัญหาเชิงนโยบายกับการพัฒนาเชิงปฏิบัติในระดับหน่วยบริการ เพื่อให้การบริหารการเงินการคลังและพัสดุของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถตอบสนองต่อบริบทจริง มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดต่อระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นและศึกษาแนวทางการบริหารงานพัสดุมีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ความต้องการจำเป็นและแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2567 - เดือนมกราคม พ.ศ.2568 แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความต้องการจำเป็นในทางการบริหารงานพัสดุมีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารงานสาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 14 แห่ง ประกอบด้วยผู้บริหารงานสาธารณสุข จำนวน 56 คน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 119 คน รวม 171 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2568)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน[9] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ (1) เป็นผู้บริหารงานสาธารณสุข (เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอหรือหัวหน้ากลุ่มงาน) ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร (2) เป็นบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารงานพัสดุในหน่วยงาน (4) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 14 แห่งในจังหวัดมุกดาหาร (5) ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังกล่าวมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน (เพื่อให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจ ในระบบงานพัสดุของหน่วยงานนั้น ๆ) และ (6) ยินดีให้ความร่วมมือและลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาพักการศึกษา ลาป่วยระยะยาวหรือลาคลอดในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล (2) บุคลากรที่ได้รับการคำสั่งให้ไปช่วยราชการนอกเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารในช่วงเวลาที่ศึกษา และ (3) บุคลากรที่ขอใช้สิทธิถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล หรือไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามจนจบกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้เป็นแบบสอบถามความต้องการจำเป็นและแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ **ตอนที่ 1** สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานด้านพัสดุ ตำแหน่งงาน และตำแหน่งทางวิชาการมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) **ตอนที่2** สอบถามเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์เพื่อนำมาหาค่าความต้องการจำเป็นในทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ การวางแผนการจัดหาพัสดุ กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง การควบคุมบำรุงรักษา และตรวจสอบพัสดุการจำหน่ายพัสดุ จำนวน 24 ข้อ **ตอนที่ 3** ความต้องการจำเป็นด้านการบริหารพัสดุที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านความคุ้มค่า ด้านความถูกต้องและความโปร่งใส ด้านการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และด้านการตรวจสอบได้ จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีรูปแบบการตอบสนองคู่ (Dual Response) โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบในส่วนของสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ในการบริหารงานพัสดุของในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร[10]

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนมาตรฐาน ดังนี้

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านบริหารงานสาธารณสุข, ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานพัสดุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและสถิติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC พบว่า มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00 ผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ที่อำเภอพระธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และนำผลมาวิเคราะห์หาคุณภาพทางสถิติ และนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ (Try-out) มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในตอนที่ 2 ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยใช้วิธีคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยวิธีแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการนัดหมายกำหนดการเก็บรวบรวมแบบสอบถามใช้ระยะเวลา 15-20 วัน

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ทำการแจกแบบสอบถามไปจำนวน 117 ชุดได้รับกลับคืนมา 117 ชุด คิดเป็น 100% และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1) วิเคราะห์สภาพปัจจุบัน และสภาพที่พึงประสงค์ในทางการบริหารงานพัสดุมีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวมทุกด้าน จากนั้นทำการแปลผลผลค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์การแปลผลของเทียมจันทร์ พานิชย์ผลินไชย[10] มีรายละเอียดดังนี้

2) การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการบริหารงานพัสดุของในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ใช้วิธี Priority Needs Index แบบปรับปรุง (PNI modified)[11] ซึ่งเป็นการหาผลต่างระหว่างสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ จากนั้นทำการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการบริหารงานพัสดุของในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยข้อรายการที่มีค่าดัชนี PNI modified สูง แสดงว่ามีความความต้องการจำเป็นมากกว่าข้อที่มีค่าดัชนี PNI modified ต่ำ ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญกับข้อรายการที่มีความต้องการจำเป็นที่อยู่ในระดับสูงก่อน เพื่อให้ได้รับการดำเนินการแก้ไขก่อนข้อรายการอื่นที่มีความต้องการจำเป็นน้อยกว่าตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาและแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้มาด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection Sampling) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิไว้ดังนี้

1) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป หรือหัวหน้างานพัสดุที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานกลุ่มงานพัสดุไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน

2) ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

3) เจ้าหน้าที่พัสดุที่ปฏิบัติงานในในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยอ้างอิงข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้ คือ แนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ ด้านความคุ้มค่า ด้านความถูกต้องและความโปร่งใส ด้านการมีประสิทธิภาพประสิทธิผล และด้านการตรวจสอบได้ โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความต้องการจำเป็นในแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นกรอบในการสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1) นำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารไปขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลที่ทำการคัดเลือกมาตามคุณสมบัติที่กำหนด

2) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และแบบออนไลน์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกโดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลในการดำเนินการบันทึกวิดีโอ และเสียงขณะทำการสัมภาษณ์

3) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วดำเนินการวิเคราะห์สรุปผลตามขั้นตอนของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

1) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์แต่ละละฉบับ

2) กรอกรหัสผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

3) ถอดเทปในการสัมภาษณ์พร้อมทั้งจัดทำบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

4) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 โดยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อนำเสนอเป็นแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

สำหรับงานวิจัยด้านสาธารณสุขในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารครั้งนี้ได้รับใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร (Certificate of Approval: COA) รหัสโครงการ 96.0033.2567 และวันที่ออกเอกสาร 2 ตุลาคม 2567 วันที่หมดอายุ 30 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารงานสาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 117 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 79 คน (67.52%) อายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 52 คน (44.44%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 92 คน (78.63%) ตำแหน่งงานเป็นข้าราชการ จำนวน 85 คน (72.65%) โดยมีลักษณะการกระจายตัวของตำแหน่งทางวิชาการอยู่ในระดับชำนาญการมากที่สุด จำนวน 44 คน (37.61%) ประสบการณ์ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 42 คน (35.90%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=117)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	38(32.48)
	หญิง	79(67.52)
อายุ (ปี)	20 - 25 ปี	8(6.84)
	26 - 30 ปี	26(22.22)
	31 - 35 ปี	31(26.50)
	มากกว่า 35 ปี	52(44.44)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	10(8.55)
	ปริญญาตรี	92(78.63)
	ปริญญาโท	14(11.97)
	ปริญญาเอก	1(0.85)
ประสบการณ์ทำงานด้านพัสดุ (ปี)		
	ต่ำกว่า 5 ปี	42(35.90)
	5 - 10 ปี	33(28.21)
	11 - 15 ปี	17(14.53)
	16 - 20 ปี	14(11.97)
	มากกว่า 20 ปี	11(9.39)
ตำแหน่งงาน	ข้าราชการ	85(72.65)
	พนักงานราชการ	12(10.26)
	ลูกจ้างรายเดือน/ปี	20(17.09)
ตำแหน่งทางวิชาการ	ปฏิบัติการ	40(34.19)
	ชำนาญการ	44(8.55)
	ชำนาญการพิเศษ	1(0.85)
	เชี่ยวชาญ	1(0.85)
	ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ	22(18.80)

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน และสภาพที่พึงประสงค์ในการบริหารงานพัสดุที่สำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับตามค่าดัชนีความต้องการจำเป็นจากมากไปหาน้อย พบว่า ลำดับที่ 1 ด้านการควบคุม บำรุงรักษาและตรวจสอบพัสดุ เป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสูงสุด (PNI modified = 0.107) ลำดับที่ 2 ด้านการวางแผน

การจัดหาพัสดุมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นรองลงมา (PNI modified = 0.091 ลำดับที่ 3 ด้านกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นเป็นลำดับที่สาม (PNI modified = 0.082) และลำดับที่ 4 ด้านการจำหน่ายพัสดุเป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาต่ำที่สุด (PNI modified = 0.053) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและดัชนี PNI modified การบริหารงานพัสดุสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร รายด้านและโดยรวม (n=117)

ตัวแปร	สภาพปัจจุบัน (D)	สภาพที่พึงประสงค์ (I)	PNI	อันดับ
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
การบริหารพัสดุฯ				
1. การวางแผนการจัดหาพัสดุ	4.18(0.55)	4.56(0.46)	0.091	2
2. กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง	4.25(0.50)	4.6600(0.41)	0.082	3
3. การควบคุม บำรุงรักษา และตรวจสอบพัสดุ	4.10(0.60)	4.45(0.49)	0.107	1
4. การจำหน่ายพัสดุ	4.35(0.44)	4.58(0.44)	0.053	4

3) สภาพปัจจุบันในการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร เมื่อพิจารณารายด้านและจัดลำดับตามค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI modified) จากมากไปหาน้อย พบว่า ลำดับที่ 1 ด้านความถูกต้องและความโปร่งใสเป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสูงสุด (PNI modified = 0.083) ลำดับที่ 2 ด้านการตรวจสอบได้ มีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นรองลงมา (PNI modified = 0.059) ลำดับที่ 3 ด้านการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นเท่ากับ 0.051 และลำดับที่ 4 ด้านความคุ้มค่าค่าดัชนีความต้องการจำเป็นต่ำที่สุด (PNI modified = 0.051) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและดัชนี PNI modified การบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร รายด้านและโดยรวม (n=117)

ตัวแปร	สภาพปัจจุบัน (D)	สภาพที่พึงประสงค์ (I)	PNI	อันดับ
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
การบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพ				
1. ความคุ้มค่า	4.28(0.58)	4.50(0.48)	0.051	4
2. ความถูกต้องและความโปร่งใส	4.20(0.62)	4.55(0.42)	0.083	1
3. การมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล	4.30(0.52)	4.52(0.49)	0.051	3
4. การตรวจสอบได้	4.22(0.55)	4.47(0.50)	0.059	2

4) ผลการศึกษาแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 พบว่า ประเด็นเร่งด่วนคือ ด้านการควบคุม บำรุงรักษา และตรวจสอบพัสดุในเชิงกระบวนการ และด้านความถูกต้องและความโปร่งใสในเชิงประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยแบ่งเป็นกลยุทธ์ 4 ด้านหลัก ดังนี้

(1) ยกระดับการควบคุมและตรวจสอบด้วยระบบดิจิทัล (Smart Inventory & Audit)

แนวทาง: พัฒนาหรือนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการลงทะเบียนและตัดยอดพัสดุแบบ Real-time เพื่อลดข้อผิดพลาดจากการบันทึกด้วยมือ (Manual)

วิธีปฏิบัติ: ใช้ระบบ Barcode หรือ QR Code ในการกำกับพัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบยอดคงเหลือประจำปี และช่วยให้การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance) ทำได้ตามกำหนดเวลา

(2) เสริมสร้างธรรมาภิบาลและความโปร่งใส (Transparency & Integrity Focus)

แนวทาง: สร้างระบบเปิดเผยข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างที่เข้าถึงได้ง่ายภายในเครือข่ายสุขภาพ

วิธีปฏิบัติ: จัดตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุที่มีตัวแทนจากหลายภาคส่วน และใช้ระบบเกณฑ์ประสิทธิภาพ (Performance-based) ในการคัดเลือกคู่ค้า เพื่อป้องกันปัญหาการผูกขาดและสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรในองค์กร

(3) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรแบบเครือข่ายพี่เลี้ยง (Capacity Building Network)

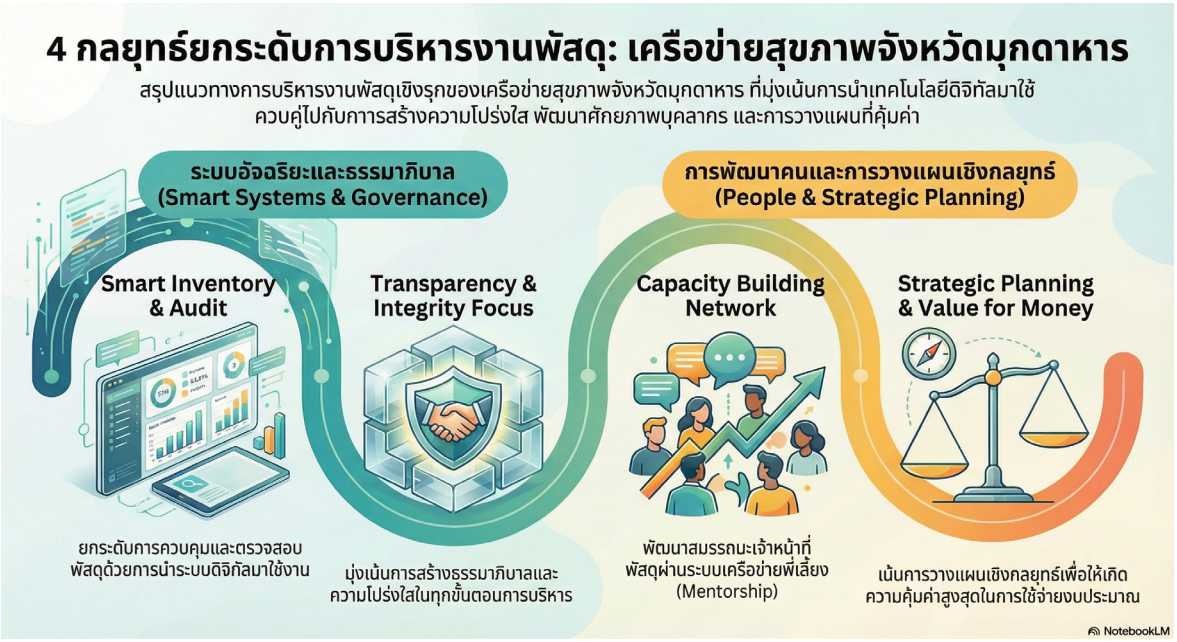
แนวทาง: จัดตั้ง “ศูนย์เรียนรู้ด้านพัสดุจังหวัดมุกดาหาร” เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ

วิธีปฏิบัติ: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยเน้นกรณีศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายพัสดุฉบับล่าสุด และการสร้างเครือข่าย Line Group ผู้ปฏิบัติงานพัสดุทั้งจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างรวดเร็ว

(4) วางแผนเชิงกลยุทธ์และความคุ้มค่า (Strategic Planning & Value for Money)

แนวทาง: ใช้ระบบการจัดซื้อรวม (Consolidated Procurement) ในระดับจังหวัดสำหรับวัสดุสิ้นเปลืองที่มีการใช้ร่วมกันสูง

วิธีปฏิบัติ: วิเคราะห์ข้อมูลการใช้พัสดุย้อนหลัง 3 ปี เพื่อพยากรณ์ความต้องการล่วงหน้า ช่วยลดภาวะพัสดุขาดแคลนหรือล้นคลังและเพิ่มอำนาจต่อรองกับผู้ขายเพื่อให้ได้ราคาที่คุ้มค่าที่สุดดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

วิจารณ์

1) ผลการศึกษาดัชนีความต้องการจำเป็นของการบริหารงานพัสดุในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร สะท้อนให้เห็นถึงพลวัตที่สำคัญในการบริหารภาครัฐ พบว่าด้านการควบคุม บำรุงรักษาและตรวจสอบพัสดุ เป็นประเด็นที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารทรัพยากรในระบบสาธารณสุขยุคหลังแพร่ระบาดที่มุ่งเน้นความยั่งยืน และความต่อเนื่องของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประเด็นดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยของชลธิชา จันทร์ประเสริฐ และคณะ[12] ที่ระบุว่าประสิทธิภาพของการบริหารงานพัสดุในหน่วยงานบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับความเข้มงวดในขั้นตอนการตรวจสอบและการจัดเก็บ เนื่องจากพัสดุทางการแพทย์มีลักษณะเฉพาะและมีมูลค่าสูง การขาดระบบควบคุมที่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการบริการผู้ป่วยในทำนองเดียวกัน Abdou et al.[13] ชี้ให้เห็นว่าในระดับสากลการยกระดับการตรวจสอบและการควบคุมภายในเป็นกลไกสำคัญในการปิดช่องโหว่ความเสี่ยงทางการเงินของรัฐ ซึ่งสอดรับกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่าบุคลากรในพื้นที่มุกดาหาร ให้ความสำคัญกับความถูกต้อง และความโปร่งใสเป็นอันดับหนึ่งในมิติของประสิทธิภาพการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในมุมมองที่แตกต่างของภควรรณ มีสม และคณะ[14] กลับพบว่าปัญหาหลักในการปฏิบัติงานพัสดุตามพระราชบัญญัติฉบับปัจจุบันมักตกไปอยู่ที่ขั้นตอนการวางแผนการจัดหาเนื่องด้วยความซับซ้อนของข้อกฎหมาย และกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างที่ต้องอาศัยการตีความทางเทคนิคสูง ซึ่งอาจขัดแย้งกับผลศึกษานี้ที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมหลังการจัดหามากกว่าประเด็นก่อนการจัดซื้อ นอกจากนี้ Mwangangi & Sije[15] ได้นำเสนอแง่คิดเชิงนวัตกรรมว่า การให้ความสำคัญกับตัวบุคคลในการตรวจสอบอาจไม่ใช่คำตอบที่ยั่งยืนในยุคดิจิทัล โดยงานวิจัยชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบจัดซื้อจัดจ้างอิเล็กทรอนิกส์จะช่วยลดภาระด้านการตรวจสอบและเพิ่มความโปร่งใสได้โดยอัตโนมัติ ซึ่งสะท้อนว่าความต้องการจำเป็นที่มุ่งเน้นการตรวจสอบในพื้นที่มุกดาหาร อาจเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงข้อจำกัดในการเข้าถึง

เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในระดับภูมิภาค โดยสรุปการบริหารงานพัสดุในเครือข่ายสุขภาพมุกดาหารจำเป็นต้องบูรณาการทั้ง “ระบบการควบคุมที่เข้มข้น” และ “ความโปร่งใสที่ตรวจสอบได้” เข้าด้วยกันเพื่อตอบสนองต่อหลักธรรมาภิบาลและความคุ้มค่า ท่ามกลางทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในระบบสาธารณสุข

2) การบริหารงานพัสดุในระบบสุขภาพระดับภูมิภาคเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อน ทั้งในด้านข้อจำกัดของทรัพยากรและการตรวจสอบที่เข้มงวดจากภาครัฐ จากผลการศึกษาดัชนีความต้องการจำเป็นของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ด้านการควบคุม บำรุงรักษา และตรวจสอบพัสดุ เป็นมิติที่มีความเร่งด่วนสูงสุดในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของชลธิชา จันทร์ประเสริฐ และคณะ[12] ที่ชี้ว่าความมั่นคงของคลังเวชภัณฑ์ในสถานพยาบาลขึ้นอยู่กับระบบการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การจะบรรลุประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์การบริหารงานแบบบูรณาการ 4 ด้านหลัก ดังนี้

ประการแรกการยกระดับการควบคุมด้วยระบบดิจิทัล (Smart Inventory & Audit) ถือเป็นรากฐานสำคัญ โดย Mwangangi & Sije[15] ยืนยันว่าเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยลดความผิดพลาด และเพิ่มความแม่นยำในการจัดเก็บข้อมูลพัสดุ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากศุภชัย บุญธรรม และวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์[16] ที่พบว่าระบบคลาวด์ช่วยให้การตัดสต็อกแบบเรียลไทม์มีประสิทธิภาพสูง ทว่าในมุมกลับกัน Kiptoo et al.[17] และนงลักษณ์ แสงทอง[18] ได้เตือนถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ห่างไกลและความต้านทานต่อเทคโนโลยีของบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยที่เครือข่ายสุขภาพมุกดาหาร ต้องพิจารณาเพื่อไม่ให้เทคโนโลยีกลายเป็นอุปสรรคเสียเอง ประการต่อมาคือ การเสริมสร้างธรรมาภิบาลและความโปร่งใส (Transparency & Integrity) เป็นปัจจัยที่บุคลากรให้ความสำคัญสูงสุดในมิติประสิทธิภาพ ซึ่ง Abdou et al.[13] และวรวิทย์ จันทร์ประเสริฐ[19] เห็นตรงกันว่าการเปิดเผยข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างช่วยลดช่องว่างการทุจริตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่กระนั้น Zubcic & Sims[20]และ วิชัย นามวงค์[21] กลับให้ทัศนะว่าการเพิ่มระเบียบที่เคร่งครัดเกินไป (Over-regulation) อาจนำไปสู่ความล่าช้าในการจัดหาพัสดุจำเป็นในภาวะวิกฤต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในท้ายที่สุด

ในมิติของการพัฒนาทุนมนุษย์กลยุทธ์เครือข่ายพี่เลี้ยง (Capacity Building Network) ถูกนำเสนอเพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางทักษะ โดยพัชรินทร์ สุขไมตรี[22] และ Ochieng[23] พบว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงระหว่างหน่วยงานช่วยเพิ่มสมรรถนะบุคลากรได้ดีกว่าการอบรมทฤษฎี อย่างไรก็ตาม Brown et al.[24] และธีรยุทธ ศรีสง่า[25] ตั้งข้อสังเกตว่าภาระงานที่ล้นมือและการถ่ายทอดแนวปฏิบัติที่ล้าสมัยจากพี่เลี้ยงสู่น้องใหม่อาจเป็นกับดักที่ทำให้องค์กรไม่เกิดการพัฒนาสิ่งใหม่ ท้ายที่สุดการวางแผนเชิงกลยุทธ์และความคุ้มค่า (Strategic Planning & Value for Money) เป็นกุญแจสำคัญสู่ความยั่งยืน ซึ่งภควรรณ มีสม และสุรพล สุพรรณวงศ์[14] และ Khan et al.[26] เน้นย้ำว่าการวางแผนล่วงหน้าช่วยลดงบประมาณที่สูญเสียจากการจัดซื้อเร่งด่วน แม้ว่า Miller[27] จะแย้งว่าแผนกลยุทธ์อาจไร้ผลในสภาวะตลาดที่ผันผวนรุนแรง และ อานนท์ วงศ์ศิริ[28] ที่ชี้ว่าเกณฑ์ราคาต่ำสุดมักขัดแย้งกับคุณภาพพัสดุทางการแพทย์ที่ต้องการ โดยสรุปการขับเคลื่อนการบริหารงานพัสดุของมุกดาหาร ให้สัมฤทธิ์ผล จึงไม่ใช่เพียงการนำเทคโนโลยีมาใช้หรือการออกระเบียบที่เข้มงวด แต่คือการสร้างสมดุลระหว่างความโปร่งใส ความรวดเร็ว และสมรรถนะของบุคลากร ภายใต้บริบทเฉพาะของพื้นที่เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและคุ้มค่าอย่างแท้จริง

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย ในการพิจารณาคุณค่าทางวิชาการ และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ การวิเคราะห์ถึงจุดแข็งและข้อจำกัดนั้นเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัย งานศึกษาวิจัยฉบับนี้มีจุดเด่นที่สำคัญ คือการประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณผ่านดัชนีความต้องการจำเป็น ซึ่งช่วยให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในบริบทพื้นที่เครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารได้อย่างแม่นยำการที่งานวิจัยมุ่งเน้นไปที่หน่วยงานสาธารณสุขในเขตชายแดน ทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความเฉพาะเจาะจงทางบริบท โดยเฉพาะในด้านการควบคุม และบำรุงรักษาพัสดุที่มีความซับซ้อน

ตามลักษณะภูมิศาสตร์ นอกจากนี้กลยุทธ์ที่นำเสนอทั้ง 4 ด้าน ไม่ได้เป็นเพียงการแก้ปัญหาเชิงเทคนิคเท่านั้น แต่ยังเป็นการบูรณาการระหว่างเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับหลักธรรมาภิบาลและการพัฒนาทุนมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่และความยั่งยืนในระบบสุขภาพระดับโลกอย่างไรก็ตาม แต่งานวิจัยนี้ก็ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาเพื่อการตีความผลลัพธ์ในวงกว้างประการแรกคือข้อจำกัดด้านขอบเขตประชากร เนื่องจากข้อมูลถูกจัดเก็บเฉพาะในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีโครงสร้างพื้นฐานและวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นเอกลักษณ์ ส่งผลให้การนำผลวิจัยไปอ้างอิงใช้ในบริบทพื้นที่อื่นที่มีความพร้อมด้านทรัพยากรต่างกัน อาจกระทำได้ในวงจำกัด ประการต่อมาคือข้อจำกัดเชิงเวลา) โดยเฉพาะการประเมินสภาพที่พึ่งประสงค์ด้านระบบดิจิทัลและธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่ได้จึงเป็นภาพสะท้อน ณ ช่วงเวลาหนึ่ง นอกจากนี้การใช้เครื่องมือประเมินตนเองอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถามในลักษณะที่มุ่งเน้นการสะท้อนภาพลักษณ์ของหน่วยงานในเชิงบวก โดยเฉพาะในประเด็นด้านความโปร่งใส ซึ่งเป็นหัวข้อที่บุคลากรมีความระมัดระวังในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

นัยสำคัญของผลการวิจัยส่งผลต่อการปฏิรูปการบริหารพัสดุเครือข่ายสุขภาพ ผลจากการศึกษาสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึ่งประสงค์ในการบริหารงานพัสดุของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ไม่เพียงแต่สะท้อนให้เห็นถึงลำดับความสำคัญของปัญหาผ่านดัชนีความต้องการจำเป็นเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่นัยสำคัญสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการในระดับภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญในเชิงนโยบาย ส่งผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนทิศทางการบริหารจัดการงบประมาณ และทรัพยากรของจังหวัด โดยผู้บริหารจำเป็นต้องเปลี่ยนผ่านจากการบริหารงานเชิงรับ ที่เน้นเพียงกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบ ไปสู่การบริหารเชิงรุก (ที่ให้ความสำคัญกับวงจรชีวิตของพัสดุนัยนี้ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของการบริหารพัสดุในยุคใหม่ไม่ได้วัดเพียงแค่ความเร็วในการเบิกจ่าย แต่อยู่ที่ความแม่นยำในการควบคุมตรวจสอบซึ่งจะนำไปสู่การใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐอย่างคุ้มค่าและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ในมิติของการปฏิบัติงานการนำเสนอภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ด้านความโปร่งใส และความถูกต้องส่งผลกระทบให้เกิดการเร่งรัดกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลภายในเครือข่ายสุขภาพ นัยสำคัญในประเด็นนี้คือการบูรณาการระบบ Smart Inventory เข้ากับระบบตรวจสอบภายในซึ่งจะเปลี่ยนโฉมหน้าการทำงานจากระบบฐานข้อมูลแยกส่วน ระบบเครือข่ายข้อมูลเดียว ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะช่วยลดปัญหาพัสดุคงคลังที่ซ้ำซ้อนและลดความเสี่ยงจากการเสื่อมสภาพของเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารจัดการต้นทุนในสถานพยาบาลระดับจังหวัดที่มีทรัพยากรจำกัดประการสุดท้าย นัยสำคัญที่มีต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ ผ่านกลยุทธ์เครือข่ายพี่เลี้ยงจะส่งผลกระทบต่อการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแบบร่วมมือแทนการทำงานแบบแยกส่วนในอดีต การที่งานวิจัยพบว่าบุคลากรต้องการการสนับสนุนด้านสมรรถนะ ชี้ให้เห็นว่ามุกดาหาร ควรพัฒนา”ชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพ” เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคนิคเฉพาะทางในการบริหารพัสดุ ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพจากภายใน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้ระบบการบริหารพัสดุมีความยืดหยุ่นและพร้อมรับมือกับความผันผวนของห่วงโซ่อุปทานทางการแพทย์ในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

1) การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบบริหารพัสดุดิจิทัล (Digital Transformation) : หน่วยงานควรเร่งนำเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบ Barcode หรือ QR Code มาใช้ในการลงทะเบียนและตัดยอดพัสดุแบบ Real-time เพื่อลดความผิดพลาดจากการบันทึกด้วยมือ และช่วยให้การตรวจสอบยอดคงเหลือประจำปีรวมถึงการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์เป็นไปอย่างแม่นยำและเป็นระบบ

2) การสร้างกลไกธรรมาภิบาลเชิงรุก: ควรมี

การเปิดเผยข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างภายในเครือข่ายสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย และจัดตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุที่มาจากหลากหลายภาคส่วน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความโปร่งใสในกระบวนการทำงาน ลดปัญหาการผูกขาด และส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร

3) การพัฒนาสมรรถนะผ่านเครือข่ายพี่เลี้ยง: ควรจัดตั้ง “ศูนย์เรียนรู้ด้านพัสดุจังหวัดมุกดาหาร” เพื่อเป็นแหล่งที่ปรึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเน้นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) และการสร้างช่องทางสื่อสารออนไลน์ (Line Group) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถแก้ไขปัญหาหน้างานร่วมกันได้อย่างรวดเร็ว

4) การเพิ่มอำนาจต่อรองด้วยการจัดอื้อรวม: ผู้บริหารควรพิจารณาระบบการจัดซื้อรวม (Consolidated Procurement) ในระดับจังหวัดสำหรับวัสดุสิ้นเปลืองที่มีการใช้ร่วมกันสูง โดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังเพื่อพยากรณ์ความต้องการ ซึ่งจะช่วยลดทั้งปัญหาพัสดุขาดแคลนและพัสดุล้นคลัง พร้อมทั้งประหยัดงบประมาณแผ่นดินได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1) การศึกษาปัจจัยความพร้อมในการใช้เทคโนโลยี: เนื่องจากผลวิจัยเน้นความสำคัญของระบบดิจิทัล การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาถึง “ความพร้อมทางเทคโนโลยี (Technology Readiness)” ของบุคลากรในแต่ละระดับ รวมถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้การนำระบบใหม่มาใช้ไม่กลายเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน

2) การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับข้อจำกัดทางระเบียบ: ควรมีการศึกษารูปแบบเฉพาะของการจัดการพัสดุในภาวะวิกฤต (Crisis Management) เพื่อหาจุดสมดุลระหว่าง “ความต้องตามระเบียบ” กับ “ความรวดเร็วในการจัดหาพัสดุเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย” เนื่องจากระเบียบที่เคร่งครัดเกินไปในบางกรณีอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาได้

3) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโมเดลพี่เลี้ยง: ในอนาคตควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์หลังจากมีการนำ”ระบบพี่เลี้ยง (Mentorship Network)” ไปใช้จริง ว่าสามารถยกระดับสมรรถนะของบุคลากรใหม่และลดอัตราความผิดพลาดในการปฏิบัติงานพัสดุได้มากน้อยเพียงใด เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาบุคลากรให้ยั่งยืนยิ่งขึ้น

4) การศึกษาเปรียบเทียบในบริบทเขตเศรษฐกิจพิเศษ: เนื่องจากมุกดาหารเป็นจังหวัดชายแดน การวิจัยต่อไปอาจขยายผลไปสู่การเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารพัสดุกับเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดชายแดนอื่น ๆ เพื่อสร้างโมเดลการจัดการพัสดุที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะพื้นที่ของไทยที่มีความหลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินจังหวัดมุกดาหาร. รายงานผลการตรวจสอบและข้อสังเกตที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการเงินการคลังและพัสดุของหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดมุกดาหาร [อินเทอร์เน็ต]. มุกดาหาร: สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน; 2564–2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mdh.audit.go.t
2. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข. MANUAL MOPH ITA 2025. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. Kritchanchai D, Suwandechochai R. Supply chain management in health sector in Thailand: a case study. International Journal of Services and Operations Management. 2010;2(2):211–24.
4. Adirektawon S, Theeraroungchaisri A, Sakulbumrungsil R C. Efficiency of Inventory in Thai Hospitals: Comparing Traditional and Vendor-Managed Inventory Systems. Logistics. 2024;8(3):89.
5. Rod-Iw R, Naenna T. Medical supplies lot-sizing with supplier selection in Thailand healthcare supply chain sector. International Journal of Supply Chain Management. 2022;11(3):1–12.
6. Rante Tondok E T, Prima S R. An evaluation of

digitalisation implementation in healthcare supply chain management. Journal of Healthcare Engineering. 2025;2025:1–12.

7. สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน. รายงานวิเคราะห์ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567. กรุงเทพฯ: 2567.
8. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจการรับรู้การทุจริตในประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี; 2567.
9. Krejcie R V, Morgan D W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):608-09.
10. เทียมจันทร์ พานิชย์ผลินไชย. การศึกษาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระดับปริญญาตรีในโครงการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาครูในถิ่นทุรกันดารบนเขตพื้นที่สูงชายแดน ไทย-เมียนมาด้านจังหวัดตาก. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558.
11. สุวิมล ว่องวาณิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
12. ชลธิชา จันทร์ประเสริฐ, วิภาวรรณ ก้อนทอง, รัชฎาพร สุภาวงศ์. ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(2):45-58.
13. Abdou A, Bakar A H A, Ali H M. Transparency and accountability in public procurement: A systematic review. Journal of Public Procurement. 2021;21(3):284-305.
14. ภควรรณ มีสม, สุรพล สุพรรณวงศ์. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านพัสดุตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ. 2566;12(1):112-27.
15. Mwangangi M, Sije A. Influence of digital procurement on operational performance of public health institutions. International Journal of Supply Chain Management. 2022;7(2):15-29.
16. ศุภชัย บุญธรรม, วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. การพัฒนาระบบการบริหารคลังสินค้าอัจฉริยะสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2566;17(1):88-105.
17. Kiptoo J, Moronge M, Muhoho J. Challenges of digitalizing inventory management in rural healthcare facilities. International Journal of Logistics Management. 2023;34(2):441-60.
18. นงลักษณ์ แสงทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันการศึกษา. วารสารวิชาการครุศาสตร์. 2565;10(2):55-70.
19. วรวิทย์ จันทร์ประเสริฐ. ธรรมาภิบาลและการเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ: กรณีศึกษาการจัดซื้อจัดจ้างท้องถิ่น. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์. 2566;21(2):45-62.
20. Zubcic J, Sims R. Examining the link between enforcement and compliance in public procurement. Law & Policy Journal. 2021;43(1):112-35.
21. วิชัย นามวงค์. ความโปร่งใสในทางปฏิบัติ: มายาคติของการตรวจสอบในระบบราชการไทย. วารสารนิติศาสตร์และสังคม. 2567;15(1):201-18.
22. พัชรินทร์ สุขไมตรี. ผลของโปรแกรมพี่เลี้ยงต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานพัสดุของเจ้าหน้าที่ใหม่. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2566;17(3):92-108.
23. Ochieng J. Peer-to-peer learning in supply chain management: A case of public health networks. Journal of Health Management. 2021;23(4):512-25.
24. Brown A, Davis L, Wilson K. The dark side of mentoring: Knowledge obsolescence in public institutions. Management Review. 2024;29(1):77-94.

25. ธีรยุทธ ศรีสง่า. ปัญหาภาระงานและผลกระทบต่อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารบริหารสาธารณสุข. 2566;12(2):145-60.
26. Khan S, Khalid A, Zaman U. Strategic procurement and its impact on public sector performance. Sustainability. 2023;15(4):3120-45.
27. Miller R. Crisis management in procurement: Lessons from the global pandemic. Journal of Operations Management. 2024;41(2):155-72.
28. อานนท์ วงศ์ศิริ. การบริหารความคุ้มค่าในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ: ความย้อนแย้งระหว่างระเบียบกับคุณภาพ. วารสารนโยบายสาธารณะ. 2567;16(1):18-34.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The Effects of Health Literacy Development Program and Behaviors For The Elderly, Plabphlachai Hospital, Buriram Province

ทรงศักดิ์ สายราม*

Songsak Sairam

Corresponding author: E-mail: songsaktong.21@gmail.com

(Received: January 21, 2025; Revised: January 28, 2025; Accepted: February 28, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาในผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ.2568 สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย และโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช 0.96 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย หลังทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการรับประทานยา และการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งควรเพิ่มระยะเวลาติดตามพฤติกรรมสุขภาพหลังสิ้นสุดโปรแกรม อีกทั้งควรนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปราะบางอื่นๆ

คำสำคัญ: โปรแกรม; ความรอบรู้; สุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

Abstract

Purposes : To compare the average health behavior scores before and after the experiment of the experimental group, and to compare the average health behavior scores after the experiment between the experimental and control groups.

Study design : Quasi – experimental research.

Materials and Methods : The study was conducted among older adults aged 60 years and above residing within the catchment area of Plabphlachai Hospital, Plabphlachai District, Buriram Province. Simple random sampling was used to assign 30 people to the experimental group and 30 to the control group. Data were collected between June 1, 2025 and August 30, 2025. The research instruments consisted of: (1) a demographic questionnaire; (2) a health behavior questionnaire covering dietary practices, medication adherence, and physical exercise; and (3) a health literacy enhancement program. The reliability of the questionnaire was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.96. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were performed using paired t-test and independent t-test, with the level of statistical significance set at .05.

Main finding : The average scores for health behaviors related to diet, medication adherence, and exercise in the experimental group increased significantly after the intervention ($p < .001$). And after the experiment, the experimental group had significantly higher average scores for health behaviors in terms of diet, medication adherence, and exercise than the control group ($p < .001$).

Conclusion and recommendations : The health literacy and health behavior development program for the elderly at Plabphlachai Hospital, Buriram Province, helps to modify the health behaviors of the elderly. This suggests that the follow-up period for health behaviors after the program ends should be extended, and the program should be extended to other vulnerable groups.

Keywords : Program; Health; Literacy; Health Behaviors; Elderly

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Plabphlachai Hospital.

บทนำ

ในสังคมโลกปัจจุบัน การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่ทุกประเทศทั่ว โลกกำลังเผชิญ โดยเฉพาะโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หรือที่เรียก อีกอย่างหนึ่งว่า “สังคมผู้สูงอายุ” ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด อย่างไรก็ตามการกำหนด อายุผู้สูงอายุมีความหลากหลายตามแต่ละประเทศ เช่น ประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจาก 65 ปี ขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุเกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยาม ตามสภาพร่างกาย โดยคำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการ ก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากร 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากร ทั้งประเทศ ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือ ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ สังคมที่มี ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ประเทศไทยถือว่าได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 พบว่าในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน หรือคิดเป็น 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2552 และในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 25 (ประมาณ 1 ใน 4) ของประชากรไทยทั้งประเทศ[1] นำไปสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ด้านกลยุทธ์การพัฒนา ซึ่งมีการส่งเสริมผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพระดับโลก โดยเฉพาะ พัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ที่นำไปสู่การสร้างสังคมสูงวัย ที่มีสุขภาวะ โดยส่งเสริมการสร้างพื้นที่ชุมชนดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะบนฐานนวัตกรรมบริการและผลิตภัณฑ์ ที่เอื้อต่อรูปแบบวิถีชีวิตปกติใหม่ อาทิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต อย่างเหมาะสม[2]

การสูงวัยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงในตนเองอย่างมาก ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และ สังคม ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง นับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้ เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ ภายหลังการเจ็บป่วย[3] ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องเข้าถึงภาวะพฤฒพลัง (Active Ageing) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ การมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และการมีหลักประกัน หรือความมั่นคง (Security)

นอกจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ส่วนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง เข้าสังคม อีกทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ชุมชน สถานที่ทำงาน ระบบสุขภาพ ตลาด และที่สาธารณะ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชนเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองด้วยการใช้ความสามารถดังกล่าว ในการแสวงหาข้อมูลอย่างมีความรับผิดชอบ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ[4]

จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 129,242 คน 133,841 คน และ 139,592 คน ตามลำดับ เมื่อเทียบ จากสัดส่วนประชากรแล้ว พบว่า จังหวัดบุรีรัมย์กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ[5] โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ นโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญขององค์กรได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการผู้มารับบริการที่มาใช้บริการให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ

การฟื้นฟูสุขภาพ จะเห็นว่าปัจจุบันอำเภอพลับพลาชัย มีประชากรผู้สูงอายุอยู่ในความรับผิดชอบ 3,846 คน ได้รับการคัดกรองสุขภาพจำนวน 3,489 คน คิดเป็นร้อยละ 90.71 โดยการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการมองเห็นด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการได้ยิน ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการกลั้นปัสสาวะด้านสุขภาพช่องปาก ด้านความจำ และด้านภาวะซึมศร้าและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า มีความผิดปกติ ร้อยละ 14.13, 1.66 , 1.06, 0.75, 0.60, 0.57, 0.40, 0.23, และร้อยละ 0.20 ตามลำดับ ข้อมูลในฐานระบบ Extreme Platform for Hospital Information (HosXp) ของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2564-2566[6] ที่ผ่านมาพบว่าในปีพ.ศ.2564-2566 มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 20,645 คน 24,010 คน และ 28,150 คนตามลำดับ และพบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุในเขตร้อยละ 24.8 ซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ยังไม่พบการศึกษาที่วิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลสถานการณ์สุขภาพกับการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมของอำเภอพลับพลาชัยอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทกึ่งชนบทและโครงสร้างประชากรเฉพาะพื้นที่

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อใช้ในการวางแผนบริหารจัดการ สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest and Posttest Design)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 3,846 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2) สามารถอ่านออกเขียนได้

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2) มีปัญหาด้านการอ่านและเขียน

3) ไม่ยินยอมเจ้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการ วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) d = 0.91 ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของ เอื้อจิต สุขพูล และคณะ[7] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานโดยผลค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 7.86 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ

9.63 และให้อำนาจในการทดสอบ 1-β = .80 ได้กลุ่มอย่างรวมโดยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม รวม 60 คน โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ตามเกณฑ์ คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่กำหนด

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และกลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งในด้านประชากร ภูมิศาสตร์ วิถีการดำเนินชีวิต และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง และเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และขั้นตอน 2) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การติดตามกระตุ้นผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ วัดและประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรม หลังการทดลอง (Post-test) ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอาชีพ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบ สอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Ration Scales) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกส่วนเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้องครอบคลุมด้านเนื้อหา และการใช้ภาษาจำนวน 5 คน ภายหลังจากการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด โดยนำมาหาค่า ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.7[8]

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุ ที่โรงพยาบาลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค ตั้งแต่ 0.70 เป็นต้นไป[8]

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1) เสนอโครงร่างการวิจัยและเอกสารขอการรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพิจารณาอนุมัติ

2) ขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลับพลาชัย และสาธารณสุขอำเภอพลับพลาชัย เพื่อขอความอนุเคราะห์

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

3) ผู้วิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่มทดลองที่เป็นผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ แจ้งเกี่ยวกับขั้นตอนและกิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ โดยดำเนินการทดลองใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[4] ทั้งหมด 12 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยของสูงอายุในกลุ่มทดลอง 2. เพื่อให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

สถานที่ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 ชั่วโมง

อุปกรณ์ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 1. แนะนำตัวเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และ 2. ชี้แจงและอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แจ้งข้อตกลงของการส่งข้อมูลการจัดการตนเองผ่านช่องทางที่สะดวก เช่น ถามข้อสงสัย ส่งผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริการจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง

สถานที่ คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 ชั่วโมง

อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ และจอโปรเจคเตอร์

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. จัดกิจกรรมกลุ่มบรรยายให้ความรู้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้ Power point ประกอบการบรรยาย และมีกิจกรรมการฝึกทักษะ จำนวน 3 ฐาน ประกอบด้วย ฐานที่ 1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอนและบรรยายเกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้สูงอายุ สาธิตการเลือกอาหารให้เหมาะสมตามสัดส่วน และให้ผู้สูงอายุทดลองเลือกอาหารสำหรับผู้สูงอายุให้ถูกต้องและเหมาะสม ฐานที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยนำเสนอวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3 ชนิด คือ การแกว่งแขน การเดินเร็ว และการทำสมาธิบำบัด และให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกาย 1 ชนิด และปฏิบัติร่วมกัน และฐานที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานยา สอนและบรรยายเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ และมีการจับฉลากคำถามในรูปแบบสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ตอบคำถามแสดงความคิดเห็นร่วมกันในกลุ่ม 2. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลอง ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการตนเอง และ 3. กล่าวสรุปกิจกรรมและนัดหมายการติดตามและประเมินความสามารถในการใช้ทักษะการติดตามตนเอง การประเมินผล และการเสริมแรงตนเอง ตามแผนที่วางไว้ และให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาตามความต้องการของกลุ่ม

ทดลองแต่ละราย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่ามีทักษะในการจัดการตนเองได้จริง

สัปดาห์ที่ 3, 5 และ 10 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อการเสริมสร้างและทบทวนความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

สถานที่ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 10

อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ และจอโปรเจคเตอร์

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยให้สุขศึกษาเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อเสริมแรงให้แก่กลุ่มทดลองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2. เพื่อแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

สถานที่ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 ระยะเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์ –

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 1. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มทดลองที่มีที่มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องและเหมาะสม มานำเสนอเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ความภาคภูมิใจ ชื่นชมตนเอง และให้กำลังใจกลุ่มทดลองรายอื่น เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม และ 2. บรรยายเพิ่มเติมและตอบคำถามกรณีมีข้อซักถามหรือพบปัญหาขณะดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การติดตามกระตุ้นผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์กิจกรรมที่ 6 วัด และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรม หลังการทดลอง (Post-test)

วัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมข้อมูล และประเมินผลการจัดการตนเองหลังการทดลอง

สถานที่ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

อุปกรณ์ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 1. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองเพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรมสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองของลุ่มทดลอง 2. การประเมินผลหลังการทดลองและแจ้งผล 3. เปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัย กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจในการคงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไป และ 4. กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและยุติโครงการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุม

1) ระยะก่อนทดลอง ใช้เวลา 30 นาทีผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่มผู้สูงอายุโรงพยาบาลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ แจ้งเกี่ยวกับขั้นตอนและกิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะ

ส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและคำแนะนำตามปกติจากแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ และ 4) ระยะหลังการทดลอง ใช้เวลา 30 นาทีในสัปดาห์ที่ 12 นัดกลุ่มควบคุมมาพบตามนัด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม และเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และยินดีจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้หากกลุ่มตัวอย่างต้องการพร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและยุติโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอาชีพ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired t-test แต่หากไม่ผ่านควรเลือกใช้สถิติแบบ Non-parametric คือ Wilcoxon Signed-Rank test

2) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Independent t-test แต่หากไม่ผ่านควรเลือกใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการคือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) คือ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยจะต้องให้ข้อมูล และชี้แจง ต่อกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจไม่มีการบังคับ หรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันที่ทำอยู่ รวมถึงในอนาคต และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ โดยผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับโดยในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถ สื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น และผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-043

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถจำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.3 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.4 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.3 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.6 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.6 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.4 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 63.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1. เพศ		
ชาย	7(23.3)	10(33.4)
หญิง	23(76.7)	20(66.6)
2. ช่วงอายุ (ปี)		
60 – 70 ปี	25(83.3)	20(66.6)
71 – 80 ปี	4(13.4)	8(26.6)
มากกว่า 80 ปี	1(3.3)	2(6.8)
3. ศาสนา		
พุทธ	30(100.0)	30(100.0)
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16(53.3)	18(60.0)
มัธยมศึกษา	13(46.4)	10(33.2)
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	1(3.3)	2(6.8)
5. รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	13(43.3)	10(33.4)
5,001 – 10,000 บาท	12(40.0)	15(50.0)
มากกว่า 10,000 บาท	5(16.7)	5(16.6)
6. สถานภาพสมรส		
โสด	1(3.3)	2(6.8)
คู่	25(83.4)	26(86.4)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4(13.3)	2(6.8)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
3 – 4 คน	11(36.7)	12(40.0)
มากกว่า 5 คน	19(63.3)	18(60.0)
8. อาชีพ		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	4(13.4)	2(6.8)
รับจ้าง	1(3.3)	5(16.6)
ค้าขาย	3(10.0)	4(13.3)
เกษตรกรรม	22(73.3)	19(63.3)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนทดลองเท่ากับ 50.87 (SD.=5.43) และหลังการทดลองเท่ากับ 62.47 (SD.=5.75) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ของกลุ่มทดลองก่อนทดลองเท่ากับ 47.53 (SD.=5.48) และหลังการทดลองเท่ากับ 56.17 (SD.=6.06) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองก่อนทดลองเท่ากับ 37.43 (SD.=3.13) และหลังการทดลองเท่ากับ 45.90 (SD.=2.28) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารการรับประทานยา และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean differences	p
ด้านการรับประทานอาหาร				
ก่อนทดลอง	30	50.87(5.43)	11.47	<.001
หลังทดลอง	30	62.47(5.75)		
ด้านการรับประทานยา				
ก่อนทดลอง	30	47.53(5.48)	-8.64	<.001
หลังทดลอง	30	56.17(6.06)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean differences	p
ด้านการออกกำลังกาย				
ก่อนทดลอง	30	37.43(3.13)	-8.47	<.001
หลังทดลอง	30	45.90(2.28)		

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 62.47 (SD.=5.80) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.41 (SD.=5.25) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 56.17 (SD.=6.06) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 49.17 (SD.= 6.16) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.90 (SD.=2.28) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 42.90 (SD.=3.28) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารการรับประทานยา และการออกกำลังกาย หลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean differences	p
ด้านการรับประทานอาหาร				
กลุ่มทดลอง	30	62.47(5.75)	14.06	<.001
กลุ่มควบคุม	30	48.41(5.25)		
ด้านการรับประทานยา				
กลุ่มทดลอง	30	56.17(6.06)	7.00	<.001
กลุ่มควบคุม	30	49.17(6.16)		
ด้านการออกกำลังกาย				
กลุ่มทดลอง	30	45.90(2.28)	3.00	<.001
กลุ่มควบคุม	30	42.90(3.28)		

วิจารณ์

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ตามแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง และเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และขั้นตอน 2) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การติดตามกระตุ้นผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้มีการติดตามตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความรับผิดชอบต่อการรักษา ยอมรับและเห็นประโยชน์ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างแท้จริงด้วยตนเองและช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งยังสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเอง เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีคู่มือการส่งเสริมความรอบรู้ด้ายสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปทบทวนที่บ้าน และการส่งคลิปวีดิโอเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยส่งให้ทางแอพพลิเคชั่นไลน์ในสัปดาห์ที่ 3, 7 และ 10 ทำให้สามารถทบทวนและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับผลการบันทึกการติดตามตนเองที่กลุ่มทดลองส่งผลให้ผู้วิจัยทางแอพพลิเคชั่นไลน์ทุกสัปดาห์ พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองมีผลติดตามตนเองว่าปฏิบัติได้ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย จำนวน 18, 17, 16 คนคิดเป็นร้อยละ 60.0, 56.6 และ 53.3 ตามลำดับ และในสัปดาห์ 12 กลุ่มทดลองมีผลการติดตามตนเองว่าปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย จำนวน 24, 22, 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0, 73.3, 66.6 ตามลำดับ ในส่วนการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตนเอง เพื่อหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ซึ่งโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้มีการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในด้านการรับประทานอาหารการรับประทานยา และการออกกำลังกาย แล้วส่งผลการประเมินตนเองให้ผู้วิจัยทางแอพพลิเคชั่นไลน์ในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 12 เป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนการประเมินตนเองมากขึ้น โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี จำนวน 18 คน การรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 15 คน และการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0, 50.0, 46.6 ตามลำดับ และในสัปดาห์ 12 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 24 คน การรับประทานยาอยู่ในระดับดี จำนวน 22 คน และการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0, 73.3, 66.6 ตามลำดับ ทำให้เล็งเห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 9 โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น เพื่อให้สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นไปตามแนวคิดของคิกเบิร์กและแมค[9] ที่กล่าวว่าการจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องอาศัยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ชุมชน สถานที่ทำงาน ระบบสุขภาพ ตลาด และที่สาธารณะ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชนเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองด้วยการใช้ความสามารถดังกล่าว ในการแสวงหาข้อมูลอย่างมีความรับผิดชอบ การบันทึกการติดตามตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหา เล็งเห็นถึงผลดีและผลเสียของพฤติกรรมนั้น และ

การเสริมแรงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และได้รับการติดสติ๊กเกอร์รูปดาวในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 9 โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ มีการเสริมแรงส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เกิดกำลังใจ จึงเป็นการเสริมแรงทั้งจากตนเองและจากผู้วิจัย โดยเมื่อได้รับคำชื่นชม ให้กำลังใจ ทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

ดังเช่นการศึกษาของ กามีละ ชง และคณะ[10] ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของทิพวัลย์ เปียสะคร้าน และคณะ[11] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางการออกกำลังกายต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของภัทรพงษ์ ยิ่งดำนุ่น[12] ศึกษาเรื่องผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยา มีผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) และเป็นไปตามสมมติฐาน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเป็นไปตามสมมติฐาน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่น ในการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรม ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและหลัก 3อ.2ส. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำให้สามารถประยุกต์ใช้จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ข้อจำกัด ระยะเวลาติดตามผลค่อนข้างสั้น (12 สัปดาห์) ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาวและความยั่งยืนของการคงพฤติกรรมสุขภาพได้ และไม่มีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่น ๆ ทำให้ยังไม่สามารถสรุปผลกระทบเชิงสุขภาพโดยตรงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ นี้ไปเป็นข้อมูล พื้นฐานและนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและทันสมัยมากยิ่งขึ้น

2. พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ นี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางอื่นๆ โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ครอบคลุมและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการวิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่มีการบันทึกและการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เข้าใจง่าย สะดวกในการบันทึกผลและประเมินตนเอง

3. ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ในผู้สูงอายุ

4. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนี้เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. คาดการสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ; 2552.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566—2570). กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2565.
3. กุลยา ตันติผลาชะ. สุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตนเอง. นนบทุรี: เบรน-เบส บุ๊คส์ จำกัด; 2556.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2566. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2566.
6. โรงพยาบาลพลับพลาชัย. ข้อมูลผู้มารับบริการจากผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ปี พ.ศ.2566. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลพลับพลาชัย; 2566.
7. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรีวงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(3):419-29.
8. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, จรูญรัตน์ รอดเนียม, พีรวิชญ์ สุวรรณเวลา. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565;14(3):72-91.
9. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: The role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre UK; 2005.
10. กามีละ ซง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ภารดี นานาศิลป์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(3):83-94.
11. ทิพวัลย์ เปียสะคร้าน, ยุพา จิ๋วพัฒนกุล, จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(4):44-55.
12. ภัทรพงษ์ ยิ่งดำนุ่น. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2567;4(2):43-57.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.7 No.1 (January - April 2026)

ความรู้ เจตคติ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี
Knowledge, Attitude, and Self-Care Practices among Patients with Biliary Drainage Tubes

ดารุณี ศรีแสนยงค์* เพ็ญศรี ปักกังวะยัง**
Darunee Srisanyong, Pensri Pukkkungvayung
Corresponding author: E-mail: papensfee1902@gmail.com
(Received: February 3, 2025; Revised: February 8, 2025; Accepted: March 6, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบพรรณนาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross sectional descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีสายระบายน้ำดีที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ เจตคติ และการดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.55) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (96.7%) มีเจตคติเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับสูง (86.7%) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (53.3%) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุดคือ การรับประทานยาต่อเนื่องและไม่รับประทานอาหารดิบ (40.0%) ส่วนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องคือ การขาดการปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ (66.7%) และการไม่เลิกสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา (60.0%) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ : แม้ผู้ป่วยจะมีเจตคติที่ดี แต่ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับความสามารถในการจัดการตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี; สายระบายน้ำดี; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ความรู้; เจตคติ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the levels of knowledge, attitude, self-care practices, and to analyze the relationship between these factors among patients with bile duct cancer (cholangiocarcinoma) who received biliary drainage tube insertion.

Study design : Cross sectional descriptive study.

Materials and Methods : The study sample consisted of patients with biliary drainage tubes receiving treatment at the Male Surgical Ward, Roi Et Hospital. Data were collected using questionnaires covering general information, knowledge, attitude, and self-care practices. The instruments were validated by experts, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.55. Statistical analysis included descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Main finding : The majority of patients had low to moderate levels of knowledge regarding self-care and bile duct cancer (96.7%). While attitudes toward the disease were at a high level (86.7%), overall self-care practices were at a moderate level (53.3%). The top two correct practices were continuous adherence to prescribed medication and avoiding raw food consumption (40.0%). Conversely, the top two incorrect practices were failing to consult healthcare professionals (66.7%) and failing to cease smoking or alcohol consumption (60.0%). Correlation analysis revealed no statistically significant relationship between knowledge, attitude, and self-care practices.

Conclusion and Recommendations : Despite having positive attitudes, patients with biliary drainage tubes generally lacked adequate knowledge and exhibited several incorrect self-care behaviors. These findings serve as baseline data for developing continuous educational and skill-building programs for patients to enhance their self-care capabilities and reduce the risk of complications.

Keywords : Cholangiocarcinoma; Biliary drainage tube; Self-care practices; Knowledge; Attitude

*Professional Level Registered Nurse, Roi Et Hospital.

**Senior Professional Level Registered Nurse, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกสูงถึง 10 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆ โดยในปี พ.ศ. 2562–2564 มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 15,650–16,288 รายต่อปี อุบัติการณ์นี้พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 62) และพบบ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน 3:[1] สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่กว่า 500 รายต่อปี[2]

แนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือการผ่าตัด แต่ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ แพทย์จะพิจารณาใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD) เพื่อระบายน้ำดีและลดอาการเหลืองแบบประคับประคอง ซึ่งบางรายจำเป็นต้องใส่สายระบายนี้ไว้เป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่จำนวน 327, 280 และ 236 ราย ตามลำดับ[3] ได้รับการใส่สายระบายน้ำดี (PTBD) จำนวน 92,70 และ 83 ราย ตามลำดับพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สาย PTBD มักเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ท่อระบายอุดตัน หรือท่อระบายเลื่อนหลุดบ่อยครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาก่อนนัด ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะความเชื่อในท้องถิ่นที่ผิดเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการขาดทักษะในการจัดการสายระบายน้ำดีอย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องและเจตคติที่เหมาะสมต่อโรคและมีสถิติการหลุดบ่อยครั้ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่มุ่งศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สาย PTBD ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในบริบทระดับพื้นที่ของจังหวัดร้อยเอ็ดยังไม่พบรายงานการวิจัยที่ชัดเจน ช่องว่างทางองค์ความรู้นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดี เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย อันจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross sectional descriptive study) โดยใช้การแบบสำรวจ และแบบสอบถามโดยใช้แบบประเมินเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี ดำเนินงาน ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2568 - มกราคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับบริการอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับบริการอยู่ศัลยกรรมชาย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่ม (Random sampling)

จำนวน 30 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นมะเร็งท่อน้ำดีรักษาโดยการผ่าตัดทำท่อระบายน้ำดี

2. ผู้ป่วยที่มีญาติดูแลขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. ผู้ป่วยเพศชาย

4. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์ในการถอน (Withdrawal criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. ผู้ป่วยอาการหนัก ทุเลาและย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมีโรคร่วม รายได้ สถานภาพสมรส การได้รับข้อมูลข่าวสาร และผู้ดูแลที่บ้าน (Care giver)

1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2) แบบประเมินทัศนคติต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี

3) แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วยแผนการสอน สื่อการสอน คู่มือโรคมะเร็งท่อน้ำดี แผ่นป้ายไวนิลความรู้เรื่องโรค ระบบสื่อสารในการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษา ได้แก่ โทรศัพท์ แอพพลิเคชั่นไลน์ (Line)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือโดยผ่าน การตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยวิธีหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรง ตามเนื้อหาดังนี้ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.55 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.60 แบบประเมินการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.93

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีคุณสมบัติใกล้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.92 แบบประเมินการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและเข้ารับการรักษาในตึกศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2568 - มกราคม พ.ศ.2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการใช้ตารางเลขสุ่ม (Random Number Table) เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีโอกาสได้รับการคัดเลือกเท่าเทียมกัน และลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีดังนี้

1) ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ โรคร่วม การศึกษา อาชีพ

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีและระยะเวลาการเจ็บป่วย

2) ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี

3) เริ่มใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม (ตามสถานการณ์) โดยใช้ช่วงเวลาก่อนแพทย์ตรวจหรือหลังจากแพทย์ตรวจเสร็จ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการสอน การสัมภาษณ์และการสาธิตมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

(1) การให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยคู่มือ แผ่นการสอนและการสาธิตกิจกรรม: ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการดูแลสายระบายน้ำดี

(2) การสร้างแรงจูงใจ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยคู่มือแผ่นการสอนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่มและแอพพลิเคชั่นไลน์/โทรศัพท์ กิจกรรม: อธิบายองค์ประกอบของการปฏิบัติ การร่วมมือในการรักษา ประโยชน์ของการให้ร่วมมือในการรักษา อุปสรรคจากการไม่ร่วมมือในการรักษา สร้างความมั่นใจและเน้นให้เห็นความสำคัญการดูแลสายระบายน้ำดี การสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม การซักถาม ถาม-ตอบ การสาธิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความมั่นใจในการดูแล การติดตาม การดูแลต่อเนื่องโดยผ่านการสื่อสารแอพพลิเคชั่นไลน์และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

(3) การพัฒนาทักษะ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยคู่มือสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและคู่มือการดูแลสายระบายน้ำดี กิจกรรม: สอน/สาธิตการดูแลสายระบายน้ำดีให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติให้ดู ฝึกการ Milking สาย การถือสายและวางสายระบายน้ำดีให้อยู่ต่ำกว่าระดับเอวไม่ให้ถุงลากพื้นหรือการมีถุงผ้าใส่ถุงระบายน้ำดีป้องกันการเกี่ยวพันกับวัตถุอื่นที่เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุด

4) ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน แนะนำเพิ่มเติมเรื่องการนัดตรวจติดตามครั้งต่อไปและการนัดหมายตามเยี่ยมบ้านผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์และโทรศัพท์ ดังนี้ กิจกรรม: เยี่ยมครั้งที่ 1 ภายใน 2 สัปดาห์แรก เยี่ยมครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 เดือน และเยี่ยมครั้งที่ 3 วันนัดตรวจติดตามที่โรงพยาบาล

5) เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล (1-6 เดือน) กิจกรรม: ใช้แบบสอบถามประเมินความร่วมมือในการรักษา หลังการใช้โปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีและแบบประเมินการดูแลตนเอง

6) เมื่อสิ้นสุดการเก็บขอมูลในแต่ละราย ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive research) ส่วนข้อมูลด้านความรู้และทัศนคติใช้ สถิติจากสมมุติฐานหลักมีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง (Linearity) มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) มีความเป็นอิสระของข้อมูล (Independence of observations) ตรวจสอบด้วย Scatter plot ไม่มีค่าผิดปกติรุนแรง (No significant outliers) ความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 065/2568 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2568 และเมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงให้เซ็นใบยินยอมโดยมีสิทธิปฏิบัติหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติที่เคยปฏิบัติมา ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 66 ปี (59.9%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (73.3%) มีโรคประจำตัวร่วมด้วย (63.3%) และมีผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นญาติสายตรงหรือพี่น้อง (93.3%)

2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ใน ระดับต่ำ (96.7%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.63 (SD. = 1.27) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

ข้อที่ตอบถูกต้อง: ความเสี่ยงจากการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบสุกๆ ดิบๆ (53.3%)

ข้อที่เข้าใจผิดมากที่สุด: ความเชื่อเรื่องการบีบน้ำมะนาวหรือการใช้เหล้าขาวผสมปลาดิบจะทำให้พยาธิตายและปลาสุก (80.0%) (เข้าใจผิด) และความรู้เรื่องสัตว์เลี้ยง (สุนัข/แมว) สามารถเป็นโรคนี้ได้หากกินปลาดิบ (83.3%) (เข้าใจผิด) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำแนกตามระดับความรู้ (n=30)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 5 คะแนน)	29	96.7
ปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	1	3.3
สูง (8 -10 คะแนน)	0	0.0
รวม	**30**	**100.0**

Mean = 3.633, SD. = 1.27, Min = 1, Max = 6

3. เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ใน **ระดับดี** (86.7%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย = 26.30 (SD. = 4.34) ประเด็นที่มีคะแนนสูง คือ ความตระหนักว่าหากมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองควรรีบพบแพทย์ และรับรู้ว่าโรคนี้หากไม่รักษาจะทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (80.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำแนกตามทัศนคติ (n=30)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (10 – 14 คะแนน)	3	10.0
ปานกลาง (18 - 23 คะแนน)	1	3.3
ดี (24 คะแนนขึ้นไป)	26	86.7
รวม	**30**	**100.0**

Mean = 26.30, SD. = 4.340, Min = 14.00, Max = 30.00

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ใน **ระดับปานกลาง** (53.3%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย = 19.06 (SD. = 5.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า

พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดี: การรับประทานยาต่อเนื่องและการหลีกเลี่ยงอาหารสุกๆ ดิบๆ (40.0%)

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา: การไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขอคำแนะนำด้านโภชนาการ และการละเลยการงดสูบบุหรี่หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี จำแนกตามการปฏิบัติตัว (n=30)

ระดับการปฏิบัติตัว		n(%)
ระดับไม่ดี	**(10 – 14 คะแนน)**	10(33.3)
ระดับปานกลาง	**(18 - 23 คะแนน)**	16(53.3)
ระดับดี	**(24 คะแนนขึ้นไป)**	4(13.3)

Mean = 19.066, SD. = 5.105, Min = 11.00, Max = 28.00

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลตนเอง จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กันเล็กน้อยแต่ทิศทางตรงข้ามกับเจตคติ (r = -0.267) และเจตคติมีความสัมพันธ์กันเล็กน้อยแต่ทิศทางตรงข้ามกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (r = -0.320) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี (n=30)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์
ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี	-.267
การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี	-.320

วิจารณ์

1. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40–68 ปี ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับสากลและระดับประเทศ โดยประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่มีความชุกของโรคนี้สูงที่สุดในโลก มีอัตราความชุกประมาณ 85 ต่อประชากรแสนคนเมื่อพิจารณาข้อมูลจากรายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand Vol.X 2016-2018)[4] และข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[5] พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงถึงปีละ 15,650–16,288 ราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอุบัติการณ์สูงที่สุดถึงร้อยละ 62 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ ข้อมูลสถิติดังกล่าวยังระบุชัดเจนว่าโรคนี้พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน 3:1 และพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 45–64 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงวัยสูงอายุ นอกจากนี้ ลักษณะทางประชากรด้านอายุ สถานภาพ และโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีรวรรณ ยศแผ่น[6] ที่พบว่าปัจจัยด้านบุคคลและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 66 ปี และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นญาติสายตรง (ร้อยละ 93.3) จึงสะท้อนให้เห็นว่าบริบทด้านครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเกื้อหนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความซับซ้อนในเรื่องการจัดการสายระบายน้ำดีและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 96.7) ประเด็นที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่าการบีบมะนาวหรือการใส่เหล้าขาวลงในปลาดิบจะช่วยให้พยาธิใบไม้ตับตาย

และทำให้ปลาสุกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรจบ ศรีภา และคณะ[7] ที่ระบุว่าพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบที่มีระยะตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี สะท้อนให้เห็นว่าความเชื่อดั้งเดิมในท้องถิ่นยังมีอิทธิพลสูงกว่าความรู้ทางการแพทย์

3. เจตคติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง แม้ผู้ป่วยจะมีเจตคติอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.7) เช่น เห็นด้วยว่าหากมีอาการผิดปกติ (ตัวเหลือง ตาเหลือง) ควรรีบมาพบแพทย์ทันที แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองกลับอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (ร้อยละ 53.3) ประเด็นนี้อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีอาจเป็นผลมาจากความกลัวต่อความรุนแรงของโรค แต่ในทางปฏิบัติจริง การดูแลสายระบายน้ำดี (PTBD) เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยทักษะเฉพาะทาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญทิพย์ คลังชำนาญ[8] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังใส่สายระบายน้ำดีต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ นอกเหนือจากความตั้งใจเพียงอย่างเดียว

4. ผลวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ความรู้และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการศึกษานี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยสูง (66 ปี) และอยู่ในสถานภาพคู่ที่มีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 93.3) ทำให้พฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำดีที่บ้านถูกจัดการโดยผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่มากกว่าตัวผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีรวรรณ ยศแผ่น[6] ที่ระบุว่าบทบาทของครอบครัวมีผลอย่างมากต่อการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น การประเมินเพียงตัวผู้ป่วยอาจไม่สะท้อนพฤติกรรมการดูแลจริงที่เกิดขึ้น

งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดเด่นที่สำคัญคือ การมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะสูงและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย นั่นคือผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดี (PTBD) ซึ่งการศึกษาในบริบทจริงเช่นนี้ช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนการพยาบาล นอกจากนี้ งานวิจัยยังมีความครอบคลุมในมิติของพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการประเมินทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้เห็นภาพรวมของปัจจัยต่าง ๆ อย่างเป็นระบบผ่านเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการศึกษาที่ได้จึงถือเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างแท้จริงอย่างไรก็ตามงานวิจัยยังมี ข้อจำกัด บางประการที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความผลลัพธ์ ประการแรกคือรูปแบบการวิจัยที่เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งจึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลที่ชัดเจนได้ ประกอบกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนค่อนข้างน้อย (30 ราย) อาจส่งผลต่อพลังทางสถิติและความสามารถในการตรวจพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญนอกจากนี้ ในด้านเครื่องมือวิจัยพบว่าค่าความเชื่อมั่น (Cronbach’s alpha) อยู่ที่ 0.55 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลที่ 0.70 จุดนี้อาจส่งผลต่อความเที่ยงของการวัดและอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการเก็บข้อมูลด้วยวิธีประเมินตนเอง (Self-report) อาจนำไปสู่อคติจากการให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงหรือการตอบตามความคาดหวังของสังคม สุดท้าย เนื่องจากเป็นการศึกษาในสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว ข้อค้นพบที่ได้จึงมีข้อจำกัดในการนำไปสรุปรูปอ้างอิงถึงประชากรในบริบทหรือพื้นที่อื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบาย: ควรมีการจัดทำสื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตชาวบ้าน เพื่อแก้ความเข้าใจผิดเรื่องพยาธิใบไม้ตับ

2. เชิงปฏิบัติการ: การให้คำแนะนำการดูแลสายระบายน้ำดี (PTBD) ควรมุ่งเน้นไปที่ “ผู้ดูแลหลัก” ควบคู่ไปกับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการปฏิบัติกิจวัตรที่บ้าน

3. การวิจัยครั้งต่อไป: ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกถึง

อุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะมีความตั้งใจที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาความรู้เจตคติและการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดีในตึกศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ศึกษามีโอกาสรับผิดชอบเกี่ยวกับงานคุณภาพและมีความมุ่งมั่นในความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในการดูแล ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาซึ่งสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาแนะนำให้คำปรึกษาและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจาก ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ

ขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายที่มีความมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยในความดูแลปลอดภัยและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดและหัวหน้าพยาบาลที่ให้ความสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วีนัส ลีฬหกุล, พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. พยาธิสรีรวิทยาทางการ พยาบาล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2552.
2. หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2563-2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2565.
3. ศูนย์ข้อมูลมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2563-2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2565.
4. National Cancer Institute. Cancer in Thailand Vol. X 2016–2018. Bangkok: National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2021.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย ปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. จีรวรรณ ยศแผ่น. การศึกษาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุตำบลบ้านสาง อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2557.
7. บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยงวณิชย์, ชวลิต ไพโรจน์กุล. สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี: ปฐมบทกับความสัมพันธ์พยาธิใบไม้ตับ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2548;20(3):122-34.
8. ธัญทิพย์ คลังชำนาญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

Nursing Care of patients with Septic Shock and Acute Respiratory Failure in Emergency : Comparative Case Study

ภัทราวรรณ ดาราก้านตรง*

Puttrawan Darakarntrong

Corresponding author: E-mail: puttrawan2@gmail.com

(Received: February 5, 2025; Revised: February 10, 2025; Accepted: March 7, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในระยะฉุกเฉิน และเพื่อศึกษาผลลัพธ์และเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน กรณีศึกษา 2 ราย

รูปแบบการศึกษา : เชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

วัสดุและวิธีการศึกษา : โดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในระยะฉุกเฉิน รวบรวมข้อมูลระยะฉุกเฉินโดยได้ใช้แบบประเมินแฟนคัสและแบบประเมินตามแบบแผนสุขภาพในระยะต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนักวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วย มีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ร่วมกับมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว ก่อนมา 9 ชั่วโมง แรกรับ แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน BT 40.5 °C PR 148 bpm. RR 34 bpm. BP 86/57 mmHg. DTx. 294 mg/dl ได้รับการวินิจฉัยเป็น Infective Diarrhea, Septic Shock, Acute Respiratory Failure. มีภาวะ Hypoxia ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ แก้ไขภาวะวิกฤตต่างๆ ที่แผนกฉุกเฉิน เป็นเวลา 4.25 ชั่วโมง จนอาการคงที่ จึงได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) รักษาต่ออีก 5 วัน จนอาการทุเลา และจำหน่ายกลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการมีไข้ หนาวสั่น สับสนก่อนมา 1 วัน แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน BT 38.8°C. PR 134 bpm. RR 20 bpm. BP 88/51 mmHg. DTx. 244 mg/dl. ได้รับการวินิจฉัยเป็น Septic Shock, Acute Respiratory Failure ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoxia ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และแก้ไขภาวะวิกฤตต่างๆ ที่แผนกฉุกเฉิน ประมาณ 4.18 ชั่วโมง จนอาการคงที่ จึงได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) รักษาต่ออีก 6 วัน จนอาการทุเลา และจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในระยะฉุกเฉินมีผลลัพธ์ที่ดีและสามารถใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้การพยาบาลในห้องฉุกเฉินต้องตระหนักถึงเป้าหมายการพยาบาลตามการรักษาแบบมุ่งเป้า (Early Gold-Directed Therapy: EGDT) ภายใน 1 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง (1 or 6 hour bundle) อย่างเข้าใจตรงกันของทีมดูแล ตามบริบทของโรงพยาบาล สำหรับพยาบาลห้องฉุกเฉินเองหรือพยาบาลห้องผู้ป่วยแรกรับ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ สมรรถนะ และทักษะ การดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วยระบบหายใจล้มเหลวในระยะฉับพลัน รวมถึงการใช้แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังภาวะที่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะหลายระบบ จนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น National Early Warning Score: NEWS Score หรือเครื่องมือประเมินผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ เช่น qSOFA , SOFA ส่วนพยาบาลในหอผู้ป่วย

ควรได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการใช้แบบประเมินสำหรับการดักจับการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นสัญญาณเตือนว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกหรือภาวะวิกฤติ ได้แก่ การประเมิน Search out Severity Score (SOS) เป็นต้น

คำสำคัญ : ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด; ภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน; การพยาบาลระยะฉุกเฉิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลโพนทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : This study aims to compare nursing care for patients with septic shock and acute respiratory failure during the emergency phase, and to examine the outcomes and propose nursing guidelines for patients with septic shock and acute respiratory failure in two case studies.

Study designs : Comparative Case Study.

Materials and Methods : This study reviewed patient data on septic shock and acute respiratory failure in the emergency room. Data was collected using the FANCAS assessment tool and Functional Health Pattern assessment, and analyzed using content analysis.

Main findings : Case Study 1: A 77-year-old Thai female patient presented to the Emergency room with fatigue, shortness of breath, and diarrhea 9 hours prior to arrival. In ER BT 40.5 ℃, PR 148 bpm, RR 34 bpm, and BP 86/57 mmHg. DTx. 294 mg/dl. She was diagnosed with Infective Diarrhea, Septic Shock, and Acute Respiratory Failure. She also had hypoxia and was ETT intubated, critical care was administered at the Emergency Room for 4.25 hours until her condition stabilized. She was then transferred to the Intensive Care Unit (ICU) for another 5 days until her condition improved, and she was discharged to home. Case Study 2: A 73-year-old Thai male patient presented to the Emergency Room with fever, chills, and confusion one day prior. In ER, BT 38.8 ℃, PR 134 bpm, RR 20 bpm, and BP 88/51 mmHg. DTx. was 244 mg/dl. He was diagnosed with septic shock and acute respiratory failure. He also had hypoxia, was intubated, and received critical care for approximately 4.18 hours in the Emergency Room until his condition stabilized. He was then transferred to the Intensive Care Unit (ICU) for another 6 days until his condition improved, and he was discharged to home.

Conclusion and recommendations : The nursing model for patients with Septic Shock and Acute Respiratory Failure in the Emergency Phase has a good outcome and can serve as a guideline for nursing care of such patients. Emergency department nurses must have knowledge and specific competency on the goals of Early Gold-Directed Therapy (EGDT) within 1 or 6 hours (1 or 6 hour bundle), within the hospital agreements of the team. Emergency department nurses and ward nurses themselves need to receive training in the knowledge, competencies, and skills of caring for Septic Shock and Acute Respiratory Failure patients. This includes the use of patient assessment tools such as the National Early Warning Score (NEWS Score) or other critical care assessment tools like qSOFA and SOFA Score to monitor the multi-organ dysfunction and the risk of death from sepsis. Ward nurses should also receive training in using assessment tools to detect warning signs of severe sepsis before it becomes septic shock or critical such as Search out Severity Score (SOS).

Keywords : Septic Shock; Acute Respiratory Failure; Emergency Nursing

*Registered Nurse Professional, Phon Thong Hospital, Roi Et Provincial Public Health Office.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 ของประชากรโลก คือผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 11 ล้านคน[1] ในประเทศไทยเองก็พบว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติปี พ.ศ. 2566-2568 มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 33.71, 35.24 และ 30.5 ตามลำดับ[2] ในเขตสุขภาพที่ 7 ยังมีอัตราเสียชีวิตในปี พ.ศ.2566-2568 สูงถึงร้อยละ 32.37, 34.76 และ 29.03 โดยเฉพาะจังหวัดร้อยเอ็ดก็พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีจำนวนและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากสถิติ ปี พ.ศ. 2566 – 2568 พบว่า อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 30.05, 29.09 และ 28.98 ตามลำดับ[3] ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คือ อัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 24

จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลต่อโรงพยาบาลทั้งในด้านคุณภาพการดูแลรักษาที่ซับซ้อน รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดคือ จำนวนระบบอวัยวะที่มีการทำงานผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ระบบ[4] การติดเชื้อในระบบสำคัญ ภาวะเลือดเป็นกรด ระบบสมองทำงานบกพร่อง และไตวายเฉียบพลันที่จำเป็นต้องฟอกเลือด[5]

พยาบาลห้องฉุกเฉิน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับทุกระยะของการดูแลรักษา ตั้งแต่การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุ (EMS) การคัดแยกผู้ป่วย (Triage) การประเมินอาการขั้นต้น (Screen) การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การพยาบาลระยะเริ่มแรก การรายงานแพทย์ การเก็บสิ่งส่งตรวจ การพยาบาลในระยะวิกฤต การให้ยาตามแผนการรักษา ตลอดจนการประสานงานหน่วยบริการต่างๆในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมีความยุ่งยากหลายขั้นตอน เป็นความท้าทายต่อบทบาทพยาบาลฉุกเฉินอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีระบบสำคัญในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ เช่น ระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ยิ่งทำให้พยาบาลมีความยุ่งยาก และต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะการพยาบาลขั้นสูงรวมถึงการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตโดยเร็ว

กรณีศึกษานี้จะเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในระยะฉุกเฉิน และศึกษาผลลัพธ์การพยาบาล รวมถึงเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในระยะฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางนำไปใช้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ และเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะระบบหายใจล้มเหลวฉับพลัน ในระยะฉุกเฉิน กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา แบบกรณีศึกษา 2 ราย โดยการพรรณนาย้อนหลังเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลันร่วมด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่เลือกศึกษาคือผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารักษาในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนทอง ระหว่าง เดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดแฟนคัส (FANCAS) และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Protocol) ซึ่งคณะทำงาน Service Plan สาขาอายุรกรรมระดับจังหวัด ได้พัฒนามาจาก The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)[6] รวมถึงเครื่องมือหรือ แบบประเมินอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ในระยะต่างๆด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค้นคว้าแนวทางการรักษา การพยาบาล และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากตำรา และเอกสารวิชาการและงานวิจัย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโดยวิเคราะห์เนื้อหาเปรียบเทียบกับทฤษฎีโรค และทฤษฎีทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้งสองราย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการขออนุญาตและพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0042569 วันที่ 26 มกราคม 2569 และผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการจากคณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ ไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของกรณีศึกษา จะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ และจะทำลายข้อมูลเมื่อบทความวิจัยได้รับเผยแพร่ภายใน 1 ปี

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี มารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วย มีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ร่วมกับมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีโรคประจำตัว คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง แรกรับที่ห้องฉุกเฉินพบว่า BT 40.5 ℃, PR 148 bpm, RR 34 bpm, and BP 86/57(MAP66) mmHg. DTx. 294 mg/dl. SIRs criteria ≥2 , qSOFA score 3, NEWS score 9, On O2 mask with bag 10 lpm. IV Fluid: 0.9% NSS 1,000 ml. loading ให้ Ceftriaxone 2 gm iv stat. Retained foley's catheter; urine ออก 20 ml. ระหว่างนั้นให้ข้อมูลครอบครัววางแผน Intubation: on ETT size 7.5, 21cms. marked depth. ระหว่างใส่ ETT ผู้ป่วยดิ้นกระสับกระส่าย แพทย์ให้ฉีดยา Fentanyl 50 mcg. Midazolam 5 mg. iv stat. BP 86/46 mmHg. เปิดเส้นเลือดดำให้ IVF 2 เส้น ให้ 0.9% NSS 500 ml loading.และ Acetate Ringer Solution 500 ml. loading. และให้ยา Norepinephrine (8:500) iv drip 20 ml/hr. RI 6 unit sc. on Ventilator setting: PCV mode; IP 15, RR 16 PEEP5, FiO2 0.4, Ti 1.25 keep O2 sat ≥94% ได้แก้ไขภาวะช็อก ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะวิกฤตต่างๆ ที่แผนกฉุกเฉิน 4.25 ชั่วโมง จนอาการคงที่ จึงได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) SOFA score 12, SOS Score 7 รักษาต่อ 5 วัน จนอาการดีขึ้นย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ และจำหน่ายกลับบ้านด้วยอาการทุเลาตามลำดับ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี มารักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยหน่วยกู้ชีพตำบลนำส่ง ด้วยอาการมีไข้ หนาวสั่น สับสน ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ญาติให้ประวัติเพิ่มว่า ไข้ หนาวสั่นมาแล้ว 3 วัน วันนี้มีอาการสับสนมากขึ้น ดึงสายสวนปัสสาวะออกเอง จนมีเลือดออก ญาติจึงพามาโรงพยาบาล โรคประจำตัว คือ เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต และหลอดเลือดสมองตีบอ่อนแรงซีกซ้าย รักษาต่อเนื่องอาการเกือบเป็นปกติเดินเองพอได้ แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน BT 38.8 ℃, PR 100 bpm, RR 20 bpm, and BP 141/71 mmHg. DTx. 244 mg/dl. SIRs criteria ≥2, qSOFA score=3, NEWS score=7 ระหว่างประเมินอาการผู้ป่วย พบว่า สัญญาณชีพผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง PR 134 bpm. RR 40 bpm, and BP 89/49(MAP 62) mmHg ให้ข้อมูลครอบครัววางแผน Intubation: on ETT No.7.5, size 21 cm. marked depth. on Ventilator setting: PCV mode; ΔIP 10, RR 16 PEEP5, FiO2 0.4, Ti 1.2 keep O2 sat ≥94% เปิดเส้นเลือดดำให้ IVF 2 เส้น Acetate Ringer Solution total load 2,500 ml. และให้ยา Norepinephrine (8:500) iv drip 35 ml/hr. Hydrocortisone 200 mg iv stat. Ceftriaxone 2 gm iv stat. Meropenem 2 gm. IV stat. RI 4 unit sc. Stat. Retained foley's catheter; urine ออก 1,300 ml. ได้แก้ไขภาวะภาวะวิกฤตที่แผนกฉุกเฉิน จนอาการคงที่ จึงย้ายผู้ป่วยเข้าแผนกผู้ป่วยหนัก แรกรับใน ICU: SOFA score 9, SOS Score 8 รักษาต่อ 6 วัน

จนจำหน่ายกลับบ้านด้วยอาการทุเลาตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และข้อมูลเจ็บป่วยเบื้องต้น

ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง อายุ 77 ปี 10 เดือน	ชาย อายุ 73 ปี 11 เดือน
อาการสำคัญ	เหนื่อย หายใจหอบ 6 ชม.	ไข้ หนาวสั่น สับสน 1 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	9 ชั่วโมง มีไข้ และถ่ายอุจจาระเหลว 6 ชั่วโมง ก่อนมา มีไข้ สับสนมากขึ้นและซึมลง	9 ชั่วโมง มีไข้ ถ่ายเหลว 1 ครั้ง 6 ชั่วโมงก่อนมาหายใจหอบเหนื่อยมาก
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	Diabetes Mellitus Hypertension	Diabetes Meliitus, Hypertension, Stroke (old CVA)
การวินิจฉัยโรค	Septic Shock, Respiratory Failure Infective Diarrhea	Septic Shock, Respiratory Failure, Urinary Tract Infection
จำนวนวันที่รักษา-จำหน่าย	5 วัน	6 วัน

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบกระบวนการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด

รายการเปรียบเทียบกระบวนการดูแลตามมาตรฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. ช่วงเวลาที่มารับบริการ	19.25 น.	09.47 น.	ช่วงเวลาที่มารับบริการทำให้กรณีศึกษาที่ 1 เวลารอคอยนานกว่านานกว่า 3 ชั่วโมง
2. ระยะเวลารอคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน	13 นาที	3 นาที	
3. ระยะเวลาดูแลในแผนกฉุกเฉินทั้งสิ้น	4.25 ชม.	4.18 ชม.	
4. การเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	ATB ก่อน H/C	H/C ก่อน ATB	ได้ส่งตรวจเพาะเชื้อตามเวลาที่กำหนด
5. การได้รับ IV fluid 30 ml/kg ภายใน 1 ชม.แรก (กรณีไม่มีข้อห้าม)	1,500 ml.	2,500 ml	ได้รับสารน้ำตามปริมาณ 1,500 ml. ในชั่วโมงแรก
6. การได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	1.19 ชม.	29 นาที	กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยาปฏิชีวนะช้ากว่าเวลาที่กำหนด
7. การได้รับยา Early Norepinephrine ตามเกณฑ์	20.55 นาที	11.47 นาที	ได้ยา Norepinephrine ตามเกณฑ์
8. การติดตามระดับ Serum Lactate clearance (ชั่วโมงที่ 0,3)	ติดตาม 2 ครั้ง (ชั่วโมงที่ 0,5)	ติดตาม 2 ครั้ง (ชั่วโมงที่ 0,3)	ได้รับการติดตาม Lactate clearance ตามเกณฑ์เวลา

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการเปรียบเทียบ กระบวนการดูแลตามมาตรฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
9. การได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ใน ICU ภายใน 3 ชม.	4.25 ชม.	4.18 ชม.	เข้ารับการดูแลในหอวิกฤตล่าช้าเกิน 3 ชม.
10. สถานะการจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน	รักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยวิกฤต	รักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยวิกฤต	

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินระยะฉุกเฉิน

คะแนนประเมินอาการผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ หนึ่ง	กรณีศึกษาที่ สอง	การแปลผลคะแนน
ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน			
1. SIRs criteria (≥2)	4 ข้อ	3 ข้อ	≥2 ข้อขึ้นไป Sepsis แสดงว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
2. qSOFA score (0-3คะแนน)	3	3	
3. NEWS score (0-20คะแนน)	9	7	≥7 คะแนนผู้ป่วยเสี่ยงเสียชีวิต ต้องการดูแลใน ICU โดยเร็ว
ระยะต่อเนื่องจากแผนกฉุกเฉินและในแผนกผู้ป่วยวิกฤต (ICU)			
1. SOFA score (0-24)	12	9	คะแนนสูงที่สูงขึ้น แสดงถึงอวัยวะล้มเหลวมากและมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น
2. SOS Score (0-14คะแนน)	7	8	≥4 คะแนนผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

1) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

2) มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด เนื่องจากมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน

3) เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมาก

4) เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรลัยท์ เนื่องจากภาวะช็อกและการทำงานของไตเสียหน้าที่

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะต่อเนื่องถึงแผนกผู้ป่วยวิกฤต (ICU) (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

1) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2) เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทาน อาหารเปลี่ยนแปลง

3) วิตกกังวลและกลัว เนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา

กิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤติฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2) ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกาย 38.5 – 40.5 องศาเซลเซียส มีอาการหายใจเร็วตื้น 20-30 ครั้งต่อนาที ชีพจรเร็ว 100 – 118 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 83/45(MAP=57) mmHg., หายใจหอบ ซีมลง CBC count 18,970 cell/mm^3 RBC count 5.39 x 106 cell/mm^3 Neutrophil 79 % Lymphocyte 2% lactate 12.43 mmol/dl. (กรณีศึกษาที่1) lactate 7.31 mmol/dl. (กรณีศึกษาที่2)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนอย่างน้อย 1,500 ml ใน 1 ชั่วโมงแรก
2. ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนเริ่มยาต้านจุลชีพ
3. ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 หลังการวินิจฉัย
4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดระดับซีรั่มแลคเตสในเลือด
5. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
6. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90 mmHg., MAP≥65 mmHg. Urine output > 30 cc./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ MAP อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ประเมินทุก 15 นาทีเมื่อ MAP ≥ 65 mmHg ประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการคงที่
2. ดูแลให้ได้รับ O2 อย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์และอาการผู้ป่วย
3. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml. intravenous. load then 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 8 mg. + 5%D/W 500 ml. 20 ml/hr. ทาง IV line เพื่อ Keep MAP ≥ 65 mmHg.
5. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและจดบันทึกปัสสาวะในเรื่องของลักษณะ สี จำนวน ของผู้ป่วยทุกชั่วโมง ดูแลให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep BP ≥ 90/60 mmHg และMAP ≥ 65 mmHg ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc./hr. รายงานแพทย์ ทราบ
6. บันทึก ปริมาณสารน้ำเข้าและออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมงเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) กรณีในห้อง ER บันทึกปริมาณสารน้ำ ใน 1-3 ชั่วโมงแรก
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น WBC, serum Lactate เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง (ER ตรวจ serum lactate ชั่วโมงแรก และชั่วโมงที่ 3)
8. ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือเท้า เสียงหายใจครืดคราดฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบมีเสมหะเป็นฟอง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนตามเกณฑ์ กรณีศึกษาที่ 1 ได้ 1,500 ml / 1 hr กรณีศึกษาที่ 2 ได้ 2,500 ml. ใน 1 ชั่วโมงแรก
2. ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเพาะเชื้อหลังเริ่มยาต้านจุลชีพ
3. ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 79 นาที (เกิน 1 ชั่วโมง) กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยา 29 นาที หลังวินิจฉัย
4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดระดับซีรั่มแลคเตสในเลือดตามเวลาเหมาะสมในระยะต่อเนื่องใน ICU วันที่ 4-5 ของการรักษา ผู้ป่วยตื่นดี รู้สึกตัวรู้เรื่อง สัญญาณชีพคงที่ BT 36.5°C, PR 68, RR 22, BP110/58 MAP 77

mmHg. ถอดท่อช่วยหายใจใส่ HFNC: flow 40 fio2 0.4, temp 34 ไว้ต่อ CVP 13 cmH_2O O_2 sat ≥ 95 % (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC CBC count 12,220 cell/mm^3 Neutrophil 74 %, Urine output 1,200 ml./8 hr. (กรณีศึกษาที่ 1) กรณีศึกษาที่ 2 Urine output 1,100 ml./8 hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด เนื่องจากมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวจากภาวะเสียสมดุลกรดด่างในร่างกาย

ผู้ป่วยรายที่ 1; ABG: pH= 7.394, pCO_2 28.5 mmHg. pO_2 50 mmHg.cHCO3- 19.4 mmol/l BE -5.9 mmol/l cSO2 85 % (Metabolic acidosis and Compensate Respiratory Alkalosis)

ผู้ป่วยรายที่ 2; ABG:pH : 7.339, pCO_2 : 41.5 mmHg. pO_2 : 32 mmHg. $cHCO^{3-}$: 20.5 mmol/l BE : -3.9 mmol/l, cSO_2 : 58 %, Lactate : 7.61 mmol/L (Metabolic acidosis and Compensate Respiratory Acidosis)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจนและระบบหายใจล้มเหลว มีภาวะสมดุลกรดด่างในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล : **ระยะฉุกเฉิน**

ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะพร่องออกซิเจน

1) การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 2) อัตราการหายใจ 12 - 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ 3) Capillary refill < 2 วินาที 4) ผลการตรวจ ABG พบค่า paO_2= 83 - 108 mmHg และ O2 saturation > 95% ค่า pH 7.35 - 7.45, pCO_2 35 - 45 mmHg และ HCO^{3-} 22 - 26 mEq/L 5) ผลการตรวจ Chest X ray ปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบลึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและปรับตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปากซีดเขียว กระสับกระส่าย สับสน และระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น

3. ประเมินความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที ได้แก่

3.1. Mild hypoxia (PaO_2 60-80) มีอาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือเท้าเย็นซีดชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น

3.2. Moderate hypoxia (PaO_2 50–60) มีอาการสับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลง

3.3. Severe hypoxia (PaO_2 95% ถ้าต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการและรายงานแพทย์ทันที

4. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินเสียงลมเข้าปอด เสียงเสมหะ เสียงผิดปกติต่างๆอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยมี อาการผิดปกติ

5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก และปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น

6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องดังนี้

6.1 ประเมินความต้องการการดูดเสมหะจากการได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจและดูดเสมหะตามความจำเป็น เช่น เมื่อได้ยินเสียงเสมหะ เสียงเครื่องช่วยหายใจ ผิดปกติ

6.2 เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80 –120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10 -15 วินาที เลือกขนาดของสาย suction ให้เหมาะสม คือมีขนาด 1/2 หรือ 2/3 ของท่อช่วยหายใจ Hyperventilate โดยใช้ออกซิเจน 100% จาก เครื่องช่วยหายใจ 1 นาที ก่อน – หลัง ดูดเสมหะ

6.3 ดูแลท่อทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจ

ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ให้ดึงรั้ง ไม่เลื่อนหลุด ไม่กดมุมปาก วัด Cuff pressure อย่างน้อย เวรละ 1 ครั้ง หรือเมื่อได้ยินเสียง Leakage ของ ET tube ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง 2 ข้างให้เท่ากันและฟังเสียงลมรั่วทางปาก บันทึกตำแหน่งที่เหมาะสม ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อระบายเสมหะ

6.4 ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มี ประสิทธิภาพ ดังนี้ ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาจัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ระมัดระวังไม่ให้หลุด หักพับงอ และไม่มีน้ำขัง เพราะจะมีผลต่อการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การได้รับออกซิเจนของผู้ป่วยลดลง สังเกตเสียงของเครื่องช่วยหายใจที่ผิดปกติ

6.5 ดูแลวัด Tidal Volume (TV) คือ ปริมาตร อากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งทุกเวรหรือเมื่อมีการปรับตั้งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจใหม่

6.6 ดูแลให้ยา Fentanyl 500 mcg ผสมใน 0.9 % NSS 100 ml. IV drip 5 ml/hr. โดยยา Fentanyl จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ไม่ต่อต้านการใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

6.7 ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจตามแผนการรักษาได้แก่ ABG, chest X –Rays

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 : ในห้องฉุกเฉิน ในห้องฉุกเฉิน มีภาวะ Agitation ได้รับยา Fentanyl 50 mcg อาการสงบ การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 12 - 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ Capillary refill < 2 วินาที ตรวจ ABG: pH 7.563, pCO_2 18.2 mmHg., pO_2 143.1 % cHCO3- 16.4 mmol/l, BE -5.7 mmol/l,cSO_2 99.6 % ผลการตรวจ Chest X ray ปกติ

กรณีศึกษาที่ 2 : ในห้องฉุกเฉิน มีภาวะ Agitation ได้รับยา Fentanyl 50 mcg อาการสงบ และการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 16 - 18 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ Capillary refill < 2 วินาที ตรวจ ABG: pH 7.437,pCO_2 22.4 mmHg.,pO_2 89.6 mmHg., $cHCO^{3-}$ 16.4 mmol/l, BE -7.2 mmol/l, cSO_2 97.7 % ผลการตรวจ Chest X ray ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมาก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : 1) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแรกรับ DTx 294 mg/dl. (กรณีศึกษาที่ 1) DTx. 244 mg/dl. HbA1C 10.7 % (กรณีศึกษาที่ 2) และ 2) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะภาวะความเข้มข้นในเลือดสูงเนื่องจากน้ำตาลคั่งในเลือดมากเกณฑ์การประเมินผล : 1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติที่แพทย์กำหนด และ 2) ระดับการรับรู้สติของผู้ป่วยปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (Hemoglucotest) ทุก 1-2 ชั่วโมง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินสุลินตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วย

3. บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1-2 ชั่วโมง บันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที และประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง

4. ตรวจติดตามผลอิเลคโตรไลท์ทุก 1-2 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ ตรวจทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามค่า ABG ทุก 1 ชั่วโมง จนค่า pH >7.2 และตรวจระดับคีโตนในเลือดหรือในปัสสาวะ ตามแผนการรักษา

5. ติดตามผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในกรณีที่ระดับโปแตสเซี่ยมผิดปกติ (กรณีศึกษาที่ 2)

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการขาดน้ำ ได้แก่ ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง ตาลึกโบ๋ หรือภาวะได้รับน้ำเกิน ได้แก่ อาการบวม เสียงปอดผิดปกติ

7. ประเมินภาวะน้ำขาดหรือน้ำเกิน (กรณีศึกษาที่ 2)

ประเมินผลการพยาบาล หลังรักษา 4-5 วัน กรณีศึกษาทั้งสอง มีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดคือ 80-140 mg/dl. ระดับการรับรู้สติผู้ป่วยปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรลัยท์ เนื่องจากภาวะช็อก และทำงานของไตเสียหน้าที่ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษาที่ 1 : sodium 144 mmol/L (สูง) TCO2 21 mmol/L (ต่ำ) Anion gap 17 mmol/L (สูง) potassium 4.6 mmol/L(สูง) Mg.1.9 mg/dl.(ต่ำ) BUN 30 mg/dl.(สูง) Creatinine 1.38 mg/dl. eGFR (CKD-EPI) 36.90 ml/min/1.73 m2 (ต่ำ)

กรณีศึกษาที่ 2 : sodium 144 mmol/L (สูง) TCO2 21 mmol/L (ต่ำ) Anion gap 19 mmol/L (สูง) potassium 3.1 mmol/L(ต่ำ) Mg.1.6 mg/dl.(ต่ำ) BUN 22 mg/dl.(สูง) Creatinine 1.13 mg/dl. eGFR (CKD-EPI) 64.12ml/min/1.73 m2 (ต่ำ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรไลท์ในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมต่ำ คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต หัวใจวาย สับสน เพ้อคลั่ง ไม่รู้สติ คลื่นไส้อาเจียน ลำไส้หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว และเต้นช้าจนหยุดเต้น ถ้ามีอาการให้รายงาน แพทย์

2. ดูแลให้ผู้ป่วย On Monitor EKG เพื่อดูความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเฝ้าระวังความผิดปกติโดยถ้าผิดปกติ จะมี T-wave สูง จนกระทั่งเป็น sine wave อาการจะรุนแรงมาก ถ้าค่าโปแตสเซียมเกินกว่า 9 mEq/L ถ้าพบความ ผิดปกติให้รายงายแพทย์

3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ

4. ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อลดระดับโปแตสเซียมในเลือดลง และแก้ไขภาวะความเป็น กรดของร่างกายดังนี้

5. ดูแลการให้ 10% Calcium gluconate 10 ml IV push และ 50% glucose 50 ml+ RI 10 unit IV Stat เพื่อให้โปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์โดยเร็ว โดยทำให้โปแตสเซียมที่อยู่ในกระแสเลือดลดลง ด้วยการให้ Insulin ผสมกับ 50% glucose 50 ml ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ Insulin จะเป็นตัวนำโปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์ และให้ 10% Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำช้าๆ เพื่อลดพิษของโปแตสเซียมต่อหัวใจ ป้องกันภาวะหัวใจวาย (กรณีศึกษาที่1)

6. ดูแลการให้ 50% MgSO4 4 ml. ใน 5%DW 100 ml. iv drip in 4 hr. 3 days เฝ้าระวัง ผลข้างเคียงของยา ที่จะทำให้ระดับแม็กนีเซี่ยมในร่างกายสูงขึ้น อาจจะเกิดภาวะวิงเวียน หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำและหัวใจล้มเหลวได้ (กรณีศึกษาที่2)

7. ติดตามผล Electrolyte โดยเฉพาะโปแตสเซียม เนื่องจากไตเสียหน้าที่ ไม่สามารถขับโปแตสเซียมออกทางปัสสาวะได้ ประกอบกับร่างกายมีสภาพเป็นกรดมาก (Severe Metabolic Acidosis) มีการทำลายเนื้อเยื่อมาก

8. ติดตามผลตรวจ Arterial Blood Gas เพื่อประเมินถึงสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย

9. ติดตามผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr) เพื่อติดตามการทำงานของไต

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่มีอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรไลท์ในร่างกาย

กรณีศึกษาที่ 1 หลังรับไว้ดูแล วันที่ 4 -5 ผลตรวจค่าการทำงานของไต BUN 28 mg/dl.,Creatinine 1.3 mg/dl., eGFR (CKD-EPI) 30.95 ml/min/1.73 m^2 อิเลคโตรไลต์ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย sodium 145 mmol/L, potassium 4.1 mmol/L, chloride 105 mmol/L, TCO_2 26 mmol/L, Anion gap 15 mmol/L

กรณีศึกษาที่ 2 หลังรับไว้ดูแลวันที่ 2 ใน ICU ผลตรวจค่าการทำงานของไตดีขึ้น BUN 11 mg/

dl., Creatinine 1.18 mg/dl., eGFR (CKD-EPI) 60.85 ml/min/1.73 m^2 อิเลคโตรไลต์ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือผิดปกติเล็กน้อย sodium 143, potassium 4.2, chloride 102, TCO_2 21, Anion gap : 19 mmol/L. กิจกรรมการพยาบาลในระยะต่อเนื่องถึงแผนกผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (On Endotracheal tube) ใช้เครื่องช่วยหายใจ (On ventilator) (กรณีศึกษาทั้งสองราย ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน

กรณีศึกษาที่ 1 : Intubation; on ETT size 7.5 , 21cms. marked depth. on Ventilator setting: PCV mode; IP 15, RR 16 PEEP5, FiO2 0.4, Ti 1.25

กรณีศึกษาที่ 2 : Intubation; on ETT No.7.5, size 21 cm. marked depth. on Ventilator setting: PCV mode; ΔIP 10, RR 16 PEEP5, FiO2 0.4, Ti 1.2

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อ ช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล : 1) ตำแหน่งใส่ท่อช่วยหายใจไม่มีการเลื่อนหลุด 2) สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจจัดท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้ง

2. ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่โดยติดพลาสเตอร์หรือใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจโดยให้ดึงไปคนละทาง

3. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งทุกครั้งที่ให้การพยาบาล

4. ส่งและติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และตรวจดูว่าปลายท่ออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

5. ประเมินเยื่อบุช่องปากว่า มีรอยแดง หรือมีบาดแผลหรือไม่ อย่างน้อยเวรละหนึ่งครั้ง

6. ทำความสะอาดช่องปากและฟันอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ทาริมฝีปากผู้ป่วยด้วยวาสลีน เพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตก

7. วัดความดันกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิน 20-30 cmH2Oน้ำเพื่อป้องกันแรงกดทับหลอดลม

8. เปลี่ยนตำแหน่งท่อช่วยหายใจสลับด้านมุมปากซ้ายขวาทุกวัน

9. ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้มีปริมาตรอากาศเข้าออกจากปอด ต่อการหายใจเข้าออกหนึ่งครั้ง 500 มิลลิลิตร

10. จดบันทึกตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ให้ตรงกับค่าที่ตั้งเครื่องช่วยหายใจ

11. สังเกตผิวหนังบริเวณหน้าอก หากตึงมากคลำได้เสียงกรอบแกรบให้รายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีการเลื่อนหลุดของตำแหน่งการใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีศึกษาทั้งสองรายสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ วันที่3 ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยต้องงดน้ำงดอาหารเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสูง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ห้องกันภาวะทุพโภชนาการ

เกณฑ์การประเมินผล: ระดับ อัลบูมิน โปรตีนในเลือด ปกติ ความตึงตัวผิวหนังดีปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเตรียมจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยเมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหาร

2. คำนวณสารอาหารและพลังงานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ กรณีผู้ป่วยมีภาวะ Catabolism สูง เช่น Severe sepsis, Multiple organ failure, ใช้เครื่อง

ช่วยหายใจ ควรได้รับพลังงาน 40-50 กิโลแคลอรี่/กก./วัน

3. จัดอาหารให้ตามระยะการดำเนินของโรค เช่น ระยะปัสสาวะออกน้อย ควรให้อาหารที่เป็นพวกคาร์โบไฮเดรตสูง เพื่อช่วยลดการสบายโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน อาจจะให้ในรูปกลูโคสเพิ่มวันละ 200 กรัม ถ้าไม่มีข้อจำกัด

4. ในระยะที่มีปัสสาวะออกมากและระยะพักฟื้น ระยะนี้ไตทำงานได้ดีขึ้น สามารถขับน้ำและของเสียออกจากร่างกายได้แล้ว ค่า BUN และ Creatinine ในเลือดคงที่และลดลงควรเพิ่มโปรตีนขึ้นเป็นวันละ 0.8-1 กรัม/กก./วัน

5. ดูแลให้รับประทานอาหารทางสายยาง อาหาร ตามเวลาอย่างครบถ้วน รวมทั้งบันทึกปริมาณ และพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละมื้อ

6. ปฏิบัติตามแผนการรักษา หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนควรให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมื้ออาหาร

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้รับประทานอาหาร หากเบื่ออาหาร ให้จัดอาหารจำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง

8. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ ผอม ซีด ผิวหนังขาดความตึงตัว รวมทั้งติดตามผลตรวจเลือด เช่น อัลบูมิน โปรตีน ในเลือด

ประเมินผลการพยาบาล : ระหว่างรักษาได้อาหารเหลวทางสายอาหารรับได้ทุกมื้อ ความตึงตัวของผิวหนังปกติ

กรณีศึกษาที่ 1 Total protein 9.4 g/dL. Albumin 3.8 g/dL.

กรณีศึกษาที่ 2 Total protein 7.8, Albumin 3.6 g/dL.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนของการดำเนินของโรค ผลการรักษาและหัตถการการรักษา (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเจ็บป่วยในระยะวิกฤต มีการเจ็บป่วยรุนแรงครั้งแรกยังไม่มีประสบการณ์การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการทำหัตถการที่ต้องสอดใส่ท่อ อุปกรณ์ต่างๆเข้าในร่างกาย ผู้ป่วยสีหน้าตื่นกลัววิตกกังวล และต้องแยกจากครอบครัว ผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ลดความวิตกกังวลและความกลัวให้กับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล : 1) สีหน้าคลายกังวล คลายความกลัว 2) ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และ 3) นอนหลับพักผ่อนได้ไม่มีอาการนอนไม่เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยไว้วางใจ มั่นใจว่าจะได้รับการพยาบาลอย่างดี

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากและอาการรุนแรง สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่น ห่วงใยและช่วยเหลือการทำกิจกรรม

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้คำอธิบายและให้กำลังใจผู้ป่วย

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค ตามความเหมาะสมของการยอมรับ และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ

5. รายงานอาการให้แพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้ยาช่วยลดความวิตกกังวลตามความเหมาะสม

6. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนทำหัตถการ อธิบายให้เข้าใจถึงความสำคัญของการทำหัตถการต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลอย่างใกล้ชิดและความพร้อมของทีมบุคลากร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล คลายความกลัว ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้ไม่มีอาการนอนไม่เพียงพอ

วิจารณ์

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลันในระยะฉุกเฉิน ทั้ง 2 กรณี จะพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ส่วนกรณีที่สอง

ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe Sepsis) และช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) ตามมา ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับหัตถการกู้ชีพฉุกเฉิน และเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินต้องทำงานแข่งกับเวลา ต้องรับภาระหน้าที่เป็นด่านแรกในการพยาบาลทุกระยะของการรักษา การที่พยาบาลมีเครื่องมือประเมินผู้ป่วย รวมถึง มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงและมีภาวะช็อก ร่วมด้วยนั้น การใช้เครื่องมือประเมินอาการผู้ป่วยที่จำเป็นและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดพ้นจากภาวะวิกฤต ที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยได้ เช่น การใช้แบบประเมิน qSOFA, NEWS Score, SOFA, SOS Score เป็นต้น

สำหรับผลลัพธ์ทางการพยาบาลและเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวฉับพลันในระยะฉุกเฉิน จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษามีประเด็นคุณภาพด้านผลลัพธ์ที่คาดหวังด้านการพยาบาลดังนี้

1. การนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มาใช้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ทั้งสองกรณีศึกษามีการปฏิบัติตามแนวทาง ค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว แต่ยังพบว่าไม่มีบันทึกคะแนน NEWS score ที่สมบูรณ์เพียงพอ ซึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะเริ่มแรกคือการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ การใช้แบบประเมินต่างๆ จะช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง แม่นยำ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ การศึกษาพบว่า ทุกๆ ชั่วโมงที่เริ่มต้นทำการรักษา ล่าช้าจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตขึ้น 1.04 เท่า[7]

2. การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพเป้าหมายคือต้องเจาะหลังการวินิจฉัยภายใน 45 นาที ซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อหลังจากได้ยาต้านจุลชีพ ใช้เวลา 60 นาที กรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลา 41 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย มาตรฐานที่ควรปฏิบัติคือควรมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจเพาะเชื้อ อย่างน้อย 2 sets (Aerobic and anaerobic bottle) ก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ[8-9] แต่ระยะเวลาต่างกัน ซึ่งควรทำภายในเวลา 45 นาที หลังการวินิจฉัย เพื่อ ไม่ให้เกิดความล่าช้าในการให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย[9]

3. การได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) กรณีศึกษาที่1 ใช้เวลา 1.19 ชั่วโมง ได้ยา Ceftriaxone , Meropenem กรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลา 29 นาที ได้ยา Ceftriaxone กรณีศึกษาทั้งสองมีระยะเวลาแตกต่างกัน อย่างไรก็ดีควรดูแลให้ได้รับยาภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งการดูแลให้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์ ครอบคลุมเชื้อ (Empiric antimicrobials) Methicilin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) แก่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หรือช็อกจากการติดเชื้อที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ MRSA[8] เนื่องจากการให้การดูแลที่ล่าช้าในแต่ละชั่วโมง จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตขึ้น 1.04 เท่า[7] โดยคำนึงถึงหลักการบริหารยาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการดูแลให้ได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย เนื่องจากการให้ยาที่ล่าช้าในแต่ละชั่วโมง จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4-8[10]

4. การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) กรณีศึกษาที่ 1 ใน 1 ชั่วโมงแรก ได้ 1,500 cc / ใน 1 ชั่วโมงแรกที่ ER กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับ 2,500 ml. /ใน1 ชั่วโมงกรณีศึกษาทั้งสองรายมีความแตกต่างกันด้านปริมาณ และระยะเวลาการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจำเป็นต้องให้สารน้ำในปริมาณอย่างน้อย 30 ml/kg ภายใน 3 ชั่วโมง[8] โดยให้ อัตราที่เร็ว 1-2 ลิตรในชั่วโมงแรกๆ เพื่อแก้ไขภาวะ ช็อก และภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังภาวะช็อก ควรทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายคงที่ (Net-neutral) หรือต่ำลงเล็กน้อย (Slightly negative balance) รวมทั้งควรใช้เทคนิค Fluid challenge test ซึ่งเป็นการทดสอบการตอบสนองของร่างกายต่อการได้รับสารน้ำประกอบการพิจารณาในการให้ สารน้ำแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและควรหยุดให้เมื่อ ไม่มีการตอบสนองต่อการให้สารนำแล้ว[11]

บทบาทและสมรรถนะสำคัญของของพยาบาล ในการดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ นอกจากการปฏิบัติตามหลัก 6 R แล้ว การเลือกตำแหน่งบริเวณและการทำความสะอาดผิวหนัง (Skin preparation) บริเวณที่จะทำการแทงเปิดเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ[12] การเลือกขนาดเข็มให้เหมาะสม การดูแลบริเวณ ตำแหน่งที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประเมินความสมบูรณ์ของผิวหนัง (Skin integrity) การล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำ (Flushing and locking) เป็นประเด็นด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ต้องติดตามประเมินผล[12]

5. การจัดการและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤตภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย ซึ่งกรณีศึกษาที่1ใช้เวลา 4.25 ชั่วโมง และกรณีศึกษาที่ 2 ใช้เวลา 4.18 ชั่วโมง ที่แผนกฉุกเฉินก่อนย้ายผู้ป่วยเข้าดูแลต่อที่แผนกผู้ป่วยวิกฤต ด้านการบริหารจัดการ หลังจากการประเมินสภาพปัญหาและทราบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแล้ว การพิจารณาย้ายผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่มีศักยภาพในการรักษาสูงกว่า ควรวางแผนรับภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พิจารณาวางแผนการรายงานแพทย์ให้มาประเมินอาการผู้ป่วยทันที รวมทั้งย้ายผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยวิกฤตเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา[13] แม้ว่าจะมีการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยแต่การที่มีผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลในห้องฉุกเฉินนานๆ อาจจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่นๆเสียโอกาสการดูแลก็ได้

6. การได้รับการติดตามระดับแลคเตท (Serum Lactase) กรณีศึกษาทั้งสอง ได้รับการตรวจระดับ Serum Lactate เมื่อเริ่มวินิจฉัย กรณีศึกษาที่หนึ่งไม่ได้รับการตรวจซ้ำครั้งที่สอง ในชั่วโมงที่ 3 แต่ได้รับการตรวจในชั่วโมงที่ 5 ที่หอผู้ป่วยหนัก ซึ่งช้ากว่ามาตรฐานที่กำหนดสองชั่วโมง ขณะที่กรณีศึกษาที่สอง ที่ได้รับการตรวจซ้ำครั้งที่สองหลังจากการตรวจครั้งแรก 3 ชั่วโมง

7. การแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลวเมื่อแรกรับ เนื่องจากกรณีศึกษาทั้งสอง มีภาวะ Severe sepsis และ Septic Shock จนเกิดภาวการหายใจล้มเหลว การใส่ท่อช่วยหายใจ ตั้งแต่แรก และการตั้งค่ารูปแบบ (Mode) เครื่องช่วยหายใจเหมือนกันคือ ชนิดแรงดันบวก Pressure Controlled Ventilator: PCV ;IP16, RR=16, I:E 1:2 PEEP5, FiO2 0.4 ซึ่งเป็นการตั้งค่าสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรด ร่วมกับภาวะที่ผู้ป่วยมีปอดติดเชื้อ[14] ถือว่าเหมาะสมตามหลักการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย Sepsis

8. ระยะเวลาการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก กรณีศึกษาที่ 1 เข้ารักษาต่อในแผนก ICU 5 วัน ใส่ ETT ใช้เครื่องช่วยหายใจ 4 วัน รวม LOS 5 วัน กรณีศึกษาที่ 2 เข้ารักษาต่อในแผนก ICU 5 วัน ใส่ ETT ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน รวม LOS 6 วัน ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตใกล้เคียงกัน รวมทั้งระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจใกล้เคียงกัน

9. การจำหน่ายและประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ผลการรักษาอาการทุเลา และกลับบ้านโดยแพทย์อนุญาต หนึ่งสัปดาห์มาตรวจตามนัดอาการปกติ

จากการศึกษาทั้งสองกรณีศึกษาจะพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น มีความสำคัญมาก ตั้งแต่การซักประวัติ และประเมินภาวะสุขภาพอย่างถูกต้องรวดเร็ว จะทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็วถูกต้องและแม่นยำขึ้น อีกทั้งพยาบาลยังมีบทบาทในการช่วยเฝ้าระวังการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การให้การพยาบาลที่ถูกต้องและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยให้ผลลัพธ์การรักษามีประสิทธิผลมากขึ้นด้วย รวมถึง บทบาทอิสระในการดูแลสภาพจิตใจและอารมณ์ ของผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญกับภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ให้สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และฟื้นหายเป็นปกติได้โดยเร็วตามสภาพด้วย

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยระยะฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ต้องตระหนักถึงเป้าหมายการพยาบาลตามการรักษาแบบมุ่งเป้า (Early Gold-Directed Therapy: EGDT)

ภายใน 1 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง (1 or 6 hour bundle) อย่างเข้าใจตรงกัน ตามบริบทของโรงพยาบาล และข้อตกลงของทีมสหาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแล และพยาบาล ห้องฉุกเฉินเอง หรือพยาบาลห้องผู้ป่วยแรกรับ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ สมรรถนะ และทักษะ การดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วยระบบหายใจล้มเหลวในระยะฉับพลัน รวมถึงการใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่ใช้เฝ้าระวังภาวะที่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด National Early Warning Score: NEWS Score หรือเครื่องมือประเมินผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ เช่น qSOFA, SOFA และพยาบาลหอผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการใช้แบบประเมินสำหรับการดักจับการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เป็นอาการเตือนว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ เลือด (Search out Severity Score: SOS) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Organization’s first global report on sepsis [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis
2. Health Data Center, Ministry of Public Health. [internet]. 2024 [cited 2024 Oct 5]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source.
3. กระทรวงสาธารณสุข. Healthkpi [Internet]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph. go.th
4. Hanlumyuang G. The analysis of contributing factors to septic death in Pakkred Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2020;10(1):108-117.
5. Charoenpong L, Pholtawornkulchai K. Incidence and risk factors associated with mortality from sepsis At Chaophrayayommarat Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(4):542-560.
6. Mervyn S. Deutschman C S, Seymour C W, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 2016;315(8);801-10.
7. Seymour C W, Gesten F, Prescott H C, Friedrich M E, Iwashyna T J, Phillips G , et al. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. New England Journal of Medicine. 2027;376(23):2235-44.
8. Evans A, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith C M, French, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Critical Care Medicine. 2021;49(11):e1063-e143.
9. Rhodes A, Evans L E, Alhazzani W, Levy M , Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med, 2017;43(3):304-37.
10. Thompson K, Venkatesh B, Finfer S. Sepsis and septic shock: current approaches to management. Internal Medicine Journal. 2019;49:160-70.
11. Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2020;87(1):53-64.
12. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรี-วัน; 2563.
13. Mathukia C, Fan W, Vadyak K, Biege C, Krishnamurthy M. Modified early warning system improves patient safety and clinical

outcomes in an academic community hospital. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives. 2015;5(2):26716.

14. ปรีชา ธำรงไพโรจน์. การใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสมในภาวะเซพซิส. ใน: ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์, มณฑิรา มณีรัตนะพร, สุรัตน์ ทองอยู่, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย. บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค กรุงเทพฯ: พริ้นท์เอเบิ้ล; 2562. หน้า 81-90.

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร

Development of the Patient Triage According to the Level of Urgency at the Emergency and Forensic Department, Phanomphrai Hospital

ทิพรัตน์ อ้วนกันยา*

Thipharat Ounkunya

Corresponding author: E-mail: aun.thipharat@gmail.com

(Received: February 6, 2025; Revised: February 12, 2025; Accepted: March 10, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการพัฒนารูปแบบ การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (MOPH ED Triage) ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร

รูปแบบการวิจัย : กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup) เป็นกรอบในการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่กู้ชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานจำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage 5 ระดับ, แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความพึงพอใจ เก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์เดิมพบปัญหาการคัดแยกผิดพลาด (Miss Triage) ทั้งการประเมินต่ำกว่าจริง (Under triage 3.97 - 5.77%) และเกินจริง (Over triage 4.64 - 6.89%) โดยพบมากในบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี 2) ได้รูปแบบการคัดแยกที่ชัดเจนตามมาตรฐาน MOPH ED Triage พร้อมเกณฑ์การประเมินซ้ำ (Re-triage) และ 3) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าเจ้าหน้าที่มีทักษะและสมรรถนะในการคัดกรองสูงขึ้น ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกที่ถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการที่รวดเร็ว

สรุปและข้อเสนอแนะ : การใช้รูปแบบการคัดแยกที่มีมาตรฐานช่วยเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและลดความผิดพลาดทางการพยาบาลได้จริง ข้อเสนอแนะคือควรมีการฝึกอบรมทักษะการคัดกรองอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษามาตรฐานและสมรรถนะของบุคลากรในระยะยาว

คำสำคัญ : การคัดแยกผู้ป่วย; ระดับความเร่งด่วน; งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน; MOPH ED Triage; ความปลอดภัยของผู้ป่วย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

Abstract

Purposes : To study the current situation, develop, and evaluate the effectiveness of a triage model based on the MOPH ED Triage system at the Emergency and Forensic Department, Phanomphrai Hospital.

Study design : This study employed Action Research design, utilizing Soukup's Evidence-Based Practice model as the conceptual framework, which consists of four phases: problem analysis, evidence retrieval, model development/pilot testing, and implementation/evaluation.

Materials and Methods : The participants included 18 healthcare providers, comprising 15 registered nurses, 3 Advanced Emergency Medical Technicians (AEMT). The research instruments included the developed 5-level MOPH ED Triage model, a clinical skill assessment form, and satisfaction surveys for both providers and patients. Data were collected between 2023 and 2025. Data analysis was performed using descriptive statistics, including percentages and means.

Main findings : 1) The situational analysis revealed significant triage errors, including under-triage (3.97 - 5.77%) and over-triage (4.64 - 6.89%), particularly during evening and night shifts among staff with less than five years of experience. 2) A standardized triage model was developed, incorporating clear criteria for the 5-level urgency system and mandatory re-triage protocols. And 3) Following the implementation, healthcare providers demonstrated higher competency and clinical skills. The accuracy of patient classification improved, leading to enhanced patient safety, reduced complications during waiting periods, and high levels of satisfaction among service users.

Conclusion and Recommendations : The implementation of a standardized triage model effectively enhances patient safety and reduces nursing errors in emergency settings. It is recommended that continuous triage competency training be provided, especially for less experienced staff, to maintain long-term performance standards.

Keywords : Patient Triage; Level of Urgency; Emergency Department; MOPH ED Triage; Patient Safety

*Registered Nurse, Professional Level, Phanomphrai Hospital.

บทนำ

การคัดแยกผู้ป่วย (Triage) ถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เนื่องจากเป็นด่านแรกในการคัดกรองเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแลรักษา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตได้รับการช่วยเหลือทันท่วงที และผู้ป่วยรายอื่นได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการที่ป้องกันได้[1] ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ใช้ระบบการคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED Triage) ซึ่งพัฒนามาจากดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) เพื่อให้เกิดมาตรฐานที่เป็นสากลและมีความแม่นยำสูงในการจำแนกผู้ป่วยตามความจำเป็นทางการแพทย์และทรัพยากรที่ต้องใช้[2]

อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การให้บริการของโรงพยาบาลพนมไพร พบว่ามีผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 มีผู้ป่วยเฉลี่ยสูงถึง 33,302 รายต่อปี หรือประมาณ 91 รายต่อวัน ซึ่งความแออัดนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพการคัดแยก จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังพบปัญหาสำคัญคือการคัดแยกผิดพลาด (Triage Misclassification) ทั้งในรูปแบบการคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under triage) ร้อยละ 3.97 - 5.77 และการคัดกรองเกินความจำเป็น (Over triage) ร้อยละ 4.64 - 6.89 โดยเฉพาะในช่วงเวลาเวรบ่ายและเวรดึก ซึ่งเป็นช่วงที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ทำให้ขาดความมั่นใจและทักษะในการประเมินอาการที่ซับซ้อน[3]

ปัญหาที่พบได้บ่อยคือการประเมินอาการสำคัญไม่ครอบคลุมและการขาดการประเมินซ้ำ (Re-triage) ในขณะที่ผู้ป่วยรอตรวจ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงขณะรอคอย หรือเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ เช่น พบผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ชัก หรือความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และคุณภาพในการบริการพยาบาล[4] นอกจากนี้ความไม่ชัดเจนในเกณฑ์การคัดแยกยังก่อให้เกิดความล่าช้าในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ต้องรอนานโดยไม่ทราบลำดับความสำคัญของตนเอง[5]

ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โดยนำแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงาน การพัฒนานี้ไม่เพียงแต่จะช่วยลดความผิดพลาดในการคัดแยกและเพิ่มความรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้น แต่ยังเป็นการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ และสร้างระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานสากลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (MOPH ED Triage) ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของแคมมิสและแมคแทคกาทร์ (Kemmis & McTaggart)[6] ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกิดการพัฒนาปรับปรุงในกระบวนการพัฒนารูปแบบวิธีการการปฏิบัติที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบต่อเนื่อง (Spiral of Self – Reflection) เป็นวงรอบ จนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยประยุกต์ใช้

ทฤษฎีกระบวนการ ตามกรอบแนวคิดกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup)[7-8] ที่มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ค้นหาวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ (Evidence-triggered phase) 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) 3) พัฒนารูปแบบการคัดแยกและทดลองใช้ (Evidence-observed phase) และ 4) ใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย (Evidence-based phase) และประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยในด้านตัวชี้วัดทางคลินิกด้านกระบวนการและด้านผู้ปฏิบัติ ดำเนินการ เดือน เมษายน พ.ศ. 2568 ถึง กันยายน พ.ศ. 2568

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้ใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วย ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ (RN) 10 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (AEMT) 4 คน พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT) 4 คนรวมจำนวนทั้งหมด 18 คน

2) กลุ่มผู้ได้รับการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ได้แก่ ผู้ป่วยผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้มารับบริการ 5 ประเภทตามระดับความเร่งด่วน ประเภทละ 18 คน เดือนละ 90 คนในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือน กันยายน 2568 (6เดือน) เข้าร่วมการศึกษานี้ จำนวนทั้งหมด 540 คน

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนตัวอย่างกรณีทราบประชากร[9]

ใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}p(1-p)}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}\,p\,(1-p)}$$

Z^2 คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม เท่ากับ 0.6

e^2 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งนี้กำหนด ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.03

N = ประชากรผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมไพร ที่เข้ามารับบริการเฉลี่ยจำนวน 33,302 คน/ปี ทำการเก็บข้อมูล ช่วง 6 เดือน คิดเป็นประชากรผู้รับบริการ จำนวน 16,500 คน แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 508 คน ปรับจำนวนเพื่อป้องกันการขาดหายจากการศึกษา ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 540 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร

2. มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษาได้ดี

3. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการวิจัย

2. ผู้ที่ระดับความรู้สึกตัวไม่ปกติ ซึม สับสน หมดสติหรือไม่มีญาติที่สามารถให้ข้อมูลแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การระดมสมองและกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดของซูคัพ (Soukup)[7-8] ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่พยาบาล Triage

2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ

ในประเด็นบริบท สภาพปัญหา สถานการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ซึ่งเป็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์แบบปลายเปิด มีทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ ซึ่งใช้ในระยะเตรียมการวิจัยและระยะดำเนินการวิจัย

3. แนวคำถามข้อมูลจากการประชุมกลุ่มโดยการระดมสมองเป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มในการระดมสมองเพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ซึ่งเป็นคำถามที่ใช้สนทนากลุ่มแบบปลายเปิด มีแนวคำถามหลัก คำถามรอง และคำถามเจาะลึก มีทั้งหมดจำนวน 2 ข้อ ซึ่งใช้ในระยะดำเนินการวิจัย

4. แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ, แบบสอบถามปลายเปิดเป็นข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา จำนวน 1 ข้อ

5. แบบประเมินศักยภาพด้านทักษะการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา

ระยะศึกษาบริบท สภาพปัญหาและสถานการณ์ในระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น พยาบาลคัดกรอง เกณฑ์การคัดกรอง การแบ่งประเภทผู้ป่วย การลงบันทึกข้อมูล รวมทั้งระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันทั้งในจังหวัดและนอกจังหวัด เพื่อนำมาเป็นแนวทางการการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาของการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ระยะดำเนินการวิจัยโดยการศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร ได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน (Brain Storming) เพื่อเป็นแนวทางที่นำไปสู่การแก้ปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร โดยใช้กระบวนการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดของชูคัพ (Soukup)[7-8] ร่วมด้วย มีกระบวนการ ขั้นตอนได้แก่

1. ขั้นการวางแผน (Plan) การวางแผนการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพรเป็นการออกแบบการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน วิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงานจริงที่เกี่ยวข้องแต่ละขั้นตอน โดยมีทีมวิจัยเป็นผู้ประสานงานภายในทีมและรวบรวมผลการวิเคราะห์มาออกแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติในช่วงระยะเวลาที่กำหนดต่อไป ซึ่งกิจกรรมการวางแผนประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่สำคัญ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วน เพื่อนำสู่การพัฒนารูปแบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนต่อไป โดยเลือกประเด็นปัญหาที่พบเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ เลือกแหล่งหลักฐานการวิจัยของการสืบค้น เมื่อสืบค้นได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาร่วมกันวิเคราะห์ ประเมินงานวิจัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือแล้วกำหนดแผนการดำเนินงาน โดยการจัดทำโครงการและการกำหนดกิจกรรมในเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2568 ตามกรอบแนวคิดของชูคัพ (Soukup)[7-8] ดังนี้

1.1 Evidence-triggered phase การค้นหา

ปัญหาการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร โดยศึกษาบริบท สถานการณ์ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ ทบทวนเวชระเบียนและผลลัพธ์ตัวชี้วัดย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และนโยบาย

1.2 Evidence-supported phase สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร จากผลงานวิจัย ตำรา เอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2017 ใช้วิธีการคือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นตาม PICO framework 2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ Triage, ESI, การคัดแยกประเภทผู้ป่วย 3) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์, ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และวารสาร ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ในช่วงปี ค.ศ. 2010-2017 และ 4) กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ประเมินระดับของงานวิจัย และจัดระดับตามข้อเสนอแนะการนำไปใช้

2. ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของชูคัพ (Soukup) มีการปฏิบัติการ ดังนี้

2.1 Evidence-observed phase พัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร และทดลองใช้ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรได้มายกร่างเป็นรูปแบบการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร ร่วมกันระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนา วิธีการพัฒนา เครื่องมือและแนวทางการประเมินผลในการพัฒนาปรับปรุงพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพรตามหลักฐานสนับสนุนจากผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนการวางแผนและปรึกษาร่วมกับทีมผู้วิเคราะห์ในการมอบหมายคณะทำงานย่อยซึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบในการร่างแนวปฏิบัติการพัฒนาในแต่ละประเด็นไปพร้อมๆกันรวมทั้งสิ้น 3 ประเด็นหลัก คือ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและการประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แล้วประเมินเปรียบเทียบความเป็นได้ในเกณฑ์การนำไปใช้ (Comparative evaluation and Decision making) รวมทั้งร่วมกันจัดทำแนวทางการรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ให้สอดคล้องปัญหาที่พบในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร โดยทำเป็นขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ชัดเจนให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางได้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อหารูปแบบการพัฒนาปฏิบัติจริง ประเมินผลทักษะทุกๆเดือนและจัดทำการประกันคุณภาพ-การประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เมื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568 ตามประเด็นปัญหา ความถูกต้อง รวดเร็ว ในการปฏิบัติ ความเหมาะสม ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขในที่ประชุมให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมเสนอแนะ เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่เหมาะสมกับบริบทที่สุด

2.2 Evidence-based phase นำรูปแบบในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนไปใช้ปฏิบัติโดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติ

- ประกาศใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โดย ผู้วิจัยและคณะจัดประชุมอธิบายชี้แจงวิธีการใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนแก่ทีมผู้ปฏิบัติ
- ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงาน นำไปปฏิบัติระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568
- การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย

ตามระดับความเร่งด่วน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 ภายหลังการประเมินผลระยะที่ 1 แล้วทีมผู้วิจัยประชุมผู้ปฏิบัตินำปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติมาวิเคราะห์ปรับปรุงอีกครั้งและให้ข้อมูลผลลัพธ์ย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ

ระยะที่ 2 นำแนวทางปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนมาใช้ปฏิบัติต่อระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568 และประเมินผลเป็นระยะที่ 2 พร้อมเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง (Evaluation and Evidence based Practice) โดยประเมินผลทุกๆ เดือน ทั้งคุณภาพ และความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observe) โดยการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เพื่อนำเข้าสู่การสะท้อนผลการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยมีจุดเน้นในการติดตามเรื่องคุณภาพการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน

4. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ทีมวิจัยและผู้ร่วมวิจัยประเมินผลวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดยประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน การปฏิบัติงานนั้นๆ จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน แนวปฏิบัติการตามร่างรูปแบบใหม่ในครั้งนี้เพื่อหาข้อสรุปและเปรียบเทียบผลการพัฒนาตามแผนที่กำหนด ซึ่งการสะท้อนผลจะสะท้อนเป็นการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เป็นรายๆ แล้วรายงานเป็นภาพรวมตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพสะท้อนสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับบริบทนโยบาย สภาพปัญหาเพื่อให้ได้การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย

สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) ทำการสรุปติดตามและประเมินผลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในทุกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของทักษะรวมทั้งผลการปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์การประเมินการคัดแยกประเภทป่วยตามระดับความเร่งด่วน ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนเพื่อสะท้อนเป็นวงจรแบบต่อเนื่องของการพัฒนาต่อไป

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูลวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล

วิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ในการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลมาเทียบความถูกต้องน่าเชื่อถือซึ่งกันและกันในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การสรุปเป็นตาราง (Table) และแผนผังความคิด (Mind mapping) ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลและการทวนสอบความคิดกับผู้ให้ข้อมูลผ่านกระบวนการกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

หมายเลขรับรอง COE 0052568 ลงวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2568 วันหมดอายุรับรอง 23 มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการได้รับบริการใดๆ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร” มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วย การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การศึกษาใช้ทฤษฎีกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดของ Soukup 4 ขั้นตอน ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา

จากการศึกษาสภาพการณ์การคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร พบว่า จำนวนผู้ป่วยมากทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ที่เข้ามารับบริการเฉลี่ยจำนวน 33,302 คน/ปี (91คน/วัน) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี[3] จากข้อมูลรายงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชปี พ.ศ. 2566- 2568 มีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 75, 91, 93 รายตามลำดับ ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย Under triage ปี พ.ศ. 2566-2568 คิดเป็นร้อยละ 5.77, 4.89, 3.97 ตามลำดับ ผู้ป่วย Over triage ปี พ.ศ. 2566-2568 คิดเป็นร้อยละ 6.89, 5.78, 4.64 ตามลำดับ[5]

ลักษณะการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินมีการหมุนเวียนอัตรากำลังพยาบาลเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานสม่ำเสมอ ทั้งนี้หน่วยงานกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยในเวรเช้าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีและในเวรบ่าย ดึกและวันหยุดนักขัตฤกษ์จะเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี[10] โดยใช้เป็นเครื่องมือดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI) เพื่อคัดแยกผู้ป่วย เครื่องมือนี้แบ่งระดับความรุนแรง ฉุกเฉินผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วนคือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง ระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงและระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป[11-12] อย่างไรก็ตามสภาพปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ผ่านมาพบข้อผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยและเกิดอุบัติการณ์มากในเวรบ่ายและเวรดึก[4] จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอการรักษา ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อไปยังแผนกอื่น ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น มีอาการชัก ซึมลงและความดันโลหิตลดลง

เมื่อทบทวนถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลจุดคัดแยกประเมินอาการเพื่อการคัดแยกผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยและขาดการประเมินผู้ป่วยซ้ำตามระดับความรุนแรงขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน ใช้ความรู้สึก และประสบการณ์การทำงานในการคัดกรองประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ การให้ข้อมูลขณะคัดแยกผู้ป่วยมีน้อยไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ระบบทางด่วนพิเศษ (Fast track) การแบ่งแยกพื้นที่รับผู้ป่วยหลังคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงไม่ชัดเจน ขาดกระบวนการทบทวนแนวทางการคัดแยกและการทำความเข้าใจประเภทผู้ป่วยร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน คุณภาพการบริการลดลง ญาติผู้ป่วยเกิดความกังวลและไม่พึงพอใจ นำไปสู่การร้องเรียนในการให้บริการ[7] และเมื่อพิจารณาถึงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพบว่ายังไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถใช้ในการช่วยตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินได้เท่าที่ควร

จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าว จึงนำมาสู่การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาเหมาะสมกับบริบทแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมไพร รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมและผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นเร่งด่วนและเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร

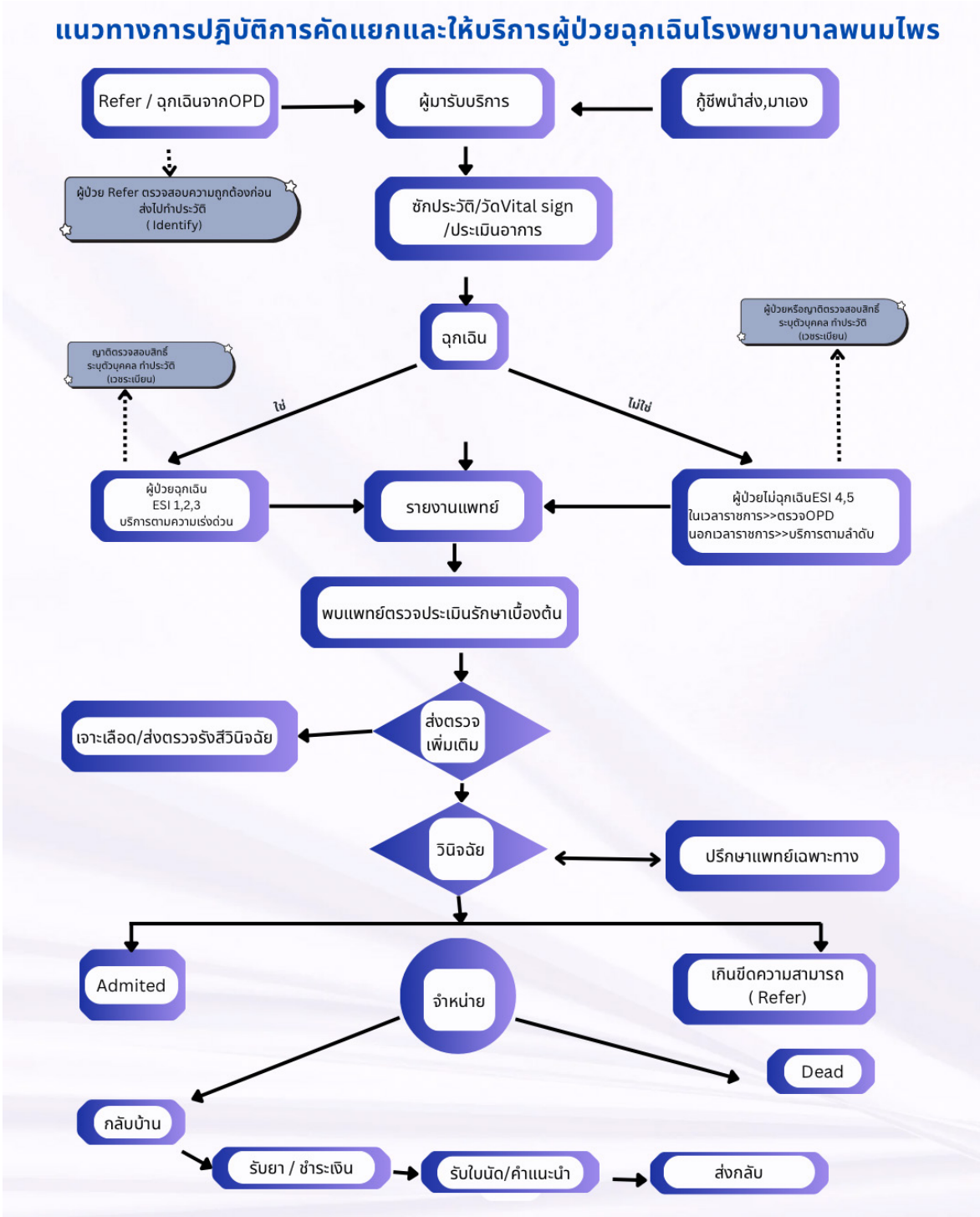
ดำเนินการวิจัยโดยการศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร ได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน (Brain Storming) เพื่อเป็นแนวทางที่นำไปสู่การแก้ปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดของชูคัพ (Soukup)[7-8] ได้ผลการศึกษาดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ ดังนี้

ผู้ปฏิบัติงาน คือ กลุ่มผู้ใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร จำนวน 18 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ (RN) 10 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (AEMT) 4 คน ผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตั้งแต่น้อยกว่า 1 ปีไปจนถึงมากกว่า 10 ปี วุฒิการศึกษาของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีขึ้นไป

ผู้รับบริการ คือ กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนจำนวน 540 คน ซึ่งคัดเลือกจากผู้มารับบริการ 5 ประเภทตามระดับความเร่งด่วน ประเภทละ 18 คนต่อเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน (เมษายน-กันยายน 2568) ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจประกอบด้วย เพศหญิง จำนวน 47 คน ร้อยละ 56.63 เพศชาย จำนวน 36 คน ร้อยละ 43.37 ช่วงอายุส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 21.26 รายได้เฉลี่ย 9,584 บาทต่อเดือน และอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 37.35 สถานภาพ ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 42.17 และระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 33.74 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 54.22

จากการศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติพร้อมทั้งนำแนวทางปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนมาใช้ปฏิบัติต่อระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568 กับกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 12 คน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้


แนวทางการปฏิบัติการคัดแยกและให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลพนมไพร
Refer / ฉุกเฉินจากOPD
ผู้มารับบริการ
กู้ชีพนำส่ง,มาเอง
ผู้ป่วย Refer ตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งไปทำประวัติ (Identify)
ซักประวัติ/วัดVital sign /ประเมินอาการ
ฉุกเฉิน
ญาติตรวจสอบสิทธิ์ ระบุตัวบุคคล ทำประวัติ (เวชระเบียน)
ผู้ป่วยหรือญาติตรวจสอบสิทธิ์ ระบุตัวบุคคล ทำประวัติ (เวชระเบียน)
ใช่
ไม่ใช่
ผู้ป่วยฉุกเฉิน ESI 1,2,3 บริการตามความเร่งด่วน
รายงานแพทย์
ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินESI 4,5 ในเวลาราชการ>>ตรวจOPD นอกเวลาราชการ>>บริการตามลำดับ
พบแพทย์ตรวจประเมินรักษาเบื้องต้น
ส่งตรวจเพิ่มเติม
เจาะเลือด/ส่งตรวจรังสีวินิจฉัย
วินิจฉัย
ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
Admited
จำหน่าย
เกินขีดความสามารถ (Refer)
Dead
กลับบ้าน
รับยา / ชำระเงิน
รับใบนัด/คำแนะนำ
ส่งกลับ

ระยะที่ 3 การประเมินผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร

3.1 ผลการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน จากการประเมินผลการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร ด้วยแบบคัดกรองจำแนกตามระดับ ESI Level พบว่า จำนวนแบบบันทึกทางการพยาบาลที่คัดกรองถูกต้องจากกลุ่มตัวอย่าง 540 คน ในช่วงเดือนเมษายน 2568 มีความถูกต้องร้อยละ 78.88 ค่าเฉลี่ยความถูกต้องของการคัดกรองหลังพัฒนารูปแบบเท่ากับ ร้อยละ 85.93 โดยพบว่า เป็นผู้ป่วยทั่วไป (ESI level 5) ร้อยละ 17.6 ผู้ป่วยวิกฤต (ESI level 1) ร้อยละ 17.6 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI level 2) ร้อยละ 16.3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ESI level 4) ร้อยละ 16.11 และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI level 3) ร้อยละ 15.92

จำนวนแบบบันทึกทางการพยาบาลที่คัดกรองไม่ถูกต้องก่อนพัฒนารูปแบบพบ คัดแยกต่ำกว่าระดับความเร่งด่วนที่ควรจะเป็น (Under triage) ร้อยละ 11.17 หลังพัฒนารูปแบบพบว่า Under triage ลดลดเป็น ร้อยละ 4.4 ส่วนคัดแยกสูงกว่าระดับความเร่งด่วนที่ควรจะเป็น (Over triage) ก่อนพัฒนารูปแบบพบ ร้อยละ 8.63 หลังพัฒนารูปแบบพบว่า Over triage ร้อยละ 9.63

3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมการวิจัย 18 คน มีคะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อนพัฒนาเฉลี่ยอยู่ที่ 23.83 (1.80) คะแนน และหลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 26.55 (0.95) คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 25 คะแนน และสูงสุดที่ 28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และพบว่าบุคลากรทั้ง 2 วิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังพัฒนาไม่ต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน

กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน		n	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
			Mean(SD.)	Mean(SD.)
วิชาชีพ	พยาบาลวิชาชีพ (RN)	15	24.00(1.93)	26.67(1.01)
	เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (AEMT)	3	23.00(0.00)	26.00(0.00)
ประสบการณ์ในการทำงาน				
	น้อย (<1-4 ปี)	6	22.0(0.57)	25.83(0.37)
	มาก (5-9 ปี)	2	23.5(0.50)	26.0(0.00)
	มาก (10 ปีขึ้นไป)	10	25.00(1.48)	27.10(0.94)

3.3 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (บุคลากร) จากบุคลากร 18 คนที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ พบว่า ระดับความพึงพอใจมากที่สุดในประเด็นต่างๆ ดังนี้ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เป็นประโยชน์ต่อการคัดแยกครอบคลุมเหมาะสม รองลงมาคือ ความเหมาะสมในการนำมาใช้ ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และความพึงพอใจต่อรูปแบบในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	1(5.56)
	หญิง	17(94.44)
อายุ	21 – 30 ปี	3(16.67)
	31 – 40 ปี	11(61.11)
	41 – 50 ปี	4(22.22)
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ	15(83.33)
	เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน	3(16.67)
วุฒิการศึกษา	ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1(5.56)
	ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	17(94.44)
ประสบการณ์ในการทำงาน	น้อยกว่า5 ปี	5(27.78)
	6 – 10 ปี	4(22.22)
	10 ปีขึ้นไป	9(50.00)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

หัวข้อความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับ
1. ความเหมาะสมในการนำมาใช้ ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	4.23(0.50)	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เป็นประโยชน์ต่อการคัดแยก ครอบคลุม เหมาะสม	4.31(0.47)	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจต่อรูปแบบในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ	4.23(0.49)	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจในการปฏิบัติตาม รูปแบบในการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (ความพึงพอใจโดยรวม)	4.15(0.47)	มาก
5. เห็นความสำคัญในการใช้ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	4.08(0.64)	มาก

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร และประเมินผลรูปแบบดังกล่าว โดยเน้นที่คุณภาพการคัดแยก ทักษะของผู้ปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผลการวิจัยอภิปรายสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผล

การคัดแยกผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยความถูกต้องของการคัดกรองตลอดระยะเวลา 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 85.93 ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัญหาที่ระบุไว้ในความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ที่พบว่ามีการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดและเกิดอุบัติการณ์มากในเวรบ่ายและเวรดึก โดยข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลพนมไพรปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า Under triage และ Over triage มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยที่พบในการวิจัยครั้งนี้ การลดลงของ Under triage (เฉลี่ยร้อยละ 4.44) และ Over triage (เฉลี่ยร้อยละ 9.63) บ่งชี้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดแยก อย่างไรก็ตาม แม้ค่าเหล่านี้จะลดลง แต่ก็ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจาก Under triage อาจส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการรักษาล่าช้าและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ในขณะที่ Over triage อาจทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรและเกิดความแออัดโดยไม่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมยุรี มานะงาน[13] ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการคัดแยกที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย และงานวิจัยของนิตยา ขอนพิกุล และคณะ[14] ที่พบว่าแนวทาง MOPH ED TRIAGE ช่วยเพิ่มคุณภาพการคัดแยกให้ถูกต้องมากขึ้น การจำแนกตาม ESI level พบว่า ESI level 5 มีความถูกต้องสูงสุดเฉลี่ยร้อยละ 20 ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอาการไม่ซับซ้อนและประเมินได้ง่ายกว่า

2. ทักษะการปฏิบัติงานและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 23.83 คะแนน และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อรูปแบบการพัฒนาการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นในรูปแบบที่นำมาใช้ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการที่ให้ “ควรทบทวนความรู้ทักษะปฏิบัติอย่างน้อยปีละครั้ง” สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า “ประสบการณ์และความรู้ที่แตกต่างกันของพยาบาลส่งผลต่อความถูกต้องและความสม่ำเสมอในการคัดแยกผู้ป่วย” และ “การทบทวนการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการคัดแยกไม่สม่ำเสมอ” รวมถึง “เจ้าหน้าที่มีการหมุนเวียนมา Triage จึงเกิดความคลาดเคลื่อน” ปัญหาเหล่านี้เน้นย้ำว่าแม้บุคลากรจะมีความพึงพอใจ แต่การฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง คุณสมบัติของพยาบาลคัดกรองที่ดีจำเป็นต้องมีประสบการณ์และได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางเพื่อให้การประเมินและการตัดสินใจถูกต้อง

3. ความพึงพอใจ ปัญหา และข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ แม้จะมีการพัฒนารูปแบบการคัดแยก แต่ข้อมูลจากผู้รับบริการยังคงระบุถึง ปัญหาหลักคือความล่าช้าในการให้บริการ ระยะเวลารอคอยที่ไม่ชัดเจน และการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องผู้ป่วยไม่ทราบว่าอาการของตนอยู่ในกลุ่มสีใด ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ[15] ที่พบการร้องเรียนบ่อยครั้งเกี่ยวกับระยะเวลารอคอยนาน นอกจากนี้ ผู้รับบริการยังพบปัญหาด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งรอไม่เพียงพอ ห้องน้ำไม่สะอาด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจโดยรวม แม้การคัดกรองที่รวดเร็วจะช่วยลดเวลารอคอย แต่งานวิจัยของภาสินี คงเพ็ชร์[16] ชี้ให้เห็นว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการยังคงอยู่ในระดับต่ำ ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการเน้นย้ำความสำคัญของการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการให้ข้อมูลที่ชัดเจน เช่น การอธิบายกระบวนการฉุกเฉิน การประชาสัมพันธ์ การมีจอแสดงคิวพร้อมสถานะและสี รวมถึงการจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินให้เหมาะสม โดยอาจรักษาเบื้องต้นและแนะนำให้มารับบริการในเวลาราชการ เพื่อลดความแออัดและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินจริง นอกจากนี้ การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เพิ่มเปลและรถเข็น และปรับปรุงสภาพแวดล้อมพื้นที่รอคอยให้เหมาะสมก็เป็นสิ่งสำคัญ การให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ดีเป็นหนึ่งในประโยชน์หลักของการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติได้

4. ปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงลึกจากผู้ปฏิบัติงาน ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงานได้ยืนยันปัญหาหลาย

ประการที่ระบุไว้ก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะเรื่องความแตกต่างของความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล การขาดการทบทวนความรู้ และการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ที่ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมากที่มารับบริการนอกเวลาทำการ และข้อจำกัดของจำนวนแพทย์ที่ตรวจนอกเวลา ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการ จัดอบรมความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง การชี้แจงระดับความเร่งด่วนและระยะเวลารอคอยให้ผู้รับบริการทราบ และการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งระบบ การนำเสนอแนวคิดเรื่องการมีจอทีวีแสดงสถานะผู้ป่วยและคิวเป็นวิธีการสื่อสารที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการบริหารจัดการผู้ป่วยนัดและผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินให้แยกจากจุด ER เพื่อลดความแออัดและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินจริง

โดยสรุป รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นนี้ได้แสดงผลลัพธ์เชิงบวกในด้านความถูกต้องของการคัดแยกและทัศนคติที่ดีของบุคลากร อย่างไรก็ตาม ความท้าทายยังคงอยู่ที่การรักษาระดับทักษะของบุคลากร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการ และการจัดการทรัพยากร รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม การแก้ไขประเด็นเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้โรงพยาบาลพนมไพรสามารถให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และสร้างความประทับใจให้แก่ผู้รับบริการได้อย่างยั่งยืน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของงานวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่พัฒนารูปแบบจากปัญหาจริงในหน่วยงาน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรและสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. บูรณาการแนวคิดเชิงประจักษ์กับระบบคัดแยกระดับประเทศ ส่งผลให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับบริบทบริการสุขภาพ

3. ประเมินผลหลายมิติ ทั้งความถูกต้องของการคัดแยก ทักษะผู้ปฏิบัติงาน และความพึงพอใจ

4. ผลการพัฒนาชัดเจน Under triage ลดลง ทักษะบุคลากรเพิ่มขึ้น และผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนา

5. รูปแบบที่พัฒนามีศักยภาพขยายผลสู่โรงพยาบาลระดับเดียวกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว จึงอาจจำกัดการอ้างอิงทั่วไป

2. ระยะเวลาศึกษาสั้น เก็บข้อมูลเพียง 6 เดือน ควรติดตามผลระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืน

3. กลุ่มตัวอย่างน้อยและเลือกเฉพาะเจาะจง อาจเกิดอคติ ควรขยายผลในหลายโรงพยาบาล

4. ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ควรวิเคราะห์ปัจจัยอื่นที่อาจมีผลร่วม เช่น แรงจูงใจหรือระบบสนับสนุน

5. ข้อมูลสถิติบางส่วนยังไม่ละเอียดควรแสดงแนวโน้มรายเดือนหรือแยกตามระดับความเร่งด่วน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรประกาศใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนนี้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน และจัดให้มีระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) สำหรับพยาบาลใหม่หรือผู้มีประสบการณ์น้อยในการปฏิบัติงานที่จุดคัดกรอง

2) ควรมีการฝึกอบรมทักษะการคัดกรองอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อทบทวนความรู้และรักษามาตรฐานสมรรถนะของบุคลากร

3) ควรพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ ป้ายนิเทศ และจอแสดงคิวที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจระบบการคัดแยกและลำดับความเร่งด่วน

4) ควรจัดให้มีการประเมินซ้ำ (Re-triage) เป็นระยะสำหรับผู้ป่วยที่รอคอยนาน เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการ

5) ควรพิจารณาจัดช่องทางบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอกเวลาที่มีอาการไม่รุนแรง

เพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการพัฒนาและประสิทธิผลของรูปแบบการคัดแยก

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการคงไว้ซึ่งทักษะการคัดแยกที่มีคุณภาพของบุคลากร

3) ควรพัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วย และศึกษาประสิทธิผลของการนำเทคโนโลยีมาใช้

4) ควรศึกษาผลของการพัฒนาระบบการคัดแยกต่อระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการในเชิงลึกมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมไพร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ และขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พนอ เตชะอธิก, ปริวัฒน์ ภู่เงิน. กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน. ใน: ธูปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปริวัฒน์ ภู่เงิน, บรรณาธิการ. Essential knowledge in emergency care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานา; 2557.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED TRIAGE. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์; 2561.
3. โรงพยาบาลพนมไพร. ศูนย์ข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลพนมไพร. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลพนมไพร; 2568.
4. โรงพยาบาลพนมไพร. รายงานสถิติและความเสี่ยงประจำวันแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลพนมไพร; 2568.
5. โรงพยาบาลพนมไพร. รายงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปี พ.ศ. 2565-2568. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลพนมไพร; 2568.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
7. Soukup M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
8. Soukup S M. Evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. In: Soukup S M, Beason C F, editors. Nurs Clin North Am. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 301-9.
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางการแพทย์และสาธารณสุข. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
10. โรงพยาบาลพนมไพร. แฟ้มมอบหมายงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลพนมไพร; 2568.
11. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.
13. มยุรี มานะงาน. ผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(3):54-64.
14. นิตยา ขอนพิกุล, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์, สัณหวัช ไชยวงศ์. ผลของการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE ต่อคุณภาพการคัดแยก ระยะเวลารอคอย

ของผู้รับบริการและความพึงพอใจของพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. พะเยา: โรงพยาบาลดอกคำใต้; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค. 6]. เข้าถึงได้จาก: http://203.209.96.243/health/web/images/ผลงานวิชาการนิตยา.pdf

15. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, ลีนีนุช ชัยสิทธิ์, อนุชา เศรษฐเสถียร. การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(2):96-108.
16. ภาสินี คงเพ็ชร์. ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย [รายงานวิจัย]. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเกาะสมุย; 2557.

พิมพ์ที่โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม