วารสาร
วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404

ปีที่ 7 ฉบับเพิ่มเติม 1 (มกราคม - เมษายน 2569)
Vol.7 (Supplement 1) (January - April 2026)

Journal of Research and Health Innovative Development
วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

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 :

นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์กิตติศักดิ์ พนมพงศ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประจวบ จำลองเพ็ง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) 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 ซิมเมอร์มันน์	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
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวชลลดา พลนาคู	นักสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวาภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 114 โทรสาร 0-4351-1087

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ

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

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

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

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

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 11
Development of care models for HIV/AIDS patients in Ruamnamjai Clinic Phlabplachai Hospital Buriram
วิจิตรา อุดมศิลป์

ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีกายภาพบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงรายข้อดัชนี Barthel ADL ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดยโสธร 29
Effects of Physical Therapy on Item-by-Item Changes in Barthel ADL Index Among Stroke Patients in Yasothon Province
วชิราภรณ์ เสนาราษฎร์

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงในโรงพยาบาลอาจสามารถ 45
The Effects of a Motivation Enhancing Program on Preterm Birth Prevention Behavior and Preterm Birth Rates for Pregnant Women at Risk in At Samat Hospital
ทักษภร โปร่งสูงเนิน

การประเมินผลยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 61
Evaluation of the Health Promotion Strategy according to the Age Groups of Roi Et Provincial Public Health Office
ประภาศรี ทุมะลา

ผลการประเมินการใช้นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น 76
Results of the Policies Promoting Use of Herbal Medicine in Hospitals under the Khon Kaen Provincial Public Health Office
สุกุลยา กิตติโพวานนท์, วีระวรรณ เหล่าวิทวัส

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 93
Development of a Home-Based Continuing Care Model for Patients with Diabetes Mellitus at Chaturaphak Phiman Hospital
พัชชรี เกษแก้ว

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง 105
Development of a Long-Term Healthcare System for Elderly Individuals with Dependency through Community Participation, Phon Thong Hospital
พิทักษ์ โสนะชัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดของผู้ป่วยในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู โดยชุมชนเป็นฐาน ตำบลบ้านเสียว อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม 121
Factors Affecting Treatment Cooperation among Patients in a Community-Based Drug Rehabilitation Program, Ban Siao Sub-district, Na Wa District, Nakhon Phanom Province
ธีติภูมิ นาวานันทกุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด 130
Effectiveness of Triage Training Program for Registered Nurses in Emergency Department at Pathumrat Hospital, Roi Et Province
นงลักษณ์ สังสนา

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 141
Development of Nursing Model for Prevention of Antimicrobial Resistance Transmission at Phonthong Hospital, Roi Et Province
รัญจวน เครือวรรณ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 153
The Development of Screening Practice Guideline for Patients with Sepsis by Systemic Inflammatory Response Syndrome Score (SIRS score), Out Patient Department, Roi Et Hospital
รวิพรรณ ลาวัณย์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 168
Development of a Case Management Nursing Model to Prevent Relapse Among Substance Use Disorder Patients with Co-occurring Psychotic Disorders: An Action Research
สายทอง ราชรี

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ : กรณีศึกษา 2 ราย 183
Nursing Care for Patient with type 2 diabetes to Achieve diabetes remission through behavior modification based on health literacy: Two Case Studies
ศรีทอง อสุรพงค์

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 198
Development of service management model to reduce waiting time in outpatient department using LEAN CONCEPTS, Plapphlachai Hospital, Buriram Province
จินตนา ราชประโคน

ประสิทธิผลการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดต่อความรู้และทักษะของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 216
The Effectiveness of Clean Intermittent Self-Catheterization Education on Knowledge and Skills in Patients with Neurogenic Bladder Admitted to Roi Et Hospital
คัทรียา ชิณโย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 229
Development of Nursing Care Guidelines for Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Medical Intensive Care Unit 5, Roi Et Hospital
โสภิต อุทิศพงษ์, จารุพักตร์ สุขุมาลพิทักษ์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา 242
Nursing Care for Breast Cancer Patients Who Have Undergone Mastectomy and Received Chemotherapy: A Case Study
ปวริศา ธนโชติกรณ์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ประสิทธิผลของโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 258
Effectiveness of the “Thung Mon Kitchen, Reduce Salt, Reduce Risk” Program through Community Participation in Controlling Blood Pressure among the Pre-hypertension Group at Thung Mon Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Phanom Province
จีระนันท์ เสริฐศรี

ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 270
The results of developing care for Type 2 Diabetic Patients by using telemedicine technology in health networks plabplachai Hospital Buriram Province
สมศรี ศรีสุข

การเตรียมความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ 286
Preparedness for risk management by professional nurse in Buriram Hospital
รุจิรา แดงหมื่นไวย

ผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST Segment ยก ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ : การศึกษาย้อนหลัง 303
Result of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients Treated with Streptokinase at Yang Talad Hospital, Kalasin Province: A Retrospective Study
วัชรพล พันธุระ

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of care models for HIV/AIDS patients in Ruamnamjai Clinic Phlabplachai Hospital Buriram

วิจิตรา อุดมศิลป์*
Wijittra Udomsil
Corresponding author: Email: moochu2554@gmail.com
(Received: February 10, 2026; Revised: February 15, 2026; Accepted: March 14, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบท พัฒนาขั้นตอนและปรับปรุงกระบวนการ และประเมินผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ที่เข้ารักษาในคลินิรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 175 ราย และทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 12 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2568 - 30 กันยายน พ.ศ.2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช 0.96 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย : (1) สภาพปัญหาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มารับยาต่อเนื่อง อาคารสถานที่คับแคบ และไม่มีระบบให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน (2) รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ซักประวัติ, ประเมิน OI ตรวจร่างกาย, ส่ง CXR Lab พื้นฐาน 2. พบแพทย์/พยาบาล ให้ความรู้ ทำกิจกรรมกลุ่ม และ 3. พบเภสัชกร/พยาบาล/แกนนำ แนะนำการกินยาและปฏิบัติตัว และรับบัตรนัด ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการปรับขั้นตอนให้ทันสมัย พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบในระดับมาก และทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพบว่าทั้งผู้ป่วยและทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกมีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : นวัตกรรมจากการวิจัยนี้พิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยา ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน และทลายข้อจำกัดด้านสถานที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ด้วยอัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่สูงของบุคลากรทางการแพทย์และความพึงพอใจในระดับดีเยี่ยมของผู้รับบริการ จึงเป็นโมเดลที่ควรค่าแก่การขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่นและบรรจุเป็นนโยบายมาตรฐานในระดับองค์กร

ความสำคัญ : ภาวะ Extravasation; สารทึบรังสี; แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

Abstract

Purposes : To examine the existing problems and contextual factors, to develop and refine service procedures and processes, and to evaluate the outcomes of care for people living with HIV and patients with AIDS at Ruam Namjai Clinic, Phlabplachai Hospital, Buriram Province.

Study design : Participatory Action Research : PAR.

Materials and Methods : This study was conducted among 175 individuals living with HIV and patients with AIDS who received care during the fiscal year 2024 at the Ruam Namjai Clinic, Phlabplachai Hospital, as well as 12 members of the Clinical Patient Care Quality Improvement Team at the same hospital. Data collection was carried out between May 30, 2025, and September 30, 2025.The research instruments consisted of a structured questionnaire and an in-depth interview guide. The questionnaire demonstrated high internal consistency reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Data were analyzed using both descriptive and inferential statistics, with the level of statistical significance set at .05.

Main findings : (1) Problem Situation and Context Related to the Care of People Living with HIV. The existing problems and contextual factors related to the care of people living with HIV include poor medication adherence, irregular follow-up visits for medication refills, limited and overcrowded physical facilities, and the absence of a standardized service delivery system. (2) Model of Care for People Living with HIV and AIDS at the Ruam Namjai Clinic. The model of care for people living with HIV and AIDS at the Ruam Namjai Clinic consists of three main steps: history taking, opportunistic infection (OI) assessment, physical examination, and ordering of chest X-ray (CXR) and basic laboratory investigations; consultation with physicians or nurses, provision of health education, and participation in group activities; and consultation with pharmacists, nurses, or peer leaders to provide counseling on medication adherence and self-care practices, followed by scheduling the next appointment. Following the development and improvement of this care model, several service procedures were updated and modernized. The results indicated that nurses demonstrated a high level of compliance with the nursing practices according to the developed model. Additionally, the clinical patient care quality improvement team reported a high level of satisfaction with the implementation of the model. When comparing satisfaction levels before and after the model development, both patients and members of the clinical care quality improvement team showed increased levels of satisfaction.

Conclusion and Recommendations : The innovation developed from this research has been demonstrated to effectively enhance medication management efficiency, reduce redundant procedures, and concretely overcome limitations related to physical space. With a high level of adherence to the guidelines among healthcare personnel and an excellent level of satisfaction among service recipients, this model represents a valuable approach that should be expanded to other hospitals and integrated as a standard policy at the organizational level.

Keywords : Extravasation; Contrast Media; Nursing Practice Guidelines

---

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Phlabplachai Hospital.

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในปัจจุบันโรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งเป็นไวรัสที่ทำลาย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม หากไม่เข้ารับการรักษาหรือทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง ร่างกายไม่แข็งแรงมีโอกาสติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและถ้าหากไม่ ป้องกันสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ให้แก่บุคคลอื่นๆ และผลกระทบทางสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะ ปกปิดเป็นความลับ ไม่ให้คนอื่นทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ และเกิดการตีตราจากสังคม ทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและความสัมพันธ์ความรู้สึกไว้วางใจกับบุคคลหรือคู่สัมพันธ์คนในครอบครัว หายไป สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาตามนัดและขาดนัดทำให้การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง[1]

เนื่องจากปัญหาเอดส์มีการแพร่กระจาย ในวงกว้าง และเป็นปัญหาของไทยมาตลอด ตั้งแต่มีการพบผู้ติดเชื้อในไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 รูปแบบของการระบาดมีการเปลี่ยนแปลง จากการติดต่อทางการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน จนมีการติดเชื้อเข้าสู่ครอบครัว กลุ่มวัยรุ่นนักเรียนนักศึกษา การดำเนินการแก้ไขจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอด ประเทศไทยมีการพัฒนาแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2535-2539 เป็นฉบับแรก และดำเนินการต่อเนื่องทุก 5 ปี สอดรับตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาเป็นลำดับ[2] ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยปัจจุบัน มีระยะเวลาการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2573 โดยมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศไทย 20 ปี และพันธะสัญญา นานาชาติที่จะร่วมกัน หยุดยั้งการระบาดของเอชไอวีไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุข ภายในปี ค.ศ. 2030 หรือปี พ.ศ. 2573 ยุทธศาสตร์ นี้มีเป้าหมายหลัก 3 ประการคือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกินปีละ 1,000 ราย, ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหลือไม่เกินปีละ 4,000 ราย และ ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90

รายงานสถานการณ์การระบาดเอชไอวีในประเทศไทยว่า ปี พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 580,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 474,675 คน ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 12,000 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,100 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งคนไทยยังมีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 27.9 % กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา โดยมีเป้าหมายลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่ให้เกิน 1,000 คนต่อปี ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ไม่เกิน 4,000 รายต่อปี และลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง เหลือไม่เกินร้อยละ 10 จากการคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยในปี พ.ศ.2564 คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,500 คน/ปี (เฉลี่ย 18 คน/วัน) ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 9,300 ราย/ปี (เฉลี่ย 26 ราย/วัน) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 520,000 คน โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 97 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน นอกจากนี้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ในปี พ.ศ.2562 พบว่า คนไทยมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 26.7 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ.2573 ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกันและการดูแลรักษา[3]

โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีการให้บริการคลินิกให้ยาต้านต้านไวรัส ภายใต้ชื่อคลินิกรวมน้ำใจ จากรายงานประจำปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า ผู้รับบริการที่รับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 163, 171, 175 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 3, 6, 2 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2, 2, 4 คน ตามลำดับ

ซึ่งเปิดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ของเดือน เวลา 08.00-12.00 น. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) โดยทีมสหวิชาชีพทางด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์และผู้ช่วยเหลือคนไข้[4] หลังจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ป่วยเอดส์และเอชไอวีทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาใน โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วย เพื่อบันทึกรายงานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์และเอชไอวี เพื่อรายงานการรักษาและรับการชดเชยยาต้านไวรัสจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้มีระบบประสานทีมแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ ผ่านระบบใบ Refer และแอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตฐานอย่างครอบคลุม ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังเป็นเพียงข้อมูลเชิงสถิติของจำนวนผู้รับบริการ ผู้ป่วยรายใหม่ และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งยังไม่สะท้อนประสิทธิผลของระบบการดูแลรักษาในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลอย่างชัดเจน ยังขาดการศึกษาที่มุ่งประเมินหรือพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในด้านการจัดระบบบริการ การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงช่องว่างในการศึกษาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ขั้นตอนการปฏิบัติงานภายในองค์กรมีระบบนำไปสู่การพัฒนาระบบการบริการของแผนกผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาขั้นตอน และประเมินผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านประชากร ตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมารณ พ.ศ.2567 ที่เข้ารักษาในคลินิรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 175 ราย และกลุ่มที่ 2 ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลประจำคลินิก 2 คน เจ้าหน้าที่งานชันสูตร 1 คน เภสัชกร 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พยาบาลให้คำปรึกษา 6 คน รวม 12 คน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือกระบวนการในการพัฒนาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Dept Interview Group) ใช้กับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน เช่น การประชุม การทบทวนปัญหาการวิเคราะห์สภาพปัญหาในมิติต่างๆ การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ โดยลักษณะของคำถามแล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสมและตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของ Parasurama et al.[5] ในการสร้างเครื่องมือ จำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

1.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ มีรายละเอียดดังนี้ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นประเด็นคำถามด้านการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพัฒนารูปแบบดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปปริมาณ ในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดไว้ 2 ส่วนด้วยกัน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 1) พบเจ้าหน้าที่คัดกรองลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน 2) ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง 3) จุดซักประวัติผู้ป่วย 4) รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด 5) รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ 6) พบพยาบาลหลังเจาะเลือด 7) รับการตรวจจากแพทย์ 8) พบพยาบาลหลังจากแพทย์ 9) ตรวจชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และ 10) รับยากลับบ้าน ให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระและส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และอาชีพ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) และ ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired Sample -test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปแล้วแยกเป็นหมวดหมู่ เพื่อสรุปประเด็นเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ข้อมูลและชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และ

ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถ สื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2025-045 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 37.06 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานเฉลี่ย 14 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=12)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	16.7
	หญิง	10	83.3
อายุ (ปี)		Mean(SD.) : 37.06(5.42)	
ระดับการศึกษาสูงสุด	ปวส.)/อนุปริญญา	1	8.3
	ปริญญาตรี	10	83.4
	ปริญญาโท	1	8.3
ตำแหน่งงาน	แพทย์	1	8.3
	เภสัชกร	1	8.3
	พยาบาลวิชาชีพ	8	66.8
	นักเทคนิคการแพทย์	1	8.3
	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	8.3
ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน		Mean(SD.) : 14.00(6.84)	

1.1 สภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

1) ผลการให้คะแนนสภาพการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ คะแนนเต็ม 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 50.0 (6 คน) ให้คะแนน 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 25.0 (3 คน) ให้คะแนน 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 25.0 (3 คน) ผลการศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีรายละเอียดดังนี้

(1) ข้อดีของสภาพการณ์การดูแลรักษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบเดิม พบว่า จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับข้อดีของสภาพการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบเดิม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 คน (ร้อยละ 25) ที่กล่าวถึงข้อดีของรูปแบบเดิมว่า มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน พร้อมทั้งมีการจัดทาเป็นรูปเล่มแจกจ่ายให้แต่ละหน่วยงาน เจ้าหน้าที่มีความพยายามที่จะนามาปรับใช้ มีการติดตามการดำเนินงาน ติดตามตัวชี้วัดและการรายงาน พร้อมนิเทศปีละ 1 ครั้งจากทีมระดับจังหวัด

"...เราก็มีแนวทางนะทีมคลินิกนำมาให้ที่หน่วยงาน..." (N3)

"...พยาบาลก็มีความพยายามที่จะประเมิน คัดกรองให้ค่ะ..."(N3)

"...การใช้ CPG เข้ามาจับทำให้ การดำเนินงานอาจจะได้เร็วขึ้น เป็นการสื่อสารผมว่าดี ในการประสานระหว่างหน่วยงาน..." (D)

"...ก็ดีครับ ผมมองว่าการใช้ CPG เป็นตัวเตือนให้ประสานงาน หมอต้องมีAction ถ้าระบุรายละเอียดข้อมูลก็ดี ละเอียดขึ้น..."(D)

"...ทีมเครือข่ายดูแลการดำเนินงาน HIV จังหวัดมาตรวจเยี่ยม ติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัดทุกปี..."(N2)

2) ปัญหา อุปสรรคของสภาพการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีดังนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่า แนวปฏิบัติกว้างเกินไป ไม่เฉพาะเจาะจง ยังขาดความชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันไม่เข้าใจว่าจะเขียนอะไร ไม่มั่นใจในการใช้และปฏิบัติไม่เหมือนกัน แนวปฏิบัติไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษา พบว่า ถึงแม้งานผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ ได้นำนโยบายและแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ลงสู่หน่วยงานในโรงพยาบาล แต่ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รู้สึกว่ายังขาดความชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันและปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

(1) การประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ติดเชื้อ มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ไม่มีเครือข่ายการทำงานให้ความรู้ เพิ่มเติมสร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารในกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง
- ช่องทางการประชาสัมพันธ์ยังมีน้อย ไม่หลากหลาย ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"...ไม่รู้จะมีการประสานงานไปหน่วยงานอื่นยังไงเลยไม่ได้ทำ..." (N1)

"...มีสื่อให้ความรู้ แต่ไม่รู้จะไปให้สุขศึกษาที่ไหน เช่น ไม่มีช่องทาง หรือมีแค่ FaceBook โรงพยาบาล ไม่รู้กลุ่มเสี่ยงจะเข้าถึงได้ไหม..." (N3)

(2) การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยา มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ด้านการนัด ไม่มีแนวทางการติดตามเมื่อไม่มาตามนัด ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...เคยเจอผู้ป่วยมาผิดนัด แต่ไม่รู้จะจัดการยังไง โดยที่ผู้ป่วยก็ไม่ได้บอกแต่แรก ต้องหาวิธีจัดการเอง...." (N3)

(3) การประเมิน Adherence โดยเภสัชกร เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ยังไม่มีการส่ง Consult HIV Expert และปรับเปลี่ยน สูตรยา ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...บางคนลงข้อมูลเป็นวินิจฉัยโรค บางคนไม่ลงรายละเอียดเลยไม่รู้จะดำเนินการอย่างไรต่อ..." (N3)

"...บางคนไม่เขียนรายละเอียดการประเมิน Adherence..." (N5)

(4) การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพลับพลาชัย มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- การจัดคิวไม่เป็นระเบียบ
- ผู้ให้บริการเสียงเบา

- ผู้ป่วยขาดนัดยังไม่มีแนวทางการติดตามที่ชัดเจน ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...บางคนไม่ได้เขียนคิว ให้บริการ หรือบางคนลัดคิวก็มี..." (N4)

"...บางคนพูดเสียงเบา คนไข้ไม่ได้ยินเสียง จึงทำให้หลุดคิวไป..." (N4)

"...จากการทบทวนการซักประวัติดูแลผู้ป่วยขาดการ Monitor ที่ต่อเนื่อง ซักประวัติโดยการ Coppy visit เดิม..." (N3)

(5) ผู้รับผิดชอบหลัก มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- แกนนำ มีน้อยดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทไม่ชัดเจนขาดทักษะ และ องค์ความรู้

- มีคนเดียวส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีการสำรอง ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...ผู้รับผิดชอบงานหลัก มีภาระงานซ้ำซ้อน ส่งผลให้ขาดการทบทวนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่งผมให้ไม่มีการดำเนินงานติดตามต่อเนื่อง..." (N1)

(6) ครอบครัว/ชุมชน มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ครอบครัว/ ชุมชน สังคมตีตราไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...ยังไม่มีเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงาน HIV ที่จริงจัง..." (N4)

"...ประชาชนบางคนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย..." (N2)

(7) กระบวนการดูแลผู้ป่วย มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ทีมพี่เลี้ยงขาดองค์ความรู้พื้นฐาน/เชิงลึกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...พบกระบวนการที่เป็นขั้นตอนไม่ปัจจุบัน..." (L)

"...มีการใช้กระบวนการตามขั้นตอน ทุกคนไหม..." (L)

"...เคยมีคนมีการดำเนินการลัดขั้นตอน..." (N2)

"...ที่เคยปฏิบัติมาเมื่อก่อนไม่ใช่แบบนี้ แต่เมื่อมีผู้รับผิดชอบหลัก ก็ไม่ได้ตามต่อ..." (N2)

(8) CPG ในการปฏิบัติงาน มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- CPG ในการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...ไม่มีแนวปฏิบัติในการบันทึกเคส และการรายงานแพทย์ที่ชัดเจน เมื่อผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่ คนอื่นบันทึกแทนไม่เหมือนกัน สับสนในการดำเนินงาน..." (N2)

(9) สิ่งแวดล้อมและสถานที่

- การจัดโซนบริการไม่เหมาะสม คับแคบ

"...ไม่มีการแยกโซนผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้คลินิกคับแคบ..." (N2)

2. จากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มโดยทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ได้คัดเลือกประเด็นปัญหาคือ การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีประเด็นในการสนทนากลุ่มประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบกับแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นไปใช้ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ประเด็นเรื่องผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยังไม่เปิดเผยสถานะการเจ็บป่วย ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวโรคที่เป็นอยู่ มีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ไม่มารับยาตามนัด มารับยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอ รูปแบบการดูแลครั้งนี้จะมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกรวมน้ำใจรายบุคคล

2. ประเด็นอาคารสถานที่ พบว่า มีความแออัดในการให้บริการ ไม่มีพื้นที่ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ไม่สะดวกในการมารับบริการ ที่นั่งไม่เพียงพอ จึงได้ทำการย้ายคลินิกจากแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ตึกคลินิก NCD ซึ่งไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว คนไม่พลุกพล่าน มีห้องตรวจที่มิดชิดมีพื้นที่เพียงพอเป็นสัดส่วนสาหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่และบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย

3. ประเด็นด้านระบบการให้บริการ พบว่า ประเด็นด้านระบบการให้บริการพบว่าความยุ่งยาก หลายขั้นตอนดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจะต้องมายื่นบัตรกดบัตรคิวมาที่คลินิกรวมน้ำใจ ที่ฝ่ายเวชระเบียน ชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิตที่จุดคัดกรอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะนั่งรอซักประวัติที่หน้าห้องตรวจ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกพยาบาลประจำคลินิกจะทำการซักประวัติ พร้อมทั้งส่ง CXR เพื่อคัดกรองวัณโรคตามเกณฑ์ ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ส่งเจาะเลือดที่กลุ่มงานปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องเบอร์ 10 ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 – 2564 หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมีโรคร่วมก็สามารถพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสมก่อนพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและพบแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษาออกใบนัดรับยาที่กลุ่มงานเภสัชกรรม สุดท้ายแล้วส่งไปคิดค่าใช้จ่ายที่การเงิน พร้อมทั้งนำประวัติการรักษามาคืนที่คลินิกก่อนกลับบ้าน ซึ่งจากรูปแบบการดูแลแบบเดิมมีหลายขั้นตอนและต้องเข้ารับบริการในหลายจุด ดังนั้นในรูปแบบการดูแลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรวมน้ำใจ จึงได้จัดให้มีการบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) มีการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi–disciplinary team) ผู้ป่วยสามารถพบเจ้าหน้าที่ที่แพทย์มอบหมายให้ดูแลแทน (Task shifting) ได้ในกรณีอาการคงที่ และมีการตรวจรักษาโดยแพทย์ในรายที่อาการผิดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและแผนการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
1. การประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ติดเชื้อยังมีน้อยมีช่องทางไม่หลากหลาย	- สร้างเครือข่ายการทำงานให้ความรู้เพิ่มเติม - สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารในกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
2. การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลัง รับยาต้านการนัด การติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
3. วินัยการกินยาของผู้ป่วย มีการประเมิน Adherence โดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง, กรณีมีผลดื้อยา (DR) ยังไม่มีการส่ง Consult HIV Expert และปรับเปลี่ยนสูตรยา	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล - จัดทำแนวทางปฏิบัติ กรณีรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

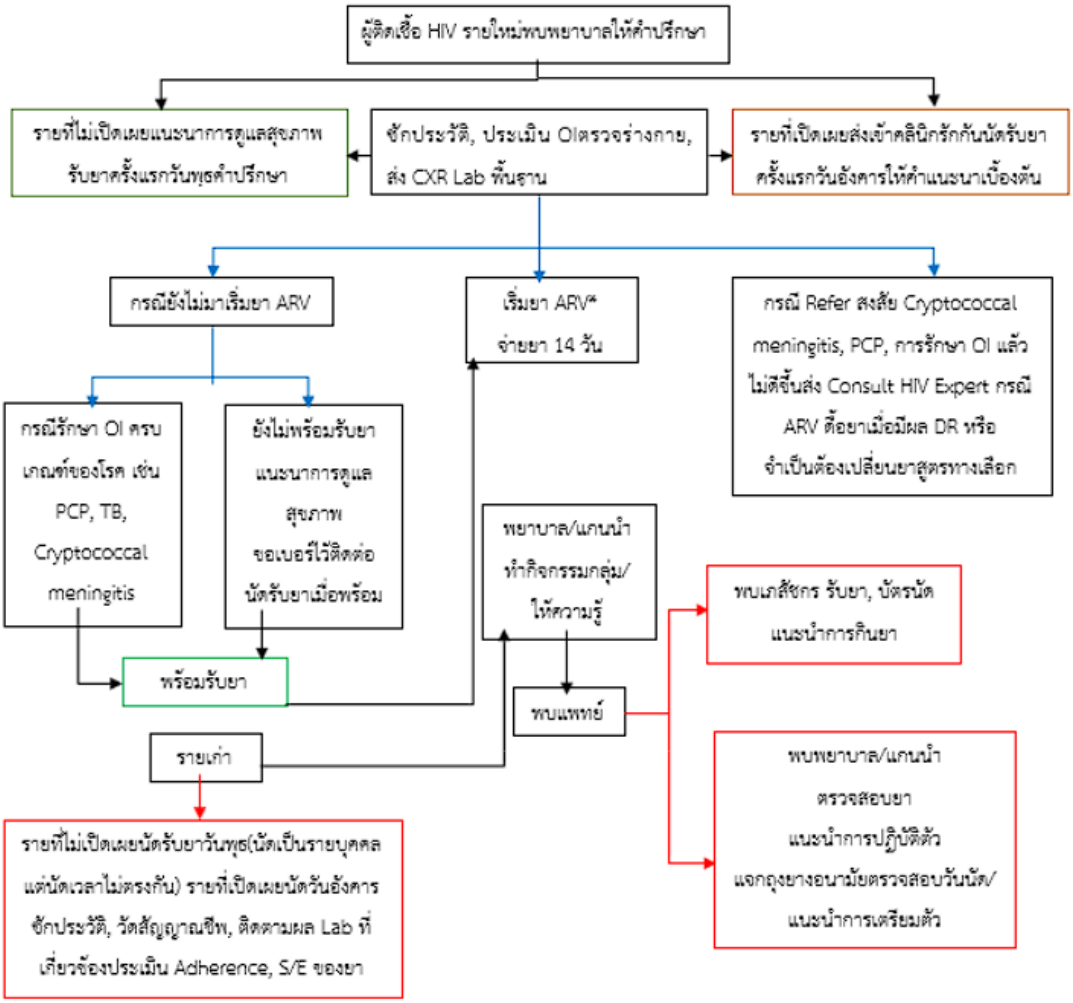
ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
4. การบริการ - การจัดคิวไม่เป็นระเบียบ - ผู้ให้บริการเสียงเบา - ผู้ป่วยขาดนัดยังไม่มีแนวทางการติดตามที่ชัดเจน - ผู้ป่วย ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์ - ทานยาไม่สม่ำเสมอ, ไม่ตรงเวลา การเสริมทักษะวินัยการกินยาของผู้ป่วย มีการแนะนำเป็นรายบุคคลยังไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม	- ปรับขั้นตอนการจัดคิวให้เป็นระบบจัดหาไมโครโฟน ในจุดบริการและจุดจ่ายยา - จัดทำแนวทางและเกณฑ์การติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันอย่างชัดเจนร่วมกับกลุ่มภูผาเหล็กในผู้ป่วยรายที่ยินดีให้ติดตามเยี่ยม หากมีรายที่ไม่สะดวกให้เยี่ยมทำข้อตกลงเป็นรายๆ ไป - ด้านความรู้และมีวินัยในการกินยา บูรณาการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ และเน้นให้เห็นความสำคัญและผลดีต่อสุขภาพของการมาตามนัด	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
5. แกนนำ มีน้อยดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทไม่ชัดเจนขาดทักษะ และ องค์ความรู้	- ปรับโครงสร้างกลุ่มและคัดเลือกแกนนำเพิ่ม พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มแกนนำ และติดตามประเมินคุณภาพ รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงช่วยแก้ไขปัญหา	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
6. ครอบครัว/ ชุมชน สังคมตีตราไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร	- ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เห็นประโยชน์ของการค้นหาและกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
7. ทีมพี่เลี้ยงขาดองค์ความรู้พื้นฐาน/เชิงลึกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย	- อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
8. CPG ในการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับสถานการณ์	- ผู้รับรับผิดชอบหลักประสานเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน - ปรับ CPG ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
9. สิ่งแวดล้อมและสถานที่ การจัดโซน	- ประชุมคณะกรรมการบริหาร	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
บริการไม่เหมาะสม คับแคบ	เพื่อปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	/ทีมพัฒนาคุณภาพ
10. ผู้รับผิดชอบหลักมีคนเดียว และมอบหมายฝากงานให้ผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทำงานแทน และทั้ง 2 ราย ไม่เคยผ่านการอบรมทำให้เข้าใจไม่ชัดเจนในระบบการให้บริการ	- มอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักและรอง พร้อมวางแผนส่งเข้ารับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ (เสนอในแผนพัฒนาบุคลากร ระยะ 3 ปี)	การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีการแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก แต่ละขั้นตอนมีการระบุแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมีรายละเอียดของการปฏิบัติ มีการระบุเกณฑ์และช่วงเวลาในการปฏิบัติ อาทิ เช่น ติดตามผล Lab ที่เกี่ยว ข้องประเมิน Adherence, S/E ของยา ตรวจสอบยา แนะนำการปฏิบัติตัว แจกถุงยางอนามัย ตรวจสอบวันนัด/แนะนำการเตรียมตัว ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Flow chart ระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ

3. ประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 61.0 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็น ร้อยละ 44.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 83.0 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 79.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.2 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.6 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (n=59)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	36(61.0)
	หญิง	23(39.0)
ช่วงอายุ (ปี)	21 – 30 ปี	5(8.4)
	31 – 40 ปี	26(44.0)
	41 – 50 ปี	22(37.2)
	51 – 60 ปี	6(10.4)
(Mean= 38.15, SD. = 6.743, Min = 26, Max = 58)		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	2(3.4)
	มัธยมศึกษา	49(83.0)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8(13.6)
รายได้ (บาท/เดือน)	น้อยกว่า 10,000	7(12.0)
	10,001 – 20,000	47(79.6)
	มากกว่า 20,000	5(8.4)
สถานภาพสมรส	โสด	19(32.2)
	คู่	32(54.2)
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8(13.6)
อาชีพ	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	24(40.6)
	รับจ้าง	15(25.4)
	ค้าขาย	8(13.6)
	เกษตรกรรม	7(12.0)

1. ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.2 หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย (n=59)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา จำนวน(%)	หลังการพัฒนา จำนวน(%)
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย		
ปานกลาง	20(33.8)	10(17.1)
มาก	22(37.2)	24(40.6)
มากที่สุด	17(29.0)	25(42.3)

ระดับความพึงพอใจของของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.58 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 1.02 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลังการเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย (n=59)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
คะแนนความพึงพอใจ				<.001
ก่อนพัฒนา	3.58(0.23)	1.02	0.99, 1.05	
หลังพัฒนา	4.60(0.21)			

2. ความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 หลังการทดลองพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.3 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=12)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%))
ตัวแปรความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพฯ		
รระดับปานกลาง	5(41.7)	2(16.6)
ระดับมาก	6(50.0)	7(58.3)
ระดับมากที่สุด	1(8.3)	3(25.1)

ระดับความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.63 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 1.01 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
คะแนนความพึงพอใจ				<.001
ก่อนพัฒนา	3.62(0.30)	1.01	0.90, 1.11	
หลังพัฒนา	4.63(0.22)			

วิจารณ์

แนวปฏิบัติการพยาบาลติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า แนวปฏิบัติไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลปฏิบัติไม่เหมือนกัน การสื่อสารและการสร้างความเข้าใจในแนวทางดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าการสื่อสารแนวปฏิบัติไม่ทั่วถึง ตลอดจนการสร้างความเข้าใจร่วมกันให้ผู้ปฏิบัตินำไปปฏิบัติได้และรายละเอียดในการนำไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจน และการกำกับติดตามประเมินอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ขาดความต่อเนื่องในการประเมิน ติดตาม อาการผู้ป่วยตามช่วงเวลาพยาบาลไม่มั่นใจในการปฏิบัติ

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประเด็นเรื่องผู้ป่วย 2) ประเด็นอาคารสถานที่ และ 3) ประเด็นด้านระบบการให้บริการ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วยแนวปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมทั้งได้พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพลับพลาชัย ดังนี้ 1) ประเด็นเรื่องผู้ป่วย ผู้ป่วยยังไม่เปิดเผยสถานะการเจ็บป่วย ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวโรคที่เป็นอยู่ มีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมไม่มารับยา

ตามนัด มารับยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอ รูปแบบการดูแลครั้งนี้จะมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกรวมน้ำใจรายบุคคล 2) ประเด็นอาคารสถานที่มีความแออัดในการให้บริการ ไม่มีพื้นที่ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ไม่สะดวกในการมารับบริการ ที่นั่งไม่เพียงพอ จึงได้ทำการย้ายคลินิกจากแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ตึกคลินิก NCD ซึ่งไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว คนไม่พลุกพล่าน มีห้องตรวจที่มิดชิดมีพื้นที่เพียงพอ เป็นสัดส่วนสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่ และบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย และ 3) ประเด็นด้านระบบการให้บริการ ประเด็นด้านระบบการให้บริการพบว่าความยุ่งยาก หลายขั้นตอน ดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจะต้องมายื่นบัตร กดบัตรคิวมาที่คลินิกรวมน้ำใจที่ฝ่ายเวชระเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตที่จุดคัดกรอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะนั่งรอซักประวัติที่หน้าห้องตรวจ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกพยาบาลประจำคลินิกจะทำการซักประวัติ พร้อมทั้งส่งCXR เพื่อคัดกรองวัณโรคตามเกณฑ์ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ส่งเจาะเลือดที่กลุ่มงานปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องเบอร์ 10 ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทยปี พ.ศ.2563 – 2564 หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมีโรคร่วมก็สามารถพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่นๆ ได้ตามความเหมาะสมก่อนพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและพบแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษาออกใบนัด รับยาที่กลุ่มงานเภสัชกรรม สุดท้ายแล้วส่งไปคิดค่าใช้จ่ายที่การเงิน พร้อมทั้งนำประวัติการรักษามาคืนที่คลินิกก่อนกลับบ้าน ซึ่งจากรูปแบบการดูแลแบบเดิมมีหลายขั้นตอน และต้องเข้ารับบริการในหลายจุด ดังนั้นในรูปแบบการดูแลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรวมน้ำใจจึงได้จัดให้มีการบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) มีการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi–disciplinary team) ผู้ป่วยสามารถพบเจ้าหน้าที่ที่แพทย์มอบหมายให้ดูแลแทน (Task shifting) ได้ในกรณีอาการคงที่ และมีการตรวจรักษาโดยแพทย์ในรายที่อาการผิดปกติ

ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย และมีการสื่อสารและสร้างความเข้าใจถึงแนวการปฏิบัติ ตลอดจนการได้ฝึกทักษะการใช้แนวทางในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยและเครื่องมือในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ในหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการประสานงานที่นำไปปฏิบัติเพื่อให้สะดวกและเหมาะสมในการปฏิบัติมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติกา ชนประชา และวราลักษ์ รัตนธรรม[6] พบว่าผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวีเห็นกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการพัฒนาแนวคิดเชิงวิชาการมากขึ้น มีความเข้าใจมีเป้าหมายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกันซึ่งถ้าจะให้บรรลุเป้าหมายจะต้องมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ร่วมกันในทีมสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ และคณะ[7] ที่พบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ องค์กร สู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน และความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับมาก Mean = 4.34 (SD. = 2.15) ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เน้นการกำหนดวิธีปฏิบัติให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรชิณ[8] ที่พบว่าการมีแนวปฏิบัติทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่เกิด

การสับสนจากการปฏิบัติที่หลากหลาย ทำให้พยาบาลผู้ใช้รูปแบบมีความเชื่อมั่นว่าสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาล มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันฝึกทักษะปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ และมีกระบวนการติดตามประเมินผลการประเมินผู้ป่วย ปรับปรุงกระบวนการให้สะดวกในการประเมินและการลงบันทึกทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการที่เหมาะสมทันเวลาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี จันธิมา และคณะ[9] มีนโยบายที่ชัดเจนในการบริหารและดำเนินการพัฒนาระบบการจัดบริการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับการดูแลและช่วยเหลือในทุกกิจกรรมที่เป็นไปตามบริบทของสถานบริการสุขภาพที่จัดให้และทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับมาก

งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดเด่นที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะการเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งมีความเหมาะสมอย่างยิ่งกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบระบบร่วมกันนั้น ช่วยให้การพัฒนารูปแบบการดูแลสะท้อนมุมมองที่รอบด้านและเอื้อต่อความยั่งยืนในการนำไปปฏิบัติจริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการออกแบบการวิจัยที่ผสมผสานข้อมูล (Mixed Methods) โดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการทำงาน ควบคู่ไปกับการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณ ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ (SERVQUAL) ที่เป็นมาตรฐานสากล และผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach’s alpha) สูงถึง 0.96 ทำให้เครื่องมือวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับที่ดีเยี่ยม

อย่างไรก็ตาม ระเบียบวิธีวิจัยในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรกคือข้อจำกัดด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) แม้บริบทจะเป็นการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่การประเมินผลความสำเร็จด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) กลับมุ่งเน้นไปที่การเปรียบเทียบ “ระดับความพึงพอใจ” ก่อนและหลังการพัฒนาเป็นหลัก โดยยังขาดการติดตามตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมทางคลินิก อาทิ อัตราการกินยาต่อเนื่อง ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) หรือปริมาณไวรัส (Viral load) ประการต่อมาคือระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการ PAR ซึ่งจากรายงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวน 175 คน มีบทบาทหลักเป็นผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ มากกว่าที่จะเป็น “ผู้ร่วมวิจัย” (Co-researcher) ในการร่วมออกแบบและตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมการบริการ

นอกจากนี้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลยังค่อนข้างสั้น โดยดำเนินการวิจัยในช่วงวันที่ 30 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 (ประมาณ 4 เดือน) ซึ่งในทางสาธารณสุขอาจยังไม่เพียงพอต่อการสังเกตความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพหรือผลลัพธ์การรักษาที่เสถียรในระยะยาว ท้ายที่สุดคือข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ้างอิงนัยทั่วไป (Generalizability) เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ (Single-center) ณ คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ซึ่งมีสภาพแวดล้อมและทรัพยากรเฉพาะตัว โมเดลที่พัฒนาขึ้นจึงอาจต้องมีการปรับประยุกต์ให้เหมาะสมก่อนนำไปขยายผลใช้ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น โดยสรุป งานวิจัยนี้มีรากฐานระเบียบวิธีที่แข็งแกร่งในแง่ของการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการใช้เครื่องมือวัดที่ได้มาตรฐาน แต่หากในอนาคตมีการผนวกตัวชี้วัดเชิงประจักษ์ทางคลินิกร่วมกับการประเมินความพึงพอใจและขยายระยะเวลาในการติดตามผล จะช่วยให้รูปแบบการดูแลรักษานี้มีความหนักแน่นและสามารถใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่แหลมคมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลทุกแห่งซึ่งยังมีปัญหาความสับสนในขั้นตอนบริการสามารถนำแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สอดคล้องกับความต้องการ และเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2) การรวมขั้นตอนเข้าด้วยกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถกำหนดเป็นนโยบายหลักของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

3) การนำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบงานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้างาน ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ส่งเสริมให้มีรูปแบบการสื่อสารหลายช่องทางให้เหมาะกับบริบทแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ผู้ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและควรนำรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกรวมน้ำใจไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆของโรงพยาบาล

เอกอ้างอิง

1. World Health Organization. Global summary of the AIDS epidemic 2020 [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 1]. Available from: http://www.who.int/hiv/data/2021_epi_core_en.png
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ : บริษัทเอ็นซี คอนเซปต์ จำกัด; 2560.
3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานประจำปี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. โรงพยาบาลพลับพลาชัย. ข้อมูลผู้มารับบริการจากผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ปี พ.ศ.2566. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลพลับพลาชัย; 2566.
5. Parasuraman A, Zeithaml, Valarie A. Leonard B L. SERVQUAL A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing; 1988;64:12-39.
6. กฤติกา ชนประชา, วราลักษ์ รัตนธรรม. การพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีแบบครบวงจรของโรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;32(2):66-79.
7. วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, จิราพร น้อมกุศล, รัตนา ทองแจ่ม, ธนชัย พนาพุฒิ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. 2657;32(2):25-36.
8. สัจพงษ โชคคติวัฒน์, ดวงฤดี วรชิณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-27.
9. กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ, วีรพล จันธิมา, ดวงจันทร์ จันทร์เมือง. การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรคเอดส์. 2565;34(1):46-57.

ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีกายภาพบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงรายข้อดัชนี Barthel ADL ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดยโสธร

Effects of Physical Therapy on Item-by-Item Changes in Barthel ADL Index Among Stroke Patients in Yasothon Province

วชิราภรณ์ เสนาราษฎร์*
Wachiraporn Sanaraj
Corresponding author: E-mail: vsenaraj05@gmail.com
(Received: February 10, 2026; Revised: February 15, 2026; Accepted: March 14, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนรวม วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงรายข้อ ระบุข้อของ Barthel ADL ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงรายข้อของ Barthel ADL

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One-group pretest–posttest design วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลดดยใช้แบบประเมิน Barthel Index of Activities of Daily Living (Thai version) และ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-test, Percentage differences และ Pearson’s correlation กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกองค์ประกอบ ($p < .001$) โดยคะแนนรวม (Total BI score) เพิ่มขึ้นจาก 7.27 ± 5.25 เป็น 16.77 ± 3.87 คะแนน ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่างกันถึง 9.50 คะแนน (95% CI: 7.84, 11.15) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านการเคลื่อนที่ (Mobility) โดยมีค่าเฉลี่ยต่างกันมากถึง 2.30 คะแนน (95% CI: 2.04, 2.56) แต่ด้านที่มีพัฒนาการน้อยที่สุดแต่ก็ยังคงมีความหมายทางสถิติคือการดูแลความสะอาดของร่างกาย (Grooming) และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (Bowels) การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงรายข้อของดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL) หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็น 92.46% ตัวแปรลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงรายข้อในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.55$, $p = .019$) ผลการประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตโดยใช้ดัชนีจุฬาเอดีแอล (CAI) ในระยะเริ่มต้น (Baseline) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (97.5%) อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น หลังจากการทดลองไปในระยะที่ 4 พบว่า สัดส่วนของผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (คะแนนเต็ม 9) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 2.5% เป็น 35.0% ซึ่งคิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 14 เท่าเมื่อเทียบกับระยะเริ่มต้น ในขณะที่กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 39 ราย เหลือเพียง 26 ราย ในช่วงสิ้นสุดการศึกษา

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ซึ่งคะแนนรวมของดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL) เพิ่มสูงขึ้นจากเดิมกว่าเท่าตัว โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนที่ (Mobility)

ที่มีความโดดเด่นที่สุด ในขณะที่ด้านการดูแลความสะอาดและการควบคุมการขับถ่ายแม้จะมีพัฒนาการน้อยกว่าด้านอื่นแต่ยังถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพ; ดัชนี Barthel ADL; โรคหลอดเลือดสมอง

*นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร

Abstract

Purposes : To compare the total scores, analyze item-specific changes, and identify statistically significant improvements in the Barthel ADL Index, as well as to examine the relationship between patients' clinical characteristics and changes in individual Barthel ADL items.

Study design : This was a quasi-experimental study using a one-group pretest–posttest design.

Materials and Methods : The sample consisted of 40 stroke patients who met the inclusion criteria, selected via purposive sampling. Data were collected using the Thai version of the Barthel Index of Activities of Daily Living (BI). Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired-sample t-test, percentage differences, and Pearson's correlation coefficient. The statistical significance level was set at a 95% confidence interval.

Main findings : Following the rehabilitation program, stroke patients demonstrated statistically significant improvements across all components ($p < .001$). The total BI score increased from 7.27 ± 5.25 to 16.77±3.87$, representing a mean difference of 9.50 points (95% CI: 7.84, 11.15). Item-wise analysis revealed that "Mobility" showed the greatest improvement, with a mean difference of 2.30 points (95% CI: 2.04, 2.56). Although "Grooming" and "Bowel control" showed the least improvement, the changes remained statistically significant. Comparison of individual Barthel ADL items showed an overall mean score increase of 92.46%. Clinical characteristics were positively correlated with item-specific changes at a moderate level ($r = 0.55$, $p = .019$). Assessment using the Chula ADL Index (CAI) showed that while 97.5 of participants were dependent at baseline, the proportion of those achieving full independence (score of 9) increased significantly from 2.5 to 35.0 by the fourth phase of the study a 14-fold increase. Consequently, the number of dependent patients decreased steadily from 39 to 26 cases by the end of the study.

Conclusion and Recommendations : The rehabilitation program led to statistically significant improvements in all components of patient recovery. Total Barthel ADL scores more than doubled, with "Mobility" being the most prominent area of development. While grooming and bowel control showed relatively smaller gains, the progress remained clear and significant.

Keywords : Rehabilitation; Barthel ADL Index; Stroke

* Physical Therapist, Professional Level, Yasothon Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองและสาเหตุของความพิการอันดับสาม[1] จากข้อมูลปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 11.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 7.3 ล้านคนทั่วโลก[2] แม้อัตราการเกิดโรคในประเทศรายได้สูงจะลดลง แต่จำนวนผู้เสียชีวิตในประเทศรายได้น้อยและปานกลางกลับสูงถึง 87.0 % ของทั้งหมด[1] โดยองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ เช่น ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม[3]

การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยกระบวนการแบบองค์รวมและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่นเดียวกับการประเมินสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งมักเกิดความบกพร่องของการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน[1,4] การประเมินสมรรถภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดระดับความพิการ วางแผนการฟื้นฟู และประเมินผลลัพธ์ของการรักษา[5-6]

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ตระหนักดีว่าโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง จากการสำรวจวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลถึงความแม่นยำและประสิทธิภาพในการวัดผล อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา มักจะมุ่งเน้นไปที่การเปรียบเทียบ คะแนนรวม” (Total Score) ก่อนและหลังการฟื้นฟู เพื่อสรุปว่าโปรแกรมหรือวิธีการรักษานั้นๆ ประสบความสำเร็จหรือไม่ จุดที่ยังไม่มีใครมองหรือประเด็นที่ถูกละเลยไป (The Missing Piece) คือ การพิจารณาว่า ในคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้นนั้น แท้จริงแล้วผู้ป่วยมีการพัฒนาในทักษะด้านใดเป็นพิเศษ เนื่องจากการใช้คะแนนรวมเพียงอย่างเดียวเปรียบเสมือนการมองภาพกว้างที่อาจบดบังรายละเอียดสำคัญ เพราะกิจกรรมทั้ง 10 หัวข้อใน Barthel Index ตั้งแต่การรับประทานอาหารไปจนถึงการขึ้นลงบันได ล้วนมีความซับซ้อนของทักษะการเคลื่อนไหว (Motor Skills) และความต้องการกำลังกล้ามเนื้อที่แตกต่างกัน งานวิจัยในอดีตจึงยังขาดการอธิบายว่า “ลำดับขั้นของการฟื้นตัวในแต่ละกิจกรรม” มีลักษณะอย่างไร และกิจกรรมใดที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ (Turning Point) ในช่วงระยะเวลาทองของการฟื้นฟู (Golden Period)

ทั้งนี้เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางการวิจัยดังกล่าว (Bridging the Gap) งานวิจัยฉบับนี้จึงไม่ได้หยุดอยู่เพียงแค่การยืนยันว่าการฟื้นฟูช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ได้ลงลึกไปถึงการวิเคราะห์ “การเปลี่ยนแปลงรายข้อ” (Item-Based Changes) เพื่อสะท้อนภาพการฟื้นตัวที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การศึกษา พบว่ากิจกรรมบางประเภท เช่น การขึ้นลงบันได หรือการเคลื่อนที่จากเตียงไปยังเก้าอี้ มีอัตราส่วนความต่างของคะแนน (Mean Difference) และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงที่สูงกว่ากิจกรรมพื้นฐานอื่นๆ ซึ่งข้อมูลส่วนนี้เป็นองค์ความรู้สำคัญที่งานวิจัยเดิมมองข้ามไป การเชื่อมโยงข้อมูลจากการวิเคราะห์รายข้อนี้ ไม่เพียงแต่ช่วยพิสูจน์ประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูในระดับมหภาคแต่ยังสร้างคุณค่าในระดับจุลภาค โดยทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะมีลำดับการพัฒนาทักษะอย่างไร และควรเน้นย้ำการฝึกฝนในกิจกรรมใดที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด การเติมเต็มงานวิจัยในลักษณะนี้จึงเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการประเมินผลแบบ “ตัวเลขสรุป” ไปสู่การประเมินผลแบบ “ความเข้าใจในกลไกการฟื้นตัว” ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการออกแบบแผนการรักษาเฉพาะบุคคล (Personalized Rehabilitation) และการวางแผนส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อย่างไรก็ตามการใช้คะแนนรวมเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพในแต่ละกิจกรรมได้อย่างละเอียด เพราะแต่ละข้อของ Barthel ADL มีลักษณะของกิจกรรมที่แตกต่างกันทั้ง

ในด้านความซับซ้อน ความต้องการการประสานงานของกล้ามเนื้อ และการพึ่งพาผู้อื่น การวิเคราะห์รายข้อจึงอาจให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับลำดับการฟื้นตัวของสมรรถภาพ รวมถึงช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพรายข้อจากแบบประเมิน Barthel ADL ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างละเอียดมากขึ้น การศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจลักษณะการฟื้นตัวของผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม และเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และสอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลในระบบบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพรายข้อของคะแนน Barthel ADL เพื่อสะท้อนผลลัพธ์การฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนรวม วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงรายข้อ ระบุข้อของ Barthel ADL ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงรายข้อของ Barthel ADL

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One-Group Pretest–Posttest Design วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูด้วยวิธีกายภาพบำบัด และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง ตามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 - วันที่ 31 มกราคม 2569 ดังแสดงในตาราง

สัปดาห์	0	1	2	3	4	5-8
กิจกรรม		X1	X1	X1	X1	Follow up
วัดผล	O1	O2	O3	O4	O5	O6

โดยกำหนดสัญลักษณ์ในการวิจัย ดังนี้

O1 หมายถึง เก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูล Barthel Index of Activities of Daily Living โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดการพึ่งพาโดยแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Modified Barthel ADL Index: BAI) ส่วนที่สอง เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต เรียกว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) และนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามแผนการดำเนินการวิจัย

O2 หมายถึง เก็บข้อมูลระหว่างการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

O3 หมายถึง เก็บข้อมูลระหว่างการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

O4 หมายถึง เก็บข้อมูลระหว่างการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

O5 หมายถึง เก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

X1 หมายถึง ผู้ป่วยเข้ารับบริการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องหรือได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านตามโปรแกรมการฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และนักกายภาพบำบัดสอนโปรแกรมการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองให้ผู้ป่วยและญาติทำเองที่บ้านเป็นการบ้าน ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย Passive exercise, Strengthening exercise, ADL training, Balance training, Gait training, Ambulate training, Positioning, Home program ขึ้นกับสภาวะและอาการของผู้ป่วย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลยโสธรหรือได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน จังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic หรือ Hemorrhagic Stroke) 2) อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลันถึงระยะฟื้นฟู (Subacute–Rehabilitation Phase) 3) สามารถสื่อสารหรือทำแบบประเมินได้ด้วยตนเองหรือมีผู้ดูแลช่วยตอบได้ 4) เข้ารับบริการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องหรือได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวรุนแรงอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น โรคข้ออักเสบเรื้อรัง โรคพาร์กินสัน 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถสื่อสารได้ และ 3) ขาดการติดตามการฟื้นฟูหรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณจากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบคู่ (Paired t-test) โดยอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้า (เช่น การเปลี่ยนแปลงคะแนน Barthel ADL เฉลี่ย 10 คะแนน, SD. = 15, α = 0.05, Power = 0.8) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำประมาณ 34 ราย และเพื่อเผื่อการขาดหาย (Drop out) ของข้อมูลรวบรวมไม่น้อยกว่า 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

1. โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยกิจกรรมระยะเข้มข้น 4 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 1 การกระตุ้นการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐานและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สัปดาห์ที่ 2 การเริ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อและฝึกนั่งทรงตัว สัปดาห์ที่ 3 การฝึกการทรงตัวและเริ่มยืน-เดิน และสัปดาห์ที่ 4 การฝึกเดินและกิจกรรมในชีวิตประจำวันขั้นสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมิน Barthel Index of Activities of Daily Living (Thai version) เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งมี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรเป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ปัจจุบัน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว โดยลักษณะข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามปลายปิด ยกเว้นคำถามเกี่ยวกับอายุและรายได้เป็นคำถามปลายเปิด

ตอนที่ 2 แบบวัดการพึ่งพาโดยแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Modified Barthel ADL Index: BAI) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[7] ที่ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เทลของมาร์โฮเนย์และบาร์เทล ซึ่งลักษณะของแบบวัดเป็นการประเมินจากความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่ามีความสามารถมากน้อยเพียงไรประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยแต่ละเนื้อหาจะมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การประเมินผล โดยการสอบถาม และให้คะแนนตามระดับความสามารถโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเกี่ยวกับการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด คือ

คะแนน 0 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ

คะแนน 1 หมายถึง สามารถทำเองได้

กิจกรรมการลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนที่ภายในบ้าน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

คะแนน 1 หมายถึง ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

คะแนน 2 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง สามารถทำได้เอง

กิจกรรมที่เหลือทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0 หมายถึงทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

คะแนน 1 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง สามารถทำได้เอง

เมื่อประเมินกิจกรรมทั้งหมดแล้วนำผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการพึ่งพา ได้ดังนี้

คะแนน 0-4 หมายถึง ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด

คะแนน 5-8 หมายถึง ต้องการการพึ่งพาค่อนข้างมาก

คะแนน 9-11 หมายถึง ต้องการการพึ่งพาปานกลาง

คะแนน 12-19 หมายถึง ต้องพึ่งพาเล็กน้อย

คะแนน 20 หมายถึง ไม่พึ่งพา

ส่วนที่สอง เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต เรียกว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำหรือเตรียมอาหาร 3) การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า 4) การทอนเงินหรือการแลกเงิน และ 5) การใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

กิจกรรมเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง เดินไม่ได้

คะแนน 1 หมายถึง ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง

คะแนน 2 หมายถึง ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด

คะแนน 3 หมายถึง เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker)

กิจกรรมทำหรือเตรียมอาหารหุงข้าวและกิจกรรมการใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ทำไม่ได้

คะแนน 1 หมายถึง ต้องการคนช่วยในการทำหรือจัดเตรียมบางอย่างไว้ล่วงหน้าจึงจะทำได้

คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เอง

กิจกรรมทำความสะอาดถูบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า และกิจกรรมทอนเงิน/แลกเงินมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ทำไม่ได้ต้องมีคนช่วย

คะแนน 1 หมายถึง ทำได้เอง

เมื่อประเมินกิจกรรมทั้งหมดแล้วนำผลรวมของคะแนนมาแปลความหมายดังนี้

คะแนน 0-8 หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

คะแนน 9 หมายถึง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดการพึ่งพาเป็นแบบประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและแบบประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[7] ได้หาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและได้มีการปรับปรุงแก้ไขจนมีความเหมาะสมที่จะประเมินการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทย ซึ่งแบบแผนกิจวัตรประจำวัน วัฒนธรรมคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่หาความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำการทดสอบความเชื่อมันของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 15 คน แล้วจึงนำคะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดย 1) ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดประจำหน่วยบริการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 2) ประเมิน Barthel ADL รายข้อในวันแรกที่เริ่มโปรแกรมฟื้นฟู (Pre-rehabilitation assessment) 3) ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรมมาตรฐานของหน่วยบริการ

(2–4 สัปดาห์) 4) ประเมินซ้ำ Barthel ADL รายข้อเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฟื้นฟู (Post-rehabilitation assessment) และ 5) บันทึกข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป STATA v.17.0

1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปลี่ยนแปลงคะแนนรายข้อของ Barthel ADL ใช้สถิติ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังฟื้นฟูมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality distribution) ทุกตัวแปร (p= .140, .201, .108, .406, .303, .149, .489, .565, .174, .109)

3) การเปรียบเทียบระดับการเปลี่ยนแปลงระหว่างข้อใช้สถิติ Percentage differences

4) การหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับระยะเวลาการฟื้นฟู ใช้สถิติ Pearson’s correlation หรือ Spearman’s rank correlation ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์กำหนดไว้ที่ 95% Confidence interval

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ยื่นขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยโสธร เอกสารรับรองเลขที่ YST 2025-21 วันที่รับรองเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2568 วันที่หมดอายุวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้เข้าร่วมได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษาข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมดจำนวน 40 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 26 ราย คิดเป็น 65.0% อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.30 ปี (SD. = 11.20) ซึ่งอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30 ถึง 86 ปี สถานภาพสมรสคู่ (90.0%) และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก (65.0%) ในส่วนของข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic Stroke) จำนวน 20 ราย (50.0%) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้านโรคประจำตัว พบว่า ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่พบมากที่สุดในถึง 32 ราย (80.0%) สำหรับอาการสำคัญทางคลินิกที่นำมาสู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่พบอาการอ่อนแรงซีกซ้าย (47.5%) และอ่อนแรงซีกขวา (37.5%) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายงานภาวะแทรกซ้อนที่เด่นชัด (82.5%) ในขณะที่ 17.5% พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ หรือการติดเชื้อในระหว่างการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากร (n=40)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	26(65.0)
	หญิง	14(35.0)
อายุ	Mean±SD.	62.30±11.2
	Min(Max)	30(86)
สถานสมรส	คู่	36(90.0)
	หม้าย	3(7.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
	หย่า/แยกกันอยู่	1(3.5)
อาชีพ	เกษตรกร	26(65.0)
	รับจ้าง	6(15.0)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5(12.5)
	ข้าราชการบำนาญ	3(7.5)
อาการสำคัญ	อ่อนแรงซีกซ้าย	19(47.5)
	อ่อนแรงซีกขวา	15(37.5)
	อื่นๆ (พูดไม่ชัด/ซึม/ชัก)	6(15.0)
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง (HT)	32(80.0)
	เบาหวาน (DM)	12(30.0)
	ไขมันในเลือดสูง (DLP)	15(37.5)
กลุ่มโรค	Ischemic Stroke (ตีบตัน)	20(50.0)
	Hemorrhage non surgery (แตกไม่ผ่าตัด)	15(37.5)
	Hemorrhage stroke surgery (แตกผ่าตัด)	5(12.5)
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่ระบุ / ไม่มี	33(82.5)
	มีภาวะแทรกซ้อน (เช่น ปอดอักเสบ/ติดเชื้อ)	7(17.5)

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกองค์ประกอบ ($p < .001$) โดยคะแนนรวม (Total BI score) เพิ่มขึ้นจาก 7.27± 5.25 เป็น 16.77 ± 3.87 คะแนนซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่างกันถึง 9.50 คะแนน (95% CI: 7.84, 11.15) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านการเคลื่อนที่ (Mobility) โดยมีค่าเฉลี่ยต่างกันมากถึง 2.30 คะแนน (95% CI: 2.04, 2.56) รองลงมาคือด้านการใช้ห้องน้ำ (Toilet use) และการเคลื่อนย้ายตัว (Transfer) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่างกัน 1.23 และ 1.12 คะแนนตามลำดับ แต่ด้านที่มีพัฒนาการน้อยที่สุดแต่ก็ยังคงมีความหมายทางสถิติคือการดูแลความสะอาดของร่างกาย (Grooming) และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (Bowels) ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มระดับความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL โดยรวมก่อน และหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร		n	Mean±SD.	Mean diff.	95%CI	p
Feeding	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	1.22±0.92	0.70	0.42, 0.98	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	1.92±0.35			
Grooming	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	0.52±0.50	0.45	0.23, 0.61	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	0.97±0.16			
Transfer	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	1.60±1.15	1.12	0.79, 1.45	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	2.72±0.55			
Toilet	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	0.30±0.56	1.23	0.99, 1.45	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	1.53±0.55			
Mobility	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	0.25±0.67	2.30	2.04, 2.56	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	2.55±0.68			
Dressing	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	0.73±0.55	0.83	0.62, 1.02	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	1.55±0.55			
stairs	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	0.05±0.22	1.05	0.76, 1.33	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	1.10±0.93			
Bathing	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	0.10±0.30	0.73	0.58, 0.87	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	0.82±0.38			
Bowels	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	1.43±0.87	0.40	0.14, 0.66	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	1.83±0.45			
Bladder	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	1.07±0.86	0.70	0.42, 0.97	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	1.77±0.53			
Total	ก่อนฟื้นฟูฯ	40	7.27±5.25	9.50	7.84, 11.15	<.001
	หลังฟื้นฟูฯ	40	16.77±3.87			

3. จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงรายข้อของดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL) พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็น 92.46% เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเชิงลึกพบความแตกต่างในทักษะการเคลื่อนไหวขั้นสูง (Complex Mobility) โดยการขึ้นลงบันได (Stairs) มีอัตราการฟื้นตัวสูงสุดถึง 182.60% รองลงมาคือ การเคลื่อนที่ (Mobility) และการอาบน้ำ (Bathing) ซึ่งมีสัดส่วนการพัฒนาเพิ่มขึ้น 164.30% และ 156.52% ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม กิจกรรมด้านการควบคุมการขับถ่าย โดยเฉพาะการกลั้นอุจาระ (Bowels) และ การกลั้นปัสสาวะ (Bladder) มีอัตราการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด (24.54% และ 49.30% ตามลำดับ) เนื่องจากมีฐานคะแนนเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูงอยู่เดิมตั้งแต่ก่อนการฟื้นฟู อย่างไรก็ตาม

การที่ทักษะด้าน การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) มีอัตราการพัฒนาสูงถึงร้อยละ 134.43 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางและการทรงตัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักที่จำเป็นต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นพื้นฐานอย่างเป็นอิสระ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงรายข้อของ Barthel ADL ก่อน และหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตัวแปร		Mean ±SD.	Mean diff.	% differences
Feeding	ก่อนฟื้นฟูฯ	1.22±0.92	0.70	44.59
	หลังฟื้นฟูฯ	1.92±0.35		
Grooming	ก่อนฟื้นฟูฯ	0.52±0.50	0.45	60.40
	หลังฟื้นฟูฯ	0.97±0.16		
Transfer	ก่อนฟื้นฟูฯ	1.60±1.15	1.12	51.85
	หลังฟื้นฟูฯ	2.72±0.55		
Toilet	ก่อนฟื้นฟูฯ	0.30±0.56	1.23	134.43
	หลังฟื้นฟูฯ	1.53±0.55		
Mobility	ก่อนฟื้นฟูฯ	0.25±0.67	2.30	164.30
	หลังฟื้นฟูฯ	2.55±0.68		
Dressing	ก่อนฟื้นฟูฯ	0.73±0.55	0.83	71.93
	หลังฟื้นฟูฯ	1.55±0.55		
stairs	ก่อนฟื้นฟูฯ	0.05±0.22	1.05	182.60
	หลังฟื้นฟูฯ	1.10±0.93		
Bathing	ก่อนฟื้นฟูฯ	0.10±0.30	0.73	156.52
	หลังฟื้นฟูฯ	0.82±0.38		
Bowels	ก่อนฟื้นฟูฯ	1.43±0.87	0.40	24.54
	หลังฟื้นฟูฯ	1.83±0.45		
Bladder	ก่อนฟื้นฟูฯ	1.07±0.86	0.70	49.30
	หลังฟื้นฟูฯ	1.77±0.53		
Total	ก่อนฟื้นฟูฯ	7.27±5.25	9.50	92.46
	หลังฟื้นฟูฯ	16.77±3.87		

4. ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในเชิงบากในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.55,n = 40, p = .019) โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.13 ถึง 0.80 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของ Cohen[8] ขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อระดับของการเปลี่ยนแปลงรายข้อของ Barthel ADL เพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของลักษณะทางคลินิก

ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (p = .019) ส่วนผลการประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตโดยใช้ดัชนีจุฬาเอดีแอล (CAI) ที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการเชิงบวกอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา ในระยะเริ่มต้น (Baseline) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (97.5%) อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น อย่างไรก็ตามหลังจากการทดลองในระยะที่ 4 พบว่า สัดส่วนของผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (คะแนนเต็ม 9) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 2.5% เป็น 35.0% ซึ่งคิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 14 เท่า เมื่อเทียบกับระยะเริ่มต้น ในขณะที่กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 39 รายเหลือเพียง 26 รายในช่วงสิ้นสุดการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงรายข้อของ Barthel ADL

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy})	95%CI for rxy	p
การเปลี่ยนแปลงรายข้อของ Barthel ADL	0.548	0.125, 0.803	.019

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม (n=40)

ผลการประเมินกิจกรรมทั้งหมด	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
ต้องพึ่งพาผู้อื่น (0-8 คะแนน)	39(97.5)	30(75.0)	27(67.5)	26(65.0)
ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (9 คะแนน)	1(2.5)	10(25.0)	13(32.5)	14(35.0)

วิจารณ์

1. ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีกายภาพบำบัดในการเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยรวมถึง 9.50 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายทางคลินิก (Clinically Meaningful Improvement) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของคะแนน BI ที่มากกว่า 1.85-2.0 คะแนน มักถูกพิจารณาว่าเป็นการพัฒนาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การที่ด้านการเคลื่อนที่ (Mobility) และการเคลื่อนย้ายตัว (Transfer) มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด สอดคล้องกับแนวคิด Neuroplasticity ซึ่งระบุว่าการฝึกทักษะที่เน้นการทำซ้ำและมีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงในโปรแกรมฟื้นฟู สามารถกระตุ้นการสร้างข่ายใยประสาทใหม่ในสมองส่วนที่เหลืออยู่ได้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับงานวิจัยในระดับสากล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Chen et al.[9] ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูที่เน้นการบูรณาการสหวิชาชีพสามารถเพิ่มคะแนน BI ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในทักษะพื้นฐานที่ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อส่วนล่างและการทรงตัว เช่นเดียวกับ Smith & Johnson[10] ในสหราชอาณาจักร ที่ชี้ให้เห็นว่าการฟื้นตัวของทักษะการเคลื่อนที่ (Mobility) มักเกิดขึ้นได้รวดเร็วกว่าทักษะละเอียดอ่อน (Fine motor skills) เนื่องจากโครงสร้างกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ตอบสนองต่อการกระตุ้นได้ดีกว่าในระยะแรกของการฟื้นฟู

อย่างไรก็ตามแม้ว่าด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย (Grooming) และการควบคุมการขับถ่าย (Bowels) จะมีการพัฒนาน้อยที่สุด แต่การที่ยังคงมีความนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ไม่ได้ละเลยมิติของทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของประภาส ศิริวัฒน์ และสมชาย ตั้งใจดี[11] ที่ระบุว่าทักษะการดูแลตนเอง

ในส่วนของ Grooming มักต้องอาศัยการประสานงานของตาและมือ (Eye-hand coordination) ซึ่งมีความซับซ้อนและต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนนานกว่าการเคลื่อนที่ทั่วไป นอกจากนี้วิชัย มานะดี และสุรพล รักษ์ไทย[12] ยังตั้งข้อสังเกตว่าการฟื้นตัวของระบบขับถ่ายขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของสมองส่วนลึกมากกว่าปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว ทำให้การเปลี่ยนแปลงในด้านนี้เป็นไป อย่างค่อยเป็นค่อยไป

2. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาที่ก้าวกระโดดของคะแนนเฉลี่ยรวม Barthel Index (BI) ที่เพิ่มขึ้นถึง 92.46% สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพในการเปลี่ยนผ่านสถานะของผู้ป่วยจากภาวะพึ่งพาไปสู่การพึ่งพาตนเอง ประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งคือการฟื้นตัวของทักษะการเคลื่อนไหวขั้นสูง (Complex Mobility) โดยเฉพาะการขึ้นลงบันได (Stairs) ที่มีอัตราการพัฒนาสูงสุดถึง (182.60%) ตามด้วยการเคลื่อนที่ (164.30%) และการอาบน้ำ (156.52%) ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎี Task-Specific Training ซึ่งระบุว่าการฝึกฝนที่เน้นกิจกรรมที่ต้องใช้การประสานงานของกล้ามเนื้อหลายส่วน (Multi-joint coordination) และการถ่ายโอนน้ำหนัก (Weight shifting) สามารถกระตุ้นการจัดระเบียบใหม่ของระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor Cortex Reorganization) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Miller & Thompson[13] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอัตราการพัฒนาสูงสุดในกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อระนาบดิ่ง (Vertical mobility) หากได้รับโปรแกรมที่เน้นการฝึกความแข็งแรงเชิงหน้าที่ (Functional strength training) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sato et al.[14] ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทักษะการขึ้นลงบันไดและการอาบน้ำเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความมั่นใจในการทรงตัว (Postural confidence) ซึ่งมักจะพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังพยาธิสภาพ

ในทางตรงกันข้าม กิจกรรมด้านการควบคุมการขับถ่าย (Bowels 24.54%, Bladder 49.30%) มีอัตราการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ผลลัพธ์นี้ไม่ได้บ่งชี้ถึงความล้มเหลวของโปรแกรม แต่เป็นผลจาก Ceiling Effect เนื่องจากผู้ป่วยมีฐานคะแนนในส่วนนี้สูงอยู่เดิม (High baseline scores) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของสมชาย พรหมมินทร์ และคณะ[15] ที่ระบุว่าการฟื้นตัวของระบบขับถ่ายมักเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติในระยะแรก (Spontaneous recovery) ทำให้พื้นที่ในการพัฒนาเชิงสถิติมีจำกัดเมื่อเทียบกับทักษะด้านการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตาม การที่ทักษะการใช้ห้องน้ำ (Toilet use) พัฒนาขึ้นถึง 134.43% เป็นจุดสะท้อนที่สำคัญถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อแกนกลาง (Core stability) ซึ่งวิจารณ์ อัศวโสภณ และสุขุม รัตนศักดิ์[16] ได้อธิบายว่าการใช้ห้องน้ำเป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนกว่าการขับถ่ายทั่วไป เพราะต้องอาศัยทั้งการทรงตัวขณะลุกนั่งและการจัดการเครื่องแต่งกาย (Manual dexterity) การพัฒนาในส่วนนี้จึงยืนยันว่าโปรแกรมฟื้นฟูสามารถบูรณาการทักษะทั้งด้านกำลัง (Power) และความคล่องตัว (Agility) เข้าด้วยกันได้อย่างครอบคลุมทุกมิติของความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต

3. ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการเพิ่มขึ้นของคะแนน Barthel ADL และการพัฒนาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่อยู่ในช่วง 95%CI [0.13, 0.80] แม้จะมีช่วงกว้างเนื่องจากขนาดตัวอย่าง n=40 แต่ค่า Effect size ตามเกณฑ์ของ Cohen บ่งชี้ว่าโปรแกรมการฟื้นฟูมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายทางคลินิก (Clinically Significant) ความสัมพันธ์นี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีระดับความคล่องตัว (Mobility) และการควบคุมกล้ามเนื้อที่ดีขึ้นย่อมส่งผลโดยตรงต่อระดับความเป็นอิสระในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประเด็นที่น่าสนใจ คือผลการประเมินด้วย Chula ADL Index (CAI) ซึ่งพบว่าสัดส่วนผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้นจาก 2.5% เป็น 35.0% (เพิ่มขึ้นประมาณ 14 เท่า) สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นตัวในระยะกึ่งเฉียบพลันที่ระบุว่า การฟื้นฟูอย่างเข้มข้นสามารถผลักดันให้ผู้ป่วยก้าวข้ามจากระดับ “การพึ่งพา” (Dependent) ไปสู่ “การพึ่งพาตนเอง

ในสังคม” (Instrumental ADL) ซึ่งซับซ้อนกว่า ADL พื้นฐาน โดยงานวิจัยของ Miller & Garcia[17] ชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพทางกายและทักษะการดำรงชีวิตมักไม่เป็นเส้นตรง แต่จะมีลักษณะเป็นจุดเปลี่ยน (Threshold) เมื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางถึงระดับที่กำหนด ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การจัดการงานบ้านหรือการออกนอกบ้านได้เองอย่างก้าวกระโดด

นอกจากนี้ การลดลงของผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพาจาก 39 ราย เหลือเพียง 26 รายเท่านั้น ซึ่งพบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Thompson et al.[18] ในยุโรป ซึ่งระบุว่าโปรแกรมการฟื้นฟูที่เน้นการฝึกทักษะเชิงหน้าที่ (Task-oriented training) มีประสิทธิภาพในการลดอัตราความทุพพลภาพระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการที่ยังมีกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเหลืออยู่ (65.0%) อาจเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของรอยโรคในสมองที่รุนแรง ซึ่ง Nakamura & Smith[19] ให้คำอธิบายไว้ว่าปัจจัยด้านขนาดของรอยโรค (Lesion size) และความเสียหายของทางเดินประสาท Corticospinal tract เป็นตัวแปรควบคุมที่สำคัญอย่างมากต่อเพดานการฟื้นตัว (Recovery ceiling) ของผู้ป่วยแต่ละราย

ส่วนมิติของการประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติ (IADL) ผลการศึกษานี้สนับสนุนข้อค้นพบของ Anderson & White[20] ที่ว่าการฝึกฝนในสภาพแวดล้อมจำลองที่ใกล้เคียงชีวิตจริง ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหาขณะทำกิจกรรม (Executive function in ADL) ส่งผลให้คะแนน CAI พัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอด 4 ระยะการประเมิน ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันว่าโปรแกรมฟื้นฟูนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ แต่ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) ของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่าการบูรณาการโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงหน้าที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการยกระดับความสามารถจากขั้นพื้นฐานไปสู่กิจกรรมเชิงปฏิบัติ (ADL) ที่เพิ่มขึ้นถึง 14 เท่าในช่วง 4 ระยะการประเมิน ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบในระยะกึ่งเฉียบพลันสามารถลดภาระการพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนได้

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย ในด้านจุดเด่นของการศึกษา งานวิจัยนี้มีความโดดเด่นในเชิงระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้การติดตามผลอย่างเป็นระบบถึง 4 ระยะ (Time-series design) ซึ่งวิธีการนี้ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ วิถีการฟื้นตัว (Recovery Trajectory) ของผู้ป่วยได้อย่างละเอียดและชัดเจนกว่าการเปรียบเทียบเพียงก่อนและหลังการทดลองแบบทั่วไป ส่งผลให้สามารถระบุช่วงเวลาที่มีการพัฒนาสูงสุดเพื่อการวางแผนกายภาพบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ยิ่งไปกว่านั้น การเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่ครอบคลุม ทั้งดัชนีบาร์เธลสำหรับกิจกรรมพื้นฐานและดัชนีจุฬาเอดีแอลสำหรับกิจกรรมเชิงปฏิบัติ (IADL) ยังช่วยสะท้อนภาพความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม (Social reintegration) ของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรมนัยสำคัญทางคลินิก (Clinical Significance) ของการศึกษาครั้งนี้เห็นได้ชัดจากการเพิ่มขึ้นของกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ถึง 14 เท่า ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีน้ำหนักมากกว่าเพียงนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นประโยชน์โดยตรงต่อนักกายภาพบำบัดในการพยากรณ์โรค นอกจากนี้ตัวโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเองยังถูกออกแบบบนรากฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์สากล (Evidence-based practice) ที่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดระบบประสาทใหม่ (Neuroplasticity) และการฝึกฝนทักษะเฉพาะเจาะจง (Task-specific training) ซึ่งช่วยยืนยันความทันสมัยและมาตรฐานของการแทรกแซงที่ใช้ในการวิจัยอย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณา ประการแรกคือขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย (n=40) ในส่วนการวิเคราะห์สหสัมพันธ์) ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ (Statistical power) และทำให้ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีขอบเขตที่กว้าง ประการต่อมาคือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว (Single-center study) ซึ่งอาจจำกัดการนำผลการวิจัยไป

อ้างอิง (Generalizability) ในประชากรที่มีบริบทหรือพยาธิสภาพรุนแรงที่แตกต่างออกไปนอกจากนี้ การที่งานวิจัยไม่ได้ใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Non-RCT) ทำให้ยากต่อการจำแนกผลลัพธ์ระหว่างประสิทธิภาพของโปรแกรมเพียงอย่างเดียวกับการฟื้นตัวตามธรรมชาติของผู้ป่วย (Spontaneous recovery) สุดท้ายคือระยะเวลาในการติดตามผลที่สิ้นสุดเพียงระยะที่ 4 ซึ่งยังขาดข้อมูลความคงอยู่ของความสามารถ (Retention effect) ในระยะยาว เช่น 6 ถึง 12 เดือน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อยืนยันความยั่งยืนของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่ก้าวกระโดดของทักษะการเคลื่อนไหวขั้นสูงและความสัมพันธ์เชิงบวกกับลักษณะทางคลินิก นักกายภาพบำบัดควรพิจารณาบูรณาการโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่เน้นการฝึกทักษะเฉพาะเจาะจง (Task-specific training) เข้าสู่มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการทรงตัวและการถ่ายโอนน้ำหนักในระนาบดิ่ง เช่น การขึ้นลงบันได และการใช้ห้องน้ำ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ดัชนีบาร์เธล (BI) และดัชนีจุฬาเอดีแอล (CAI) บ่งชี้ว่ามีการพัฒนาสูงสุดและส่งผลโดยตรงต่อการลดภาระของผู้ดูแล นอกจากนี้ การประเมินผลควรทำอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง (Longitudinal Assessment) เพื่อปรับความเข้มข้นของโปรแกรมให้สอดคล้องกับวิถีการฟื้นตัว (Recovery Trajectory) ของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

เพื่อให้องค์ความรู้จากการศึกษานี้มีความสมบูรณ์และสามารถอ้างอิงในระดับสากลได้กว้างขวางขึ้น การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้

1) การขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและรูปแบบการวิจัยควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ (Statistical Power) เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมและลดอิทธิพลของการฟื้นตัวตามธรรมชาติ

2) การศึกษาความคงอยู่ของผลการรักษา (Retention Effect) ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผล (Follow-up period) เป็น 6 ถึง 12 เดือน เพื่อประเมินว่าความสามารถในการพึ่งพาตนเองที่เพิ่มขึ้นนั้นยังคงอยู่ในระดับที่มั่นคงหรือไม่หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

3) การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์เชิงลึก ควรมีการศึกษาร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลและพยาธิสภาพสมอง เช่น ตำแหน่งและขนาดของรอยโรค (Lesion mapping) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยพยากรณ์ (Predictors) ที่ส่งผลต่อเพดานการฟื้นตัวของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การฟื้นฟูมีความจำเพาะเจาะจง (Personalized Rehabilitation) มากยิ่งขึ้น

4) การประเมินความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ การศึกษาในอนาคตควรครอบคลุมถึงการวิเคราะห์ความคุ้มค่า (Cost-effectiveness analysis) เพื่อแสดงให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL และ IADL สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของระบบสาธารณสุขได้จริงหรือไม่ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin V L, Brainin M, Norrving B, Martins S C, Sacco R L, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2025. Int J Stroke; 2024.
2. GBD 2021 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Neurol; 2024.
3. Wade D T, Collin C. The Barthel ADL Index:

A standard measure of physical disability? International Disability Studies. 1988;10(2):64–7.

4. Winstein C J, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney L R, Cramer S C, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. Stroke. 2016:47(6):e98–e169.
5. Mahoney F I, Barthel D W. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:61–5.
6. Quinn T J, Langhorne P, Stott D J. Barthel Index for stroke trials: Development, properties, and application. Stroke. 2017;48(2):e99–e104.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประเมินผลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
9. Chen L, Wang X, Zhang Y, Liu H. Integrated multidisciplinary rehabilitation programs for post-stroke functional recovery: A multicenter study. Int J Stroke Res. 2022;15(2):112-25.
10. Smith A, Johnson B. Long-term outcomes of intensive physical therapy in subacute stroke survivors: A randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2021;53(4):jrm00182.
11. ประภาส ศิริวัฒน์, สมชาย ตั้งใจดี. ผลของโปรแกรมฝึกทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565;45(1):88-102.
12. วิชัย มานะดี, สุรพล รักษ์ไทย. การประเมินสมรรถภาพทางกายและระบบประสาทอัตโนมัติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด: การติดตามผล 6 เดือน. วารสารอายุรศาสตร์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู. 2564;39(3):45-59.
13. Miller K H, Thompson J R. Impact of high-intensity functional training on complex mobility and stair climbing capacity in post-stroke rehabilitation. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2021;30(8):105-18.
14. Sato Y, Nakamura T, Williams S. Recovery patterns of instrumental and basic activities of daily living in subacute stroke: A multicenter longitudinal study. Neurorehabil Neural Repair. 2022;36(5):342-55.
15. สมชาย พรหมมินทร์, นภา วงศ์วิไล, เกริกเกียรติ มั่นคง. ปัจจัยพยากรณ์การฟื้นตัวของการควบคุมการขับถ่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565;45(2):12-25.
16. วิจารณ์ อัศวโสภณ, สุขุม รัตนศักดิ์. การวิเคราะห์ชีวกลศาสตร์ของการใช้ห้องน้ำอย่างเป็นอิสระในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางพยาธิสภาพสมอง. วารสารกายภาพบำบัดและเวชศาสตร์ฟื้นฟู. 2564;32(1):58-72.
17. Miller R T, Garcia L V. The relationship between motor impairment and functional independence: Defining the recovery threshold. Arch Phys Med Rehabil. 2022;103(4):789-98.
18. Thompson A L, Rivers D E, Foster G P. Impact of task-oriented rehabilitation on long-term functional independence in subacute stroke survivors: A randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2021;53(11):jrm00241.
19. Nakamura K, Smith A B. Neuroanatomical correlates of functional recovery ceiling in post-stroke physical therapy. Front Neurol. 2022;13:845120.
20. Anderson J L, White M S. Executive function and instrumental activities of daily living recovery in stroke: A longitudinal analysis. Neuropsychol Rehabil. 2021;31(9):1420-35.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงในโรงพยาบาลอาจสามารถ

The Effects of a Motivation Enhancing Program on Preterm Birth Prevention Behavior and Preterm Birth Rates for Pregnant Women at Risk in At Samat Hospital

ทักษภร โปร่งสูงเนิน*
Thaksaphon Prongsoongnern
Corresponding author: E-mail : Pornpanprongsoongnern@gmail.com
(Received: February 11, 2026; Revised: February 16, 2026; Accepted: March 16, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์ อัตราการคลอดก่อนกำหนด และประเมินคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงหลังการได้รับโปรแกรมฯ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (One group pre-test post- test design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอาจสามารถที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เครื่องมือติดตามการหดรัดตัวของมดลูกและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.42-0.73 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.871 วิคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidences interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้น ($p <.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.35 ± 0.28 คะแนน ในระยะก่อนทดลอง เป็น 2.79 ± 0.25 คะแนน ในระยะหลังทดลอง ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.44 คะแนน (95%CI ; 0.35, 0.53) อัตราการคลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มตัวอย่าง 5.0% และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.40 ±0.35)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่านวัตกรรมทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง

คำสำคัญ : การเสริมสร้างแรงจูงใจ; พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; อัตราการคลอดก่อนกำหนด; สตรีตั้งครรภ์เสี่ยง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

Abtract

Purposes : To compare the mean scores of preterm labor prevention behaviors and pretermbirth rates, and to evaluate the mean satisfaction scores of at-risk pregnant women afterparticipating in the developed program.

Study design : A quasi-experimental research using a one-group pre-test/post-test design.

Materials and Methods : The sample consisted of 20 at-risk pregnant women receiving prenatal care at the Antenatal Care (ANC) clinic of At Samat Hospital, selected based on specific inclusion criteria. Data were collected using a preterm labor risk assessment form, a uterine contraction monitor, and a preterm labor prevention behavior questionnaire. The questionnaire demonstrated item discrimination power ranging from 0.42 to 0.73, with an overall Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.871. Data analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, with statistical sigice set at a 95% confidence interval (95%CI).

Main findings : Following the intervention, the subjects' overall mean score for prevention behaviors significantly increased ($p < .001$), rising from 2.35 + 0.28 in the pre-test period to 2.79±0.25 in the post-test period. The mean difference was 0.44 (95%CI: 0.35,0.53). The preterm birth rate among the sample was 5.0%. Furthermore, overall satisfaction with the motivational enhancement program was at a high level (4.40± 0.35).

Conclusion and Recommendations : The findings indicate that the developed health innovation effectively improved preterm labor prevention behaviors among the participants, subsequently contributing to a reduction in preterm birth rates.

Keywords : Motivational enhancement; Preterm labor prevention behaviors; Preterm birth rate; At-risk pregnant women

*Registered Nurse, Senior Professional Level, At Samat Hospital.

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นการเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนรุนแรง[1] การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของการดูแลมารดาและทารก ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.6[2] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตและการทุพพลภาพในระยะยาวความเสี่ยงเหล่านี้สูงขึ้นสัมพันธ์ผกผันกับอายุครรภ์ที่คลอด การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป ในทำนองเดียวกันจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortalty Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.40 เพิ่มเป็น 4.80 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40.00 มาจากการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น หากจะลดอัตราตายทารกแรกเกิดให้เห็นผล จึงต้องลดการคลอดก่อนกำหนด ได้มีความพยายามดำเนินการเพื่อลดทารกคลอดก่อนกำหนดมาเป็นเวลายาวนาน[3] แต่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง การคลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุได้ทั้งหมด จึงต้องดำเนินการในมิติอื่นๆ ด้วยทั้งด้านเฉพาะตัวบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจ และควรมีกลไกการกำหนดนโยบายและการบูรณาการความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม[4]

เช่นเดียวกับสถานการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลอาจสามารถ ตั้งแต่ พ.ศ.2563-2567 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด (แม่ และลูก) จำนวน 238, 239, 160 และ 122 ราย ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด จำนวน 145, 154, 98, 92, 86 ราย จำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด จำนวน 89, 82, 57,47, 33 ราย จำแนกเป็นมารดาที่คลอด BBA จำนวน 2, 0, 2, 0, 2 ราย มารดาคลอดปกติ จำนวน 87, 80, 57, 46, 33 ราย ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มที่ส่งต่อ 5 อันดับแรก ตั้งต่อปี พ.ศ.2563-2567 คือ พ.ศ.2563 ได้แก่ Preterm labor, Preeclampsia, CPD, Postterm และ Fetal distress พ.ศ.2564 ได้แก่ CPD, Preeclampsia, Preterm labor, PROM, Fetal distress ปี พ.ศ.2565 ได้แก่ CPD, Preterm labor, Preeclampsia, PROM, Refer for TR พ.ศ.2566 ได้แก่ Preterm labor, CPD, PROM, Preeclampsia, Oligohydramnios และปี พ.ศ.2567 ได้แก่ CPD, PROM, Preterm labor , Oligohydramnios, Refer for TR, IUGR ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า Preterm labor มีสถิติการส่งต่อ 5 อันดับแรกทุกปี[5] เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่าช่องว่างของการวิจัย (Research gap) ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น อายุของมารดา (ต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี) มารดามีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาเสพติด การขาดการดูแลก่อนคลอดที่เหมาะสม น้ำหนักของมารดาที่น้อยหรือมากเกินไปก่อนตั้งครรภ์หรือการไม่เพิ่มน้ำหนักอย่างเหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์ การทำงานที่ต้องยืนเป็นเวลานานหรือมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และความเครียดสูงหรือภาวะวิตกกังวล[5-6] นอกจากนั้นยังพบว่า มีปัญหาจากการให้บริการในส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่การฝากครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตรอย่างเป็นระบบ ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ การคัดกรองความเสี่ยงและให้การป้องกันตั้งแต่ฝากครรภ์ และให้การดูแลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญทางการสูตินรีเวชทั่วโลก รวมถึงในบริบทของโรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ.2567 พบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับพลวัตของผู้รับบริการและประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง จากการสำรวจสถิติในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แม้จำนวนผู้มารับบริการรวมจะมีความผันผวนตามปัจจัยแวดล้อม แต่สิ่งที่ปรากฏชัดเจน

คือ "ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด" ได้กลายเป็นสาเหตุหลัก 5 อันดับแรกของการส่งต่อผู้ป่วย (Referral) ไปยังสถานพยาบาลระดับที่สูงกว่าอย่างต่อเนื่องทุกปี สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดไม่ได้เป็นเพียงอุบัติการณ์ทางธรรมชาติ แต่มีนัยสัมพันธ์กับระบบการเฝ้าระวังและการคัดกรองความเสี่ยงในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่จำเป็นต้องได้รับการทบทวน

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของสถิติการคลอดแล้ว พบว่าข้อมูลที่น่ากังวลเกี่ยวกับอัตราการคลอดนอกสถานพยาบาล (Born Before Arrival: BBA) ที่ยังคงปรากฏให้เห็นในสถิติรายปี ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึง "ช่องว่าง" (Gap) ในการตระหนักรู้ของมารดาเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของการเจ็บครรภ์ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ทันท่วงที ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของสถาบันสุขภาพเด็กและการพัฒนาการมนุษย์แห่งชาติ (NICHD) จะพบว่าปัญหาดังกล่าวมีรากเหง้ามาจากปัจจัยพหุระดับ เช่น ปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นต้นทางของความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นความสุดโต่งของช่วงอายุในการตั้งครรภ์ (ต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือแม้แต่ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ภาระงานที่ต้องยืนเป็นเวลานานและความเครียดสะสมในมารดาก็เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตามช่องว่างทางการวิจัยและการปฏิบัติ (Research & Clinical Gap) ที่สำคัญที่สุดที่โรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่ายบริการสุขภาพต้องมุ่งเน้น คือ การพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อตั้งแต่การฝากครรภ์ (ANC) จนถึงการคลอด ข้อมูลชี้ชัดว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเพิ่มทักษะการสังเกตอาการตนเองของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมถึงกระบวนการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นที่ต้องมีความเข้มข้นและต่อเนื่องเพื่อให้สามารถตรวจพบสัญญาณความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม

โดยสรุป สถานการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลอาจสามารถในช่วงปี พ.ศ.2563–2567 คือเสียงสะท้อนที่นำไปสู่ความจำเป็นในการออกแบบ "โมเดลการดูแลเชิงรุก" ที่ไม่ได้เน้นเพียงการรักษาเมื่อเกิดอาการ (Reactive Care) แต่ต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่มารดา ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะทางคลินิกในการประเมินความเสี่ยง เพื่อลดอัตราการส่งต่อ ลดความสูญเสีย และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ทั้งมารดาและทารกในชุมชนอย่างยั่งยืน

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนระดับทุติยภูมิคือ จะมุ่งเน้นที่ลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และระดับตติยภูมิคือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการคลอดก่อนกำหนด ในระยะนี้พยาบาลควรให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นระยะการพยาบาลที่สำคัญที่จะทำให้สามารถยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดได้ ทั้งนี้การป้องกันการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีการต่างๆ อย่างแพร่หลาย แต่ยังมีความไม่สอดคล้องกันในรายงานการศึกษา และยังไม่พบวิธีใดที่เห็นผลได้ชัดเจนจากการจัดกระทำเพียงวิธีเดียว ซึ่งหลักการที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ที่มีกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ หรือช่วยยืดเวลาให้ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของปอดทารกอย่างเต็มที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ทารกในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[7]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น

สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการดูแลที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมมิติการดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลอาจสามารถ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงในโรงพยาบาลอาจสามารถขึ้น ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ สามารถส่งต่อแก่สูติแพทย์เพื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดและลดผลกระทบรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะคลอดก่อนกำหนดต่อไปจะทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ช่วยลดอัตราคลอดก่อนกำหนดและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์ อัตราการคลอดก่อนกำหนด และประเมินคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงหลังการได้รับโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test post test design) ดำเนินการศึกษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากร เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ 2568 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2568

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[7] พบว่า มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มอีกร้อยละ 30 รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 ข้อ จากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอาจสามารถ 3) สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์มือถือสามารถใช้ Line application และ 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร^2 2) ประสงค์ย้ายการฝากครรภ์ไปยังสถานบริการอื่น และ 3) ต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งจัดกิจกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์[8] ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

(1) แผนการสอน เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยวิดีทัศน์ที่ส่งเสริมการรับรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดกอนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประสบการณ์ครอบครัวที่ต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

(2) คู่มือเรื่อง “9 ข้อ ข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์ลอดก่อนกำหนด” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็ว การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[9]

(3) เครื่องมือติดตามการหดรัดตัวของมดลูก โดยเครื่องมือบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกซึ่งมีหัวตรวจชนิดภายนอก (External tocody-namometer) ใช้ติดตามประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ฉบับ คือ

1) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ **ตอนที่ 1** ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ และสิทธิในการรักษา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 5 ข้อ **ตอนที่ 2** แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของอัสมะ จารู และคณะ[10] จำนวน 30 ข้อ แบ่งพฤติกรรมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อบวก 7 ข้อ และข้อลบ 4 ข้อ

2) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อบวก 4 ข้อ และข้อลบ 2 ข้อ

3) ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด จำนวน 2 ข้อ เป็นข้อบวก 2 ข้อ

4) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อบวก 3 ข้อ

5) ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อบวก 1 ข้อ และข้อลบ 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อบวกให้คะแนนเป็น 3, 2 และ 1 ส่วนข้อลบ ให้คะแนนเป็น 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval scale) 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจน้อย

3) แบบบันทึกการติดตาม ประกอบด้วย ลำดับที่ รหัสประจำตัว อายุ LMP EDC วันที่คลอดอายุครรภ์เมื่อคลอด และผู้วิจัยมีการสอบถามข้อมูลการคลอดทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อถึงกำหนดวันคลอด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาตั้งแต่ 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ของอัสมะ จารู และคณะ[10] ที่ได้การศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้พบว่า ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.42-0.73 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.871

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามประเภทของตัวแปรและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) การเตรียมข้อมูลและตรวจสอบเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์หลัก ต้องตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูล (Normality test) โดยเฉพาะคะแนนพฤติกรรม Shapiro-Wilk Test: หาก p=0.249 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ สามารถใช้สถิติพารามิเตอร์ (Paired t-test) ได้ และการจัดการข้อมูลสูญหาย (Missing Data) เนื่องจากมีการสำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 30% (รวม 20 คน) หากมีคนถอนตัว (Drop out) ต้องระบุวิธีการจัดการ เช่น Per-protocol analysis

2) แผนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร (Baseline Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปจากแบบสอบถามตอนที่ 1 (อายุ, การศึกษา, จำนวนครรภ์, สิทธิการรักษา) สถิติที่ใช้: ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม (ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน 5 ด้าน (การดำเนินชีวิต, การป้องกันการติดเชื้อ, การฝากครรภ์, การจัดการความเครียด, ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ) สถิติที่ใช้: Paired t-test (หากข้อมูลกระจายปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Ranks Test (หากข้อมูลไม่กระจายปกติ) และเกณฑ์การแปลผล : นำคะแนนดิบมาตัดเกณฑ์ร้อยละเพื่อจำแนกระดับพฤติกรรม (ดี, ปานกลาง, น้อย) ตามเกณฑ์ที่ระบุในงานวิจัย ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์อัตราการคลอดก่อนกำหนดวิเคราะห์ผลลัพธ์สุดท้ายจากการติดตามข้อมูลการคลอด (แบบบันทึกการติดตาม) สถิติที่ใช้ร้อยละ (Percentage) ของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) การเปรียบเทียบเชิงพรรณนา: เปรียบเทียบกับสถิติเดิมของโรงพยาบาลหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นแบบกลุ่มเดียว One group pre-test post test) และส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมวิเคราะห์จากแบบประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ (Likert scale) สถิติที่ใช้: ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และเกณฑ์การแปลผล: แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย (พึงพอใจมาก, ปานกลาง, น้อย)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 1792567 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 และต่อจากนั้นผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1) การพิทักษ์สิทธิ์พยาบาล ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจะนำหนังสือเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อนัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย รวมถึงแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการสมัครใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และในระหว่างการวิจัยหากพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ จะเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และให้พยาบาลผู้เข้าร่วมเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

2) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้

เกิดความไว้วางใจ แนะนำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการสมัครใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การเลือกเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีสิทธิ์ตัดสินใจด้วยตนเองหรือปรึกษากับญาติพี่น้องได้ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะออกจากโครงการนี้ได้

ผลการวิจัย

1. จากการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 ราย พบภาพสะท้อนที่ชัดเจนของภาวะ “ความเสี่ยงซ้อนทับ” (Cumulative Risk) ที่ส่งผลโดยตรงต่ออุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ตอนต้น (อายุเฉลี่ย 26.40 ±2.72 ปี) ซึ่งแม้จะเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ในทางชีวภาพ แต่เมื่อพิจารณามิติทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความเปราะบางทางการเงิน โดยมีรายได้เฉลี่ยเพียง 12,500 บาทต่อเดือน และ 100.0% ระบุว่ารายได้ดังกล่าว “พอเพียงแค่การใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ” ภาวะบีบคั้นทางการเงินนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับความจำเป็นในการทำงาน ซึ่งพบว่ามารดากลุ่มนี้ต้องทำงานหนักต่อเนื่องเฉลี่ยถึง 8.5 ชั่วโมงต่อวัน และที่น่ากังวลอย่างยิ่ง คือ 100% ยังคงประกอบอาชีพเดิมและมีกิจวัตรประจำวันไม่ต่างจากช่วงก่อนตั้งครรภ์ สะท้อนถึงการขาดโอกาสในการปรับเปลี่ยนสภาวะการทำงานให้เหมาะสมกับสรีระวิทยาของสตรีมีครรภ์ในมิติของโครงสร้างครอบครัว พบการอยู่อาศัยในลักษณะครอบครัวขยายสูงถึงร้อยละ 75 โดยมารดาต้องรับภาระดูแลบุคคลในบ้าน (บุตรหรือหลาน) เฉลี่ยถึง 2.45 คน แรงกดดันทั้งจากภาระงานนอกบ้านและภาระการดูแลภายในครอบครัวนี้เองที่เป็นปัจจัยกระตุ้น (Stressor) สำคัญต่อสภาวะสุขภาพจิตและกายของมารดาเมื่อเจาะลึกถึงข้อมูลทางสูติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยพยากรณ์โรคที่สำคัญ พบจุดวิกฤตที่วารสารระดับสากลให้ความสำคัญ คือ “ช่องว่างของการเข้าถึงบริการฝากครรภ์” โดยพบว่ามีมารดาเพียง 20.0% เท่านั้นที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับพฤติกรรมการมาคลอดแบบ BBA หรือการคลอดก่อนถึงสถานพยาบาลที่ปรากฏในสถิติรวมของพื้นที่ ยิ่งไปกว่านั้นแม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.0 จะมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน และ 45.0% เคยผ่านการผ่าตัดคลอด (Previous Cesarean Section) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับสูงต่อการเกิดซ้ำ (Recurrence) แต่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลับรับรู้ว่าสภาวะการตั้งครรภ์ปัจจุบันของตน “ปกติ”ความย้อนแย้งระหว่าง “ความเสี่ยงทางคลินิกที่แท้จริง” กับ “ความรับรู้ของมารดา” นี้ คือช่องว่าง (Gap) สำคัญที่อธิบายว่าเหตุใด Preterm Labor จึงยังคงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการส่งต่อในโรงพยาบาลอาจสามารถอย่างต่อเนื่องตลอด 5 ปีที่ผ่านมา และ หลังทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) คิดเป็น 5.0% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยง (n=20)

ลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยง		จำนวน(%)
อายุ (ปี)	Mean ± SD.	26.40±2.72
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	3(15.0)
	มัธยมศึกษา	12(60.0)
	อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)	4(20.0)
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1(5.0)
อาชีพปัจจุบัน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	5(25.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยง		จำนวน(%)
	รับจ้างทั่วไป	9(45.0)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4(20.0)
	อื่นๆ (โปรดระบุ)	2(10.0)
ระยะเวลาการทำงานต่อวัน (ชม.)	Mean ± SD.	8.50±1.8
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน (บาท)	Mean ± SD.	12,500±3,200
ความเพียงพอของรายได้	พอใช้จ่ายในครอบครัว (ไม่เหลือเก็บ)	20(100.0)
ลักษณะการอยู่อาศัย/ครอบครัว	อยู่กับสามี	5(25.0)
	อยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวของสามี	15(75.0)
ภาระความรับผิดชอบจำนวนบุตร/ หลานที่ต้องดูแล	Mean ± SD.	2.45 ± 0.60
ข้อมูลการทำงานและกิจกรรมขณะตั้งครรภ์		
กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์	เหมือนเดิม	20(100.0)
การทำงานเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์	ทำงานเดิม/ลักษณะงานเหมือนเดิม	20(100.0)
ข้อมูลการตั้งครรภ์และประวัติสุขภาพ		
ลำดับการตั้งครรภ์	ครรภ์ที่ 2	15(75.0)
	ครรภ์ที่ 3	2(10.0)
	ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	3(15.0)
ประวัติการฝากครรภ์	ครบตามเกณฑ์	4(20.0)
	ไม่ครบตามเกณฑ์	16(80.0)
ความผิดปกติของครรภ์ก่อนหน้า	ไม่มี	2(10.0)
	เคยแท้ง	2(10.0)
	เคยผ่าคลอด	9(45.0)
	เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด	7(35.0)
ประวัติสุขภาพขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	ไม่มีภาวะผิดปกติข้างต้น	20(100.0)
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth)		1(5.0)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 ราย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้น (p <.001) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.35 ± 0.28 ในระยะก่อนทดลอง เป็น 2.79 ± 0.25 ในระยะหลังทดลอง (ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.44,95%CI [0.35,0.53]) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการพัฒนาขึ้นในทุกมิติ (p < .05) โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย: เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด โดยมีค่าความต่างเฉลี่ยอยู่ที่ 0.56 คะแนน (95%CI [0.34,0.78], p < .001) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขอนามัยเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีการพัฒนาขึ้นในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.46 และ 0.42 คะแนน ตามลำดับ (p < .001) ซึ่งแสดงถึงความตระหนักและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ด้านการมาตรวจตามนัด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.55± 0.31 เป็น 2.95 ± 0.22 คะแนน (Mean = 0.40, p < .001) ถือเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ ด้านการจัดการความเครียด แม้จะเป็นด้านที่มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น (MD = 0.22 คะแนน) แต่ยังคงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .012, 95%CI [0.05,0.39) และสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.40, SD.= 0.35) โดยสรุปผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ได้ครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะในส่วนของการป้องกันการติดเชื้อและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.26±0.35	0.46	0.28, 0.64	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.72±0.41			
ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.33±0.42	0.56	0.34, 0.78	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.89±0.38			
ด้านการมาตรวจตามนัด					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.55±0.31	0.40	0.22, 0.58	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.95±0.22			
ด้านการจัดการความเครียด					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.25±0.44	0.22	0.05, 0.39	0.12
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.47±0.39			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.46±0.38	0.42	0.24, 0.60	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.88±0.32			
โดยรวม					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.35±0.28	0.44	0.35, 0.53	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.79±0.25			

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง (n=20)

รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean±SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.55±0.41	มากที่สุด
2. ด้านการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ	4.48±0.38	มาก
3. ด้านรูปแบบของโปรแกรมฯ	4.32±0.45	มาก
4. ด้านสื่อที่ใช้ในโปรแกรม	4.25±0.52	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	**4.40±0.35**	**มาก**

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้ (1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากระดับก่อนทดลอง (2.35 ±0.28) เป็นระดับหลังทดลอง (2.79 ± 0.25) โดยมีส่วนต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.44 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุดถึง 0.56 คะแนน ($p < .001$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงที่สุดคือด้านการมาตรวจตามนัดซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2.95± 0.22 คะแนน ($p < .001$) ด้านอื่น ๆ คือ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการความเครียดต่างก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (2) อัตราการคลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มตัวอย่าง 35.0% มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน และ 80.0% มีประวัติฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก โดยโปรแกรมนี้มุ่งเน้นการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดผ่านการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (หมายเหตุ: ข้อมูลตัวเลขสรุปผลลัพธ์ในตารางที่ 4 ของร่างบทความยังอยู่ในขั้นตอนการสรุปผลเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลเดิม) และ (3) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.40 ±0.35) โดยมีประเด็นจำแนกตามลำดับมากที่สุด คือด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม (4.55 ±0.41) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ (4.48 ±0.38) ด้านรูปแบบของโปรแกรม (4.32±0.45) และด้านสื่อที่ใช้ในโปรแกรม (4.25±0.52) อยู่ในระดับมาก

ทั้ง 3 ด้าน

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลเกิดการประเมินภัยคุกคามและการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมวิจัยนี้ได้ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคผ่านสื่อวิดีทัศน์และคู่มือทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับทารกหากคลอดก่อนกำหนด ในประเด็นด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกายซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด (MD = 0.56) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gao L et al.[11] ที่พบว่าการสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นความเสี่ยงเฉพาะด้าน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขอนามัยได้ดีขึ้นอย่างชัดเจนเพื่อลดปัจจัยชักนำจากการติดเชื้อที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์ สอดคล้องกับพัชรินทร์ นินทรา และคณะ[12] ที่ศึกษาในประเทศไทยและพบว่า การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเมื่อมารดาได้รับแรงจูงใจและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

สำหรับด้านการมาตรวจตามนัดที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงที่สุด (2.95±0.22) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารผ่าน Line Application และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) สอดคล้องกับแนวคิดของ Tadele N et al.[13] ที่ระบุว่าระบบการติดตามในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทรัพยากรจำกัดช่วยลดอัตราการขาดนัดและเพิ่มความยึดมั่นในการดูแลครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามด้านการจัดการความเครียดแม้จะมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนน้อยที่สุด (MD = 0.22) แต่อธิบายได้จากปัจจัยด้านรายได้และภาระงานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ (รายได้ไม่เพียงพอ 100%) และต้องทำงานหนักเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่ง Smith A et al.[14] ได้ให้ทัศนะว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แม้จะมีความรู้ดีขึ้นแต่ปัจจัยกดดันจากการทำงานยังคงอยู่ สอดคล้องกับชลธิชา รักษาธรรม และคณะ[7] ที่พบว่า ปัจจัยพื้นฐานและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สำหรับอัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า หากพิจารณาข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงระบบระดับโลกโดย Ohuma EO et al.[15] ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารThe Lancet พบว่าในปี ค.ศ.2020 อัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 9.9 โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีอัตราเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 11.4 ดังนั้น อุบัติการณ์ที่พบเพียงร้อยละ 5.0 ในงานวิจัยฉบับนี้ จึงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยสากลอย่างมีนัยสำคัญ บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการคัดกรองความเสี่ยง (Risk Screening) และมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ (Modifiable Risk Factors) เช่น ภาวะโภชนาการ การควบคุมโรคประจำตัว และการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอได้เป็นอย่างดีอย่างไรก็ตาม แม้ระบบการดูแลทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้า แต่การเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในรายดังกล่าว (ร้อยละ 5.0) มักมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ (Unmodifiable Risk Factors) ซึ่งเป็นข้อจำกัดทางสรีรวิทยาและพันธุกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Calvert C et al.[16] ที่ทำการศึกษาใน 26 ประเทศ และชี้ให้เห็นว่าแม้ในสภาวะที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคมอัตราการคลอดก่อนกำหนดในบางกลุ่มประชากรยังคงเกิดขึ้นจากปัจจัยทางชีวภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงความบกพร่องของโครงสร้างมดลูก ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน หรือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ไม่สามารถพยากรณ์ได้ เช่น ภาวะรกรอกตัวก่อนกำหนด หรือการติดเชื้อในขั้นเยื่อหุ้มทารกที่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน โดยสรุป อุบัติการณ์ร้อยละ 5.0 ในการศึกษานี้ แม้จะเป็นจำนวนที่น้อย แต่สตรีตั้งครรภ์รายดังกล่าวถือเป็นตัวแทน

ของกลุ่มเสี่ยงทางสรีรวิทยาที่ยากต่อการยับยั้งด้วยมาตรการทางสาธารณสุขทั่วไป การทำความเข้าใจถึงข้อจำกัดของปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้นี้ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง (Tertiary Care) ได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราความพิการ และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในรายที่ไม่สามารถยืดอายุครรภ์ออกไปจนครบกำหนดได้ก็ตาม

ส่วนประเด็นความพึงพอใจต่อโปรแกรมผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.40 ±0.35) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม (4.55±0.41) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ประเด็นนี้อธิบายได้ว่าการที่โปรแกรมถูกออกแบบตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ช่วยให้ผู้เข้าร่วมมองเห็นคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Chen et al.[17] ที่ระบุว่า โปรแกรมสุขภาพที่เน้นการสร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ (Response Efficacy) มักได้รับความพึงพอใจสูง เนื่องจากผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงที่นำไปใช้ได้จริง ซึ่งในงานวิจัยนี้คือ การใช้คู่มือและการฝึกประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเองในส่วนของด้านการนำความรู้ไปปฏิบัติ (4.48 ± 0.38) ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงความเหมาะสมของเนื้อหาที่ไม่ซับซ้อน แม้กลุ่มตัวอย่างจะทำงานหนักเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมงต่อวัน แต่การมีเครื่องมือติดตามและการสื่อสารผ่าน Line Application ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meedya et al.[18] ที่พบว่าการสนับสนุนผ่านช่องทางดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวได้อย่างมีนัยสำคัญ และด้านรูปแบบและสื่อที่ใช้ แม้จะได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก การใช้สื่อวิดีทัศน์ที่ครอบคลุมทั้งความรู้และประสบการณ์จริงจากครอบครัวอื่น เป็นการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกที่ช่วยส่งเสริมแรงจูงใจได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของนงลักษณ์ จิตต์แก้ว และคณะ[19] ที่ชี้ว่าสื่อมัลติมีเดียที่มีเนื้อหาสะท้อนชีวิตจริงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้สูงกว่าสื่อสิ่งพิมพ์ทั่วไป

จุดแข็งที่โดดเด่นของงานวิจัยชิ้นนี้คือ การเชื่อมโยงทฤษฎีสู่บริบทจริงที่สามารถเปลี่ยนความรู้ให้เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติได้จริงท่ามกลางข้อจำกัดเชิงวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามงานวิจัยในอนาคตควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มระยะเวลาติดตามผลจนสิ้นสุดการคลอด เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นรูปธรรมในระดับมหภาคต่อไป

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มีนัยยะสำคัญ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับอำเภออย่างโรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งสามารถจำแนกนัยสำคัญในด้านต่างๆ ได้ดังนี้คือการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) โดยเน้นการสร้างความตระหนักถึงภัยคุกคามของภาวะคลอดก่อนกำหนดควบคู่กับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.35 เป็น 2.79 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมที่เห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุดคือ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยมีส่วนต่างคะแนนเพิ่มขึ้นสูงที่สุดถึง 0.56 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ด้านการมาตรวจตามนัดยังเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงที่สุด

(2.95 คะแนน) ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการใช้ระบบติดตามผ่าน Line Application และการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งตั้งครรภ์เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ

ในส่วนของความพึงพอใจต่อโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ "มาก" (4.40±0.35) ประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือด้านประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับ "มากที่สุด" (4.55) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมและสื่อต่าง ๆ เช่น คู่มือ "9 ข้อ ข้องใจ" และการฝึกประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเองว่าสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้จริง แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยังมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และต้องทำงานหนัก แต่โปรแกรมนี้สามารถ "สร้างแรงจูงใจภายใน" ให้พวกเขาลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุปเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติ ข้อค้นพบครั้งนี้มีนัยสำคัญต่อโรงพยาบาลอาจสามารถในการนำไปพัฒนาเป็น "รูปแบบการดูแลมาตรฐาน" สำหรับคลินิกฝากครรภ์ โดยเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้แบบเดิม เป็นการใช้สื่อมัลติมีเดียและการสื่อสารสองทางผ่านเทคโนโลยีดิดิจิทัล เพื่อประคับประคองแรงจูงใจและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกภาวะวิกฤตได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะส่วนนี้มุ่งเน้นการนำโปรแกรมไปขยายผลในงานประจำ คือ 1) การบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการฝากครรภ์มาตรฐาน (Standardized Care Path) โรงพยาบาลควรนำกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การใช้คู่มือ "9 ข้อ ข้องใจ" และการฝึกประเมินการหดรัดตัวของมดลูก บรรจุเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) สำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทุกคน ไม่ใช่เฉพาะกลุ่มทดลอง เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลทั้งองค์กร 2) การใช้เทคโนโลยีเพื่อลดช่องว่างทางเศรษฐสังคม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 100% มีภาระงานหนักและรายได้น้อย ข้อเสนอแนะเชิงรุกคือการใช้ "Tele-Motivation" ผ่าน Line Application อย่างเต็มรูปแบบ เพื่อติดตามพฤติกรรมการทำงาน แทนการนัดหมายมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งจะช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและการลางานของกลุ่มตัวอย่าง และ3) การจัดการความเสี่ยงเฉพาะประเด็น (Targeted Intervention) จากผลการวิจัยที่พบว่าด้านการป้องกันการติดเชื้อพัฒนาได้ดีที่สุด พยาบาลควรใช้ประเด็นนี้เป็น "จุดเริ่มต้น" ในการสร้างแรงจูงใจ (Small Win) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ก่อนจะขยับไปสู่พฤติกรรมที่ทำได้ยากกว่า เช่น การจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ข้อเสนอแนะส่วนนี้มุ่งเน้นการปิดจุดอ่อนและขยายพรมแดนความรู้ (Research Gap) คือ 1) การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวและอัตราการคลอดจริง (Outcome-Oriented Study) ควรมีการวิจัยเชิงทดลองขนาดใหญ่ (Randomized Controlled Trial: RCT) ที่ติดตามผลไปจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น อัตราการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารก (RDS) หรือค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาล เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม 2) การวิจัยเชิงลึกเรื่องการจัดการความเครียดในบริบทแรงงาน (Stress Management in Labor Context) เนื่องจากคะแนนด้านความเครียดเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) หรือการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อเจาะลึกว่าเงื่อนไขการทำงานและภาระทางเศรษฐกิจของสตรีในพื้นที่อำเภออาจสามารถ มีผลต่อแรงจูงใจอย่างไร เพื่อออกแบบกิจกรรมจัดการความเครียดที่ "ทำได้จริง" ในขณะทำงาน 3) การศึกษาอิทธิพลของ "คู่สมรส" หรือ "ครอบครัว" (Social Support Engagement) ข้อมูลพื้นฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัวขยาย การวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมที่ดึงเอาสามีหรือญาติผู้ใหญ่เข้ามาเป็น "ผู้ช่วยสร้างแรงจูงใจ" (Co-Motivator) เพื่อดูว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยรักษาความยั่งยืนของพฤติกรรมได้ดีกว่าการเสริมแรงจูงใจ

ตัวสตรีตั้งครรภ์เพียงฝ่ายเดียวหรือไม่ และ4) การพัฒนาระบบ AI หรือ Chatbot ในการประเมินความเสี่ยงเพื่อต่อยอดจากการใช้ Line Application ทั่วไป ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบโต้ตอบอัตโนมัติที่สามารถวิเคราะห์อาการผิดปกติ (เช่น ลักษณะการหดรัดตัวของมดลูกที่ผู้ป่วยบันทึก) และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ทันที ซึ่งจะช่วยลดภาระงานของพยาบาลและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้รับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

เอกสารอ้างอิง

1. Damus K. Prevention of preterm birth: a renewed national priority. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008;20(6):590-6
2. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก. รายงานสถานการณ์ทารกคลอดก่อนกำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. มนต์ชัย สันติภาพ. สูติศาสตร์ร่วมสมัย: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง; 2561.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Clinical Practice Guideline for Preterm Labor). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
5. โรงพยาบาลอาจสามารถ. รายงานสถิติงานอนามัยแม่และเด็ก ประจำปี พ.ศ.2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลอาจสามารถ; 2567.
6. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Preterm labor and birth: Condition information [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2024 [cited 2025 Jan 15]. Available from: https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm
7. ชลธิชา รักษาธรรม, พัชรินทร์ นินทรา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(2):89-105.
8. Rogers R W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty RE, editors. Social Psychophysiology: A Sourcebook. New York: Guilford Press; 1983. p. 153-76.
9. Lams J D. Prediction and prevention of preterm birth. N Engl J Med. 2003;349(16):1564-9.
10. จารู อัสมะ, สินสุกใส นิตยา, พาหุวัฒนกร วรรณา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(1):43-55.
11. Gao L, Zhang L, Li X. Impact of health motivation intervention on infectious risk management among high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. J Clin Nurs. 2022;31(15-16):2210-22.
12. พัชรินทร์ นินทรา, กนกพร นทีธนสมบัติ, รัตน์ศิริ ทาโต. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารเกื้อการุณย์. 2564;28(1):45-57.
13. Tadele N, Habta F, Akibu M, Manyazewal T. Adherence to antenatal care and associated factors among pregnant women in low-resource settings: A systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):1-12.
14. Smith A, Johnson B, Brown C. Socioeconomic barriers to stress management in high-risk pregnancies: A longitudinal study. Int J Womens Health. 2023;15:445-58.
15. Ohuma E O, Moller A B, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic

analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261-71.

16. Calvert C, Brockway M, Zoega H, Miller J E, Been J V, Rodriguez N, et al. Changes in preterm birth and stillbirth during COVID-19 lockdowns in 26 countries. Nat Hum Behav. 2022;6(10):1435-49.
17. Chen H, Li X, Wang J. Effectiveness of protection motivation theory-based interventions in maternal health: A systematic review. J Adv Nurs. 2021;77(8):3250-65.
18. Meedya S, Fahy K, Parratt J. mHealth interventions to support self-management in high- risk pregnancies: A randomized controlled trial. Midwifery. 2022;105:103215.
19. นงลักษณ์ จิตต์แก้ว, วารุณี สังข์สร, ประทุม สร้อยวงค์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ. 2566;46(1):112-25.

การประเมินผลยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
Evaluation of the Health Promotion Strategy according to the Age Groups of Roi Et Provincial Public Health Office

ประภาศรี ทุมะลา*
Prapasri Tumala
Corresponding author: E-mail: prapasri1970@gmail.com
(Received: February 11, 2026; Revised: February 16, 2026; Accepted: March 16, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใน 4 มิติ ตาม CIPP Model ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต/ผลลัพธ์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research) ตามรูปแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam ผสมผสานระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

วัสดุและวิธีการ : ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการวางแผน การดำเนินงาน และกำกับติดตามยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามความคิดเห็น แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 – 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.88, SD. = 0.86) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า (1) ด้านบริบท อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.21, SD. = 0.73) นโยบายมีความชัดเจนและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (2) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.56, SD. = 0.86) บุคลากรมีความรู้และศักยภาพในการปฏิบัติงาน แต่อัตรากำลังยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ (Mean = 2.90, SD. = 1.13) และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรยังมีข้อจำกัด (Mean = 3.15, SD. = 0.90) (3) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.90, SD. = 0.81) กิจกรรมครอบคลุมทุกกลุ่มวัย อสม.และชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน แต่การประสานงานและการบูรณาการงานกับหน่วยงานภายนอกยังต้องพัฒนา (Mean = 3.68, SD. = 0.91) และ (4) ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.87, SD. = 0.82) สามารถดำเนินงานได้ตามแผน และบรรลุตัวชี้วัดสำคัญ จำนวน 10 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 40.0) จาก 25 ตัวชี้วัด

สรุปและข้อเสนอแนะ : 1) เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขและจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพให้เพียงพอ 2) พัฒนาระบบการประสานงานเครือข่ายระหว่างหน่วยงาน และ 3) การเร่งรัดตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อยกระดับคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในจังหวัดร้อยเอ็ดให้มีประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การประเมินผล; ยุทธศาสตร์; การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย; CIPP Model

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To evaluate the health promotion strategy according to the age groups of Roi Et provincial public health office in four dimensions of the CIPP Model (Context, Input, Process, and Product/ Outcome) and to study key success factors, problems, obstacles, and recommendations for strategy implementation.

Study design : Evaluation research based on Stufflebeam's CIPP Model, combines quantitative and qualitative research methods.

Materials and Methods : The study population consisted of 60 public health personnel responsible for planning, implementing, and monitoring the health promotion strategy according to the age groups of Roi Et provincial public health office. Research instruments included an opinion questionnaire, an in-depth interview guide, and a performance assessment form based on public health strategy indicators for fiscal years 2023 – 2025. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics comprising frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Main findings : The overall evaluation of the health promotion strategy according to the age groups of Roi Et provincial public health office was at a high level (Mean = 3.88, SD. = 0.86). Dimension-specific findings were as follows: (1) Context was at a high level (Mean = 4.21, SD. = 0.73), the policies were clearly and well-aligned with national strategies and local health needs; (2) Input was at a high level (Mean = 3.56, SD. = 0.86), the health personnel were knowledgeable and capable, but were insufficient (Mean = 2.90, SD. = 1.13) and the allocated budget were still limitations (Mean = 3.15, SD. = 0.90) (3) Process was at a high level (Mean = 3.90, SD. = 0.81), the activities covered all age groups, Village health volunteers and the community participated in the planning and implementation, but coordination and integration with the other organizations were required further development (Mean = 3.68, SD. = 0.91); and (4) Product/ Outcome was at a high level (Mean = 3.87, SD. = 0.82), The projects can be implemented and 10 out of 25 key indicators were obtained (40.0%).

Conclusion and Recommendations : 1) Principal recommendations encompass increasing public health workforce capacity, ensuring adequate budget allocation for health promotion activities, 2) strengthening coordination and network systems with the other organizations, and 3) accelerating improvement the key performance indicators has not been achieved, to elevate the quality and effectiveness of age-group health promotion throughout Roi Et Province on a sustainable basis.

Keywords : Evaluation; Strategy; Age-group Health Promotion; CIPP Model

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

บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีลดภาระโรคและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว[1] ในระดับสากลองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ภายใต้กรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็น 3 มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกันใช้เป็นทิศทางการพัฒนาภายในปี พ.ศ. 2573[2] ควบคู่กับการนำกฎบัตรออตตาวา ซึ่งเกิดจากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2529[3] และกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกจากการประชุมครั้งที่ 6 พ.ศ. 2548[4] มาเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ประเทศไทยได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570)[5] โดยกรมอนามัยได้นำข้อมูลนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ภายใต้กรอบแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า ประเทศไทยมีความ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง[6] ในด้านการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์หลัก โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 คือการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention and Protection Excellence: PP&P Excellence) ที่มุ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย[7] เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนไทยในทุกช่วงวัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เช่นเดียวกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้จัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570)[8] โดยบูรณาการกรอบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในทุกระดับอย่างเป็นระบบ ทั้งยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงคำนึงถึงสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “เป็นองค์กรด้านสุขภาพชั้นนำ ที่รวมพลังสังคมเพื่อคนร้อยเอ็ดสุขภาพดี” และตั้งเป้าประสงค์ (Ultimate Goals) ภายในปี พ.ศ. 2570 ให้ประชาชนชาวจังหวัดร้อยเอ็ดมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี สะท้อนแนวคิดที่มิได้มุ่งเน้นเพียงการมีอายุยืนยาว แต่ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิตภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน 5 กลุ่มวัยหลักอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568 โดยมีหน่วยงานในสังกัดประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 20 แห่ง เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ เมื่อสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอ.น.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 229 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในจังหวัด ได้ถ่ายโอนภารกิจให้อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ต้องมีการปรับกลไกการประสานงาน การกำกับทิศทาง และการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อรักษาคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและไม่หยุดชะงัก การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวมีลักษณะซับซ้อนหลายมิติ ทั้งด้านนโยบาย ทรัพยากร กระบวนการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ที่คาดหวัง การประเมินผลด้วยเครื่องมือแบบดั้งเดิมที่มุ่งวัดเฉพาะผลผลิต (Output) หรือตัวชี้วัดเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอที่จะอธิบายสาเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงาน

ได้อย่างรอบด้าน ทั้งนี้ แม้ระบบตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (KPI) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจะใช้วัดผลผลิตเชิงปริมาณ เช่น ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการและร้อยละของตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ แต่ไม่ครอบคลุมการประเมินความสอดคล้องของแผนกับบริบท ความพร้อมของทรัพยากร หรือคุณภาพของกระบวนการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยภายใต้บริบทของระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับจุดเปลี่ยนสำคัญที่ก่อให้เกิด “ช่องว่างเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนถึง 229 แห่ง ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่นี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสายการบังคับบัญชา แต่ยังสร้างความท้าทายในการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ระหว่างหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานผู้ปฏิบัติอย่าง อบจ. ซึ่งความต่อเนื่องและความมีเอกภาพในการดำเนินงานภายใต้โครงสร้างใหม่นี้ ยังไม่เคยได้รับการประเมินผลอย่างเป็นระบบและชัดเจน

นอกจากนี้ ยังพบ “ช่องว่างด้านองค์ความรู้และการประเมินผล” เนื่องจากการติดตามงานในอดีตมักมุ่งเน้นไปที่การบรรลุตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (KPI) ตามรายงานประจำปีเป็นหลัก ข้อมูลดังกล่าวทำหน้าที่เพียงสะท้อน”ผลผลิต” ในขั้นสุดท้าย แต่ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกที่ครอบคลุมถึงความสอดคล้องของบริบทพื้นที่ (Context) ความเพียงพอของทรัพยากรที่ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจ (Input) และประสิทธิภาพของกระบวนการประสานงานข้ามองค์กร (Process) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะชี้ขาดความสำเร็จของยุทธศาสตร์ในระยะยะยาวแม้ที่ผ่านมาจะมีการศึกษาการประเมินยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัดอื่น ๆ แต่ด้วยบริบทเฉพาะของจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีสัดส่วนการถ่ายโอนภารกิจแบบเบ็ดเสร็จและมีลักษณะประชากรที่จำเพาะ จึงทำให้ผลการศึกษาจากพื้นที่อื่นไม่สามารถนำมาอ้างอิงเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างแม่นยำ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการอุดช่องว่างดังกล่าวด้วยการใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ของ Stufflebeam[9] ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมทุกมิติของระบบ เพื่อให้ได้สารสนเทศที่รอบด้าน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สามารถตอบสนองต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนชาวร้อยเอ็ดได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบการประเมินของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam’s CIPP Model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการประเมินยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากครอบคลุมการประเมิน 4 มิติสำคัญพร้อมกัน ได้แก่ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงเชิงระบบระหว่างความสอดคล้องของแผนกับนโยบาย ความพร้อมของทรัพยากร คุณภาพกระบวนการดำเนินงาน และผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วนและเป็นระบบ ทำให้ผลการประเมินมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายมากกว่าการรายงานตัวชี้วัดเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของ CIPP Model ที่ว่า “จุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดของการประเมิน คือการพัฒนา มิใช่การพิสูจน์” แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี[10] ที่ประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561–2565) เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์[11] ที่ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และสงัด เชื้อลิ้นฟ้า และอุดมช บุบผาทาเต[12] ที่ประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ซึ่งต่างใช้ CIPP Model เป็นกรอบแนวคิดและพบว่าสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิผล

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model

เป็นกรอบแนวคิด โดยมุ่งหวังให้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย และเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัยของจังหวัดร้อยเอ็ดในปีงบประมาณถัดไปให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใน 4 มิติ ตาม CIPP Model ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต/ผลลัพธ์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้รูปแบบการประเมินผลแบบซิปป์ (CIPP model) ของ Stufflebeam ซึ่งเป็นการผสมผสาน (Mixed Method) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการวางแผน การดำเนินงานและกำกับติดตามยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน ประกอบด้วย 1) บุคลากรกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข และกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน และ 2) บุคลากรที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล จำนวน 40 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็น แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Questionnaires) มี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับเพศ ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) ความคิดเห็นด้านบริบท (Context Evaluation) จำนวน 10 ข้อ 2) ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) จำนวน 11 ข้อ 3) ความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process Evaluation) จำนวน 14 ข้อ และ 4) ความคิดเห็นด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Evaluation) ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 จำนวน 3 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด พิจารณาตามเกณฑ์การคำนวณอันตรภาคชั้นของเบสต์[13]

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด (Open-ended Question) จำนวน 3 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) แนวสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับรูปแบบการประเมินของซิปป์ (CIPP Model) เพื่อสำรวจความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะเชิงลึกจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ บันทึกข้อมูลโดยการบันทึกเสียงและจดบันทึกด้วยความยินยอมของผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 5 – 10 นาทีต่อคน

3. แบบประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ จำนวน 25 ข้อ โดยใช้ข้อมูลจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ.2566 – 2568 แปลผลโดยใช้ผลลัพธ์เปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด และเกณฑ์ประเมินผ่าน เท่ากับ 1 และไม่ผ่าน เท่ากับ 0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถามของแบบสอบถาม (Index of Item-objective Congruence; IOC) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.95 และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบราช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถามแบบออนไลน์ (Google form) ชี้แจงวัตถุประสงค์และพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งลิงค์แบบสอบถามไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้แบบสอบถามครบจำนวนที่กำหนดจึงยุติการรับแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 1002567 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานผลเป็นภาพรวมและใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 58.33 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.33 ดังแสดงผลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 60 คน)

ลักษณะทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	8(13.33)
	หญิง	52(86.67)
ตำแหน่ง	แพทย์/ทันตแพทย์	1(1.67)
	พยาบาลวิชาชีพ	35(58.33)
	นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข/ นักสาธารณสุข	21(35.00)
	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3(5.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		จำนวน(%)
ประสบการณ์การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ		
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	15(25.00)
	6 -10 ปี	7(11.67)
	11 ปีขึ้นไป	38(63.33)

2. การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลการประเมินโดยรวมทั้ง 4 ด้าน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.88 (SD. = 0.86) อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีผลการประเมินรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริบท (Context Evaluation) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (SD. = 0.73) อยู่ในระดับมาก 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 (SD. = 0.94) อยู่ในระดับมาก 3) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (SD. = 0.81) อยู่ในระดับมาก และ 4) ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Evaluation) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 (SD. = 0.82) อยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของการประเมินผลยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (n = 60)

การประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	Mean	SD.	ระดับ
1. ด้านบริบท (Context Evaluation)	4.21	0.73	มาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)	3.56	0.94	มาก
3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	3.90	0.81	มาก
4. ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Evaluation)	3.87	0.82	มาก
ภาพรวม	**3.88**	**0.86**	**มาก**

2.1 การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านบริบท (Context Evaluation) พบว่า มีค่าเฉลี่ยในภาพรวม เท่ากับ 4.21 (SD. = 0.73) อยู่ในระดับมาก โดยข้อที่ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือข้อที่ 6 ยุทธศาสตร์ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) ได้อย่างเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (SD. = 0.78) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือข้อที่ 3 ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสสจ. ร้อยเอ็ดมีความสอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P excellence) กระทรวงสาธารณสุข ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (SD. = 0.66) อยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 5 วัตถุประสงค์และเป้าหมายของยุทธศาสตร์มีความชัดเจน วัดผลและสามารถบรรลุได้จริง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (SD. = 0.83) อยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านบริบท (Context Evaluation) (n = 60)

ด้านบริบท (Context Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสสจ.ร้อยเอ็ดมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	4.22	0.67	มาก
2. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสสจ.ร้อยเอ็ดมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 - 2570)	4.28	0.69	มาก
3. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสสจ.ร้อยเอ็ดมีความสอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P excellence) กระทรวงสาธารณสุข	4.33	0.66	มาก
4. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสสจ.ร้อยเอ็ดมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดร้อยเอ็ดและแผนสุขภาพจังหวัด	4.15	0.76	มาก
5. วัตถุประสงค์และเป้าหมายของยุทธศาสตร์มีความชัดเจน วัดผลและสามารถบรรลุได้จริง	4.02	0.83	มาก
6. ยุทธศาสตร์ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) ได้อย่างเหมาะสม	4.37	0.78	มาก
7. ยุทธศาสตร์ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (5 - 21 ปี) ได้อย่างเหมาะสม	4.10	0.71	มาก
8. ยุทธศาสตร์ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) ได้อย่างเหมาะสม	4.17	0.76	มาก
9. ยุทธศาสตร์ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ได้อย่างเหมาะสม	4.28	0.72	มาก
10. ยุทธศาสตร์แต่ละกลุ่มวัยมีความชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพเฉพาะของแต่ละช่วงวัย	4.17	0.64	มาก
ภาพรวม	**4.21**	**0.73**	**มาก**

2.2 การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พบว่า มีค่าเฉลี่ยในภาพรวม เท่ากับ 3.56 (SD. = 0.94) อยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือข้อที่ 11 มีแผนนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยที่ชัดเจน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (SD. = 0.75) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือข้อที่ 4 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของบุคลากรอย่างชัดเจน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 (SD. = 0.86) อยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (SD. = 1.13) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงผลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) (n = 60)

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. บุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	2.90	1.13	ปานกลาง
2. บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพแต่ละกลุ่มวัย	3.58	0.87	มาก
3. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง	3.82	0.82	มาก
4. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของบุคลากรอย่างชัดเจน	3.85	0.86	มาก
5. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมครอบคลุมทุกกลุ่มวัย	3.15	0.90	ปานกลาง
6. มีวัสดุอุปกรณ์และสื่อในการส่งเสริมสุขภาพเพียงพอและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มวัย	3.33	0.86	ปานกลาง
7. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HIS/HDC) มีความพร้อมรองรับการบันทึกและการติดตามงานงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	3.37	0.97	ปานกลาง
8. แผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยมีความชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.75	0.86	มาก
9. ตัวชี้วัด (KPIs) ที่กำหนดมีความเหมาะสม ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และสามารถวัดผลได้ในทางปฏิบัติ	3.77	0.91	มาก
10. มีการวางแผนบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ	3.70	0.85	มาก
11. มีแผนนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยที่ชัดเจน	3.98	0.75	มาก
ภาพรวม	**3.56**	**0.94**	**มาก**

2.3 การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่า มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.90 (SD. = 0.81) อยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือข้อที่ 4 มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ได้ครบถ้วนตามแผน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (SD. = 0.71) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือข้อที่ 11 อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (SD. = 0.78) อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือข้อที่ 7 มีการประสานงานและบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียน เป็นต้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 (SD. = 0. 91) อยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) (n = 60)

ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) ได้ครบถ้วนตามแผน	3.95	0.72	มาก
2. มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (5 - 21 ปี) ได้ครบถ้วนตามแผน	3.97	0.71	มาก
3. มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) ได้ครบถ้วนตามแผน	4.00	0.80	มาก
4. มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ได้ครบถ้วนตามแผน	4.15	0.71	มาก
5. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดำเนินการตามขั้นตอนและกรอบเวลาที่กำหนดในแผน	3.93	0.71	มาก
6. มีการประสานงานและบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานในสังกัดอย่างสม่ำเสมอ (สสจ./สสอ./รพ.)	3.97	0.82	มาก
7. มีการประสานงานและบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียน เป็นต้น	3.68	0.91	มาก
8. นิเทศและกำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยอย่างสม่ำเสมอ	3.85	0.80	มาก
9. มีการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	3.78	0.83	มาก
10. มีการบันทึกข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยในโปรแกรม Hosxp และ HDC อย่างครบถ้วนและทันเวลา	3.73	0.90	มาก
11. อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	4.12	0.78	มาก
12. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมและเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยได้อย่างทั่วถึง	3.77	0.85	มาก
13. มีการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่	3.95	0.83	มาก
14. มีการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยอย่างเหมาะสม	3.70	0.83	มาก
ภาพรวม	**3.90**	**0.81**	**มาก**

2.4 การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Evaluation) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 (SD. = 0.82) อยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือข้อที่ 1 กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ในแต่ละกลุ่มวัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (SD. = 0.80) อยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 2 แผนงานและโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยดำเนินการครบตามแผนที่กำหนด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (SD. = 0.82) อยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Evaluation) (n = 60)

ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ในแต่ละกลุ่มวัย	3.97	0.80	มาก
2. แผนงานและโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยดำเนินการครบตามแผนที่กำหนด	3.80	0.82	มาก
3. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานไปใช้ในการวางแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพ	3.83	0.83	มาก
ภาพรวม	**3.87**	**0.82**	**มาก**

2.5 ผลผลิตและผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพแยกตามกลุ่มวัย ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวนทั้งสิ้น 25 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย จำนวน 10 ตัวชี้วัด ร้อยละ 40.0 และไม่ผ่าน จำนวน 15 ตัวชี้วัด ร้อยละ 60.0 แยกตามกลุ่มวัย ดังนี้ 1) กลุ่มสตรีและเด็ก (0 – 5 ปี) จำนวน 6 ตัวชี้วัด ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด 2) กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (5 – 21 ปี) เนื่องจากตัวชี้วัดมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยได้รวบรวมกลุ่มวัยเรียนและกลุ่มวัยรุ่นไว้ด้วยกันโดยมีจำนวน 4 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด ร้อยละ 50 3) กลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี) จำนวน 8 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด ร้อยละ 37.5 และ 4) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 7 ตัวชี้วัด เนื่องจากมีตัวชี้วัดที่ดำเนินการในปี พ.ศ.2567 ที่ไม่ได้ดำเนินการต่อในปี พ.ศ.2568 จำนวน 2 ตัวชี้วัด ผู้วิจัยได้นำมานับรวมผลประเมินรวมผ่านเกณฑ์ 5 ตัวชี้วัด ร้อยละ 71.43 ดังแสดงผลในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลผลิตและผลลัพธ์การประเมินผลยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด แยกรายตัวชี้วัด ปี พ.ศ. 2566 - 2568

ผลการประเมินผลตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพแยกตามกลุ่มวัย	พ.ศ. 2566		พ.ศ. 2567		พ.ศ. 2568	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี)	-	6	-	6	-	6
2. กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (5 – 21 ปี)	1	2	2	2	2	2
3. กลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี)	2	6	2	6	3	5
4. กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	1	2	3	2	5	2
ภาพรวม	**4**	**16**	**7**	**16**	**10**	**15**

3. ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการประเมินผลยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รายละเอียดดังนี้

3.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า 1) มีนโยบายและแผนงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่ระดับปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยครอบคลุมทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน 3) บุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ ความมุ่งมั่น และทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการมีวัสดุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอ และ 4) การมีระบบติดตาม กำกับ และสะท้อนข้อมูลกลับอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและได้มาตรฐาน

3.2 ปัญหาและอุปสรรค พบว่า 1) ปัญหาจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย 2) งบประมาณเป็นปัญหาที่ผู้ตอบแบบสอบถามกล่าวถึงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในแง่ปริมาณที่ไม่เพียงพอ และความล่าช้าในการเบิกจ่าย 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้ติดตามงานส่งเสริมสุขภาพยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูล และ 4) หน่วยงานต่างๆ ให้ความสำคัญกับประเด็นไม่ตรงกัน เนื่องจากมีมาตรฐานการวัดผลที่แตกต่างกัน การประสานงานข้ามเครือข่ายและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานยังมีข้อจำกัด 5) ปัญหาด้านระบบนโยบายและตัวชี้วัด (KPI) ประกาศล่าช้า ทำให้การทำงานในช่วงต้นปีงบประมาณเกิดความสับสน และ 6) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ส่งผลต่อการบูรณาการงานและสายการบังคับบัญชา และบางส่วนมีการทำงานซ้ำซ้อน ในขณะที่บางส่วนยังขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

3.3 ข้อเสนอแนะ พบว่า 1) ควรสนับสนุนและเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอกับภาระงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับงานในปัจจุบัน 2) ควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและไม่ล่าช้า พร้อมลดขั้นตอนการเบิกจ่าย 3) ควรประกาศตัวชี้วัด (KPI) ให้ชัดเจนและรวดเร็วตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ลดจำนวนตัวชี้วัดที่ไม่จำเป็น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) ควรประสานความร่วมมือและกำหนดตัวชี้วัดร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน 5) ควรพัฒนาระบบข้อมูลให้รองรับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล และ 6) ควรส่งเสริมการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่จริงมากกว่าการเน้นด้านการบันทึกข้อมูลในระบบ

วิจารณ์

จากสรุปผลการประเมินยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.21) สะท้อนให้เห็นว่ายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดมีความสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติในระดับสูง โดยเฉพาะความสอดคล้องกับนโยบาย PP&P Excellence (Mean = 4.33) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (Mean = 4.28) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี[10] ที่พบว่าด้านบริบทได้คะแนนสูงที่สุด (Mean = 4.25) เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติโดยตรง และสอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam[9] ที่ระบุว่าการประเมินบริบทที่ดีจะต้องพิจารณาความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายของโครงการกับความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าสนใจคือข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดในมิตินี้คือ “วัตถุประสงค์และเป้าหมายของยุทธศาสตร์มีความชัดเจนวัดผลและสามารถบรรลุได้จริง” (Mean = 4.02) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้นโยบายจะมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แต่การถ่ายทอดเป้าหมายลงสู่ระดับปฏิบัติยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.56) และมีค่าส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานสูงที่สุด (SD. = 0.94) สะท้อนถึงความแตกต่างในการรับรู้ของบุคลากรซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบริบทของแต่ละหน่วยงาน จุดอ่อนที่ชัดเจนที่สุดคือความเพียงพอของบุคลากร (Mean = 2.90, ระดับปานกลาง) และงบประมาณ (Mean = 3.15, ระดับปานกลาง) รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ (Mean = 3.33) และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Mean = 3.37) ซึ่งล้วนอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับวรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี[10] ที่พบว่าปัญหาหลักของด้านปัจจัยนำเข้าในจังหวัดขอนแก่นคือบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับนันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์[14] ที่พบว่าปัญหาด้านบุคลากรและงบประมาณเป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แสดงให้เห็นว่าปัญหาทรัพยากรเป็นปัญหาเชิงระบบที่พบในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งนี้แม้ว่าด้านแผนนิเทศติดตามประเมินผล (Mean = 3.98) และบทบาทหน้าที่ของบุคลากร (Mean = 3.85) จะอยู่ในระดับดี แต่การที่ทรัพยากรหลักทั้งกำลังคนและงบประมาณยังไม่เพียงพอ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการนำแผนไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับหลักการของ Stufflebeam[9] ที่เน้นว่าปัจจัยนำเข้าที่ไม่เพียงพอจะเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ฉุดรั้งประสิทธิผลของกระบวนการและผลลัพธ์ในที่สุด

3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.90) สะท้อนถึงการดำเนินงานที่มีคุณภาพในระดับหนึ่ง จุดเด่นที่สำคัญคือการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.15) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีนโยบายขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนและต่อเนื่องทุกปี รองลงมาคือการมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพ (Mean = 4.12) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) ตามกฎบัตรออตตาวาที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแกนกลางของการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือการประสานงานและบูรณาการกับหน่วยงานภายนอก เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงเรียน (Mean = 3.68) เป็นต้น ซึ่งอาจอธิบายได้ส่วนหนึ่งจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดส่งผลกระทบต่อสายการบังคับบัญชาและการบูรณาการงานที่อาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

4. ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Evaluation) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.87) โดยบรรลุตัวชี้วัด 10 จาก 25 รายการ (ร้อยละ 40.0) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมายในสัดส่วนสูงสุด (5 จาก 7 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 71.43) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่างานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีระบบ LTC ที่มีโครงสร้างชัดเจน มีผู้รับผิดชอบ Care Manager ที่กำหนดไว้ และมีแนวทางการดูแลตาม Care Plan ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิผลสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ในขณะที่กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยไม่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด (0 จาก 6 รายการ) อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยไม่บรรลุเป้าหมายแม้แต่ตัวชี้วัดเดียว แต่หากดูผลงานแยกรายอำเภอจะพบว่ามีบางอำเภอเท่านั้นที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายและส่งผลทำให้ผลงานภาพรวมจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ตามไปด้วย ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายเชิงระบบของพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพและการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก และแม้ว่าในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านผลผลิตจะอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.87) ก็ตาม แต่ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายเพียงร้อยละ 40.0 สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างสิ่งที่องค์กรรับรู้ และเชื่อว่าทำได้กับผลการปฏิบัติงานจริง (Perception-performance Gap) กล่าวคือบุคลากรรับรู้ว่าการดำเนินงานอยู่ในระดับที่ดี แต่ผลลัพธ์เชิงตัวชี้วัดจริงยังต้องการการพัฒนาอีกมาก

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย ความชัดเจนของนโยบาย วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ศักยภาพของบุคลากร และระบบติดตามกำกับที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับข้อค้นพบของสมจิตร เดชาเสถียร และคณะ[15] ที่พบว่าความชัดเจน

ของโครงการและการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนความสำเร็จของยุทธศาสตร์สุขภาพ สสจ. ขอนแก่น และการศึกษาของสงัด เชื้อลิ้นฟ้า และอุดม บุบผาทาเต[12] ที่พบว่าควรมุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อแก้ไขตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และยกระดับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ไปสู่นวัตกรรม โดยเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น สำหรับปัญหาอุปสรรค ประเด็นที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. จำเป็นต้องมีกลไกประสานงานระหว่างองค์กรที่เข้มแข็งและชัดเจนกว่าเดิม นอกจากนี้ยังพบปัญหาความล่าช้าของตัวชี้วัด และความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูลในระบบต่างๆที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

งานวิจัยฉบับนี้มีจุดเด่นสำคัญอยู่ที่การเลือกใช้ CIPP Model เป็นกรอบแนวคิดหลัก ช่วยให้การประเมินมีความครอบคลุมมากกว่าเพียงการวัดผลสัมฤทธิ์ปลายทาง แต่ยังวิเคราะห์ไปถึงความสอดคล้องของบริบทพื้นที่และความพร้อมของทรัพยากร ท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตที่ท้าทายอย่างการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด การใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพยังช่วยให้ข้อค้นพบมีความลุ่มลึก สามารถอธิบายเหตุและผลของความสำเร็จหรืออุปสรรคได้อย่างมีมิติ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาการประสานงานข้ามองค์กรในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตามงานวิจัยยังมีข้อจำกัดประการสำคัญคือการรวบรวมข้อมูลที่เน้นมุมมองจากจากผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารสาธารณสุขเป็นหลัก ทำให้ยังขาดมิติการสะท้อนผลจากภาคประชาชนหรือผู้รับบริการโดยตรง นอกจากนี้เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ดำเนินการในช่วงเปลี่ยนผ่านของโครงสร้างการบริหารจัดการ ผลกระทบที่ปรากฏจึงเป็นเพียงข้อมูลในระยะเริ่มต้น ซึ่งอาจยังไม่สามารถบ่งชี้ถึงความยั่งยืนหรือผลสัมฤทธิ์ในระยะยาวได้อย่างสมบูรณ์ รวมถึงข้อสรุปที่ได้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน จึงต้องทำด้วยความระมัดระวังและคำนึงถึงความแตกต่างเชิงโครงสร้างเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดควรทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยกำหนดกรอบการบูรณาการและกลไกการประสานงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดให้มีความชัดเจน

2. ผู้บริหารระดับนโยบายควรผลักดันให้มีการจัดสรรงบประมาณและอัตรากำลังด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอและสอดคล้องกับภาระงานจริงในระดับพื้นที่ พร้อมทั้งปรับปรุงกระบวนการเบิกจ่ายให้มีความคล่องตัวและทันต่อรอบการดำเนินงาน เพื่อให้หน่วยงานสามารถนำทรัพยากรไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรเร่งยกระดับการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยเป็นวาระเร่งด่วน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์แม้แต่รายการเดียวตลอดช่วงปีงบประมาณที่ศึกษา ทั้งนี้ควรวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกในระดับพื้นที่ จัดทำแผนเฉพาะกิจที่มีเป้าหมายชัดเจนและวัดผลได้ รวมถึงถ่ายทอดแนวปฏิบัติที่ดีจากกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีผลสัมฤทธิ์สูงสุดมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานในกลุ่มวัยที่ยังต้องการพัฒนา

4. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ควบคู่กับการยกระดับระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ (HIS/HDC) ให้มีความสมบูรณ์และพร้อมใช้งาน โดยลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลที่เป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาให้ระบบข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดสามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ในมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้การติดตามประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยมีความถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และผู้บริหารสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดที่ให้การสนับสนุน และอนุเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ตลอดจนผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมือด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO Press; 2023.
2. United Nations. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development (A/RES/70/1) [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2024 Oct 15]. Available from: https://sdgs.un.org/2030agenda
3. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion (WHO/HPR/HEP/95.1) [Internet]. Geneva: WHO; 1986 [cited 2024 Oct 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion
4. World Health Organization. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [cited 2024 Oct 15]. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th
6. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580) [อินเทอร์เน็ต]. เล่ม 135, ตอนที่ 82 ก. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF
7. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2566.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2570. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.
9. Stufflebeam D L. The CIPP model for evaluation. In: Kellaghan T, Stufflebeam D L, editors. International handbook of educational evaluation. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2003. p. 31–62.
10. วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี. การประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561–2565). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(1):59–71.
11. เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์. การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4).615-22.
12. สงัด เชื้อลิ้นฟ้า, อุดม บุบผาทาเต. การประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):159–73.
13. Best J W. Research in Education. New Jersey: Prentice – Hall; 1891.
14. นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์. การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(1):90–107.
15. สมจิตร เดชาเสถียร, เจษฎา สุราวรรณ์, พชรพร ครองยุทธ, ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์. การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562. วารสาร สสจ.ขอนแก่น. 2562;1(2):159–69.

ผลการประเมินการใช้นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

Results of the Policies Promoting Use of Herbal Medicine in Hospitals under the Khon Kaen Provincial Public Health Office

สุกุลยา กิตติโพวานนท์* วีระวรรณ เหล่าวิทวัส**

Sukunlaya Kittipovanonth, Weerawan Laowittawas

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

(Received: February 13, 2026; Revised: February 18, 2026; Accepted: March 18, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลลัพธ์ เปรียบเทียบ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณแบบย้อนหลัง (Retrospective study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยการใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม

วัสดุและวิธีการวิจัย : ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ข้อมูลเวชระเบียนจากฐานข้อมูล HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐานการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 และกลุ่มที่ 2 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในสถานบริการทุกแห่ง จำนวน 150 คน ที่คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เวชระเบียนจากฐานข้อมูล HDC และแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา %Difference และสถิติไคว์สแควร์

ผลการวิจัย : มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ในทุกด้านของผลลัพธ์ ยกเว้นจำนวนคนที่มีการวินิจฉัยโรคทางด้านแผนไทยที่ลดลงจาก 8,072.88±8,983.08 คน เป็น 7,813.38±8,208.80 คน โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรสูงสุดที่ร้อยละ 1.91 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.89) รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 0.39 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.04) และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 0.18 (ลดลงร้อยละ 0.24) ยาสมุนไพรที่มีการใช้เพิ่มมากขึ้น 3 ลำดับแรก ได้แก่ ขี้ผึ้งไพล สูตรตำรับที่ 1 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.04) ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม (เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.71) และครีมไพล (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.05) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ($p<.001$) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง ความรู้เรื่องยาสมุนไพร นโยบายของโรงพยาบาล และปัญหาอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร

สรุปและข้อเสนอแนะ : การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐเป็นนโยบายที่สำคัญและสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ แม้ว่าจะมีความท้าทายและอุปสรรคหลายประการ แต่ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างความสำเร็จจากหลายโรงพยาบาล และการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับชาติ การดำเนินการตามข้อเสนอแนะในการศึกษานี้จะช่วยเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรให้บรรลุเป้าหมาย เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยา และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยด้านสมุนไพรอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ยาสมุนไพร; นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร; โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข; ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร

*เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Abstract

Purposes : To study the outcomes, compare, and examine factors influencing the prescribing of herbal medicine and its use in the treatment of patients in hospitals under the Khon Kaen Provincial Public Health Office.

Study design : Mixed method study consisting of a retrospective quantitative study and qualitative research using in-depth interviews and focus group discussions.

Materials and Methods : The population and samples consisted of two groups: Group 1 - medical records from the HDC database of standard reports on access to traditional Thai medicine services between October 1, 2022 and September 30, 2024, and Group 2 - 150 members of Pharmacy and Therapeutics Committees from all healthcare facilities selected by simple random sampling. Research instruments included medical records from the HDC database and questionnaires on factors affecting herbal medicine prescription. Data were analyzed using descriptive statistics, percentage difference, and chi-square test.

Main findings : The value of herbal medicine use in fiscal year 2024 showed an increasing trend compared to fiscal year 2023 in almost all outcome aspects, except for the number of patients diagnosed by traditional Thai medicine practitioners, which decreased from 8,072.88±8,983.08 to 7,813.38±8,208.80 persons. Community hospitals had the highest proportion of herbal medicine use at 1.91% (increased by 1.89%), followed by general hospitals at 0.39% (increased by 0.04%), and regional hospitals at 0.18% (decreased by 0.24%). The top three herbal medicines with increased use were: Khiphung Phlai Formula No. 1 (increased by 5.04%), cough syrup with Indian gooseberry (increased by 2.71%), and Phlai cream (increased by 1.05%). Five factors were statistically significantly associated with herbal medicine prescription ($p<.001$): age, position, knowledge about herbal medicines, hospital policy, and problems and obstacles in herbal medicine prescription.

Conclusion and recommendations : Promoting herbal medicine use in public hospitals is a crucial policy aligned with the National Herbal Action Plan. Despite various challenges and obstacles, with increasing empirical evidence, successful examples from multiple hospitals, and support from national agencies, implementation of the recommendations from this study will help achieve the goals of herbal medicine utilization, benefit patients, reduce pharmaceutical expenditure, and sustainably promote Thai wisdom in herbal medicine.

Keywords : Herbal medicine; Herbal medicine promotion policy; Hospitals under Provincial Public Health Office; Factors affecting herbal medicine prescription

*Registered Pharmacist Professional Level, Khon Kaen Provincial Public Health Office.

**Public Health Technical Officer Senior Professional Level, Khon Kaen Provincial Public Health Office.

บทนำ

จากการที่รัฐบาลได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 – 2580) โดยใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้มีความสอดคล้องและบูรณาการกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อเป็นการมุ่งสู่เป้าหมายในการพัฒนาประเทศให้มีความยั่งยืน ภายใต้วิสัยทัศน์ "ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว" ส่งผลให้เกิดแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติขึ้น ซึ่งปัจจุบันนี้ถือเป็นฉบับที่ 2 ระหว่าง พ.ศ.2566 – 2570 โดยใช้ประโยชน์เพื่อการขับเคลื่อนในด้านการพัฒนาและส่งเสริมสมุนไพรตลอดห่วงโซ่คุณค่า (Value chain) ให้มีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับและสร้างมูลค่าเพิ่มแก่สมุนไพรไทยต่อไป ภายใต้แผนปฏิบัติการนี้ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการผลิตและแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพและมาตฐาน 2) การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของผู้ประกอบการและอุตสาหกรรมสมุนไพรตลอดห่วงโซ่อุปทาน 3) การส่งเสริมการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร 4) การส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างเหมาะสม และ 5) การพัฒนาระบบนิเวศที่สนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรไทยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[1] โดยสำหรับการศึกษาในในครั้งนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้บริโภค ทั้งผู้สั่งใช้ยาและผู้ใช้ยา มีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อให้เกิดการสั่งใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างต่อเนื่องมาหลายปี แต่ภาพรวมของสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมาก โดยมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดเป็นมูลค่า 68,983 ล้านบาท หรือร้อยละ 2.21 โดยสถานบริการสุขภาพที่มีการใช้ยาสมุนไพรมากที่สุด คือ รพ.สต. ร้อยละ 5.51 รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 2.4 และ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 0.86[2] สำหรับสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง พบการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในปี พ.ศ.2567 คิดเป็นมูลค่า 14,458,084.75 บาท หรือร้อยละ 1.08 โดยมีการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด มูลค่า 637,668,523.41 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.91 รองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป มูลค่า 176,663,738.58 บาท หรือร้อยละ 0.39 และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีการใช้น้อยที่สุด มูลค่า 487,170,359.79 บาท หรือร้อยละ 0.18 เมื่อทบทวนผลการดำเนินงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ การมีรายการยาสมุนไพรน้อย โรงพยาบาลไม่มีมาตรการส่งเสริมการใช้และการผลิตยาสมุนไพรอย่างจริงจัง แพทย์แผนไทยไม่ได้ทำการตรวจรักษาโรคและสั่งจ่ายยา ทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรทางการแพทย์[3] การขาดความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร ต้นทุนการรักษาด้วยยาสมุนไพรต่อครั้งสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน สมุนไพรมีรูปลักษณ์ที่ไม่น่าใช้ ผู้ป่วยยังไม่เชื่อมั่นยาสมุนไพร[4] และการโฆษณาของผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ทำให้เข้าใจผิดถึงการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ผู้บริโภคถูกหลอกลวงจากผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร เนื่องจากการขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีความปลอดภัย[5] ซึ่งจากสาเหตุปัจจัยข้างต้นจึงส่งผลให้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพยังเกิดปัญหา และไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย และสถานบริการสุขภาพควรเร่งทำการส่งเสริมการใช้สมุนไพรให้เพิ่มขึ้นด้วยการส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ด้านยาสมุนไพรให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน การหามาตรการและแนวทางในการลดต้นทุนยาสมุนไพร การปรับปรุงรูปลักษณ์ของสมุนไพรให้น่าใช้มากขึ้น การกระตุ้นให้ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการจัดการทางด้านนโยบายเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการเข้าถึงสมุนไพรได้มากขึ้นในด้านการเพิ่มจำนวนรายการยาในบัญชียาระดับโรงพยาบาล การมีมาตรการแนวทางการใช้ที่ชัดเจน การส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรทางด้านแพทย์แผนไทยและการสร้างระบบความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรในระดับโรงพยาบาล ซึ่งทางกลุ่มงานการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้มีการใช้มาตรการข้างต้นในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในการใช้ยาสมุนไพรของจังหวัดขอนแก่นในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 26 แห่งจากฐานข้อมูล HCD[6] ในช่วงปี พ.ศ.2565-2567 มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน คงที่ คือ ร้อยละ 0.02 ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนยาสมุนไพรที่ใช้ในหน่วยบริการ จำนวนเฉลี่ย 18 รายการ มีมูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน 188.70 ล้านบาท มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร 35.29 ล้านบาท โดยมีโรงพยาบาลหนองนาคำ ซึ่งดำเนินงานตามเป้าหมายได้สูงสุด คือ มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 5.56 รองลงมา คือ โรงพยาบาลชนบท ร้อยละ 5.53 และโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ร้อยละ 4.98 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลข้างต้น สามารถวิเคราะห์ได้ว่า แม้ว่าจะมีมาตรการในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรด้วยการจัดประชุมเพื่อมอบนโยบายให้กับตัวแทนของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในระดับโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่น มีการจัดทำคู่มือการใช้ยาสมุนไพร มีการเพิ่มจำนวนรายการยาสมุนไพรให้เพิ่มขึ้นในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งให้ครอบคลุม และมีการติดตามควบคุมกำกับการใช้ยาสมุนไพร แต่ผลการดำเนินงานในภาพรวมยังค่อนข้างต่ำ คือ สามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 0.02 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ระดับเป้าหมายการใช้สมุนไพรของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 156 อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของรัตนพร เสนาลาด และคณะ[7] ที่ทำการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ทำให้โรงพยาบาลชุมชนใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 31.08 ซึ่งยังเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรค เนื่องจาก เกิดความแตกต่างของพื้นที่กับงานวิจัยข้างต้นถึงร้อยละ 30.83 ดังนันเพื่อเป็นการพัฒนาให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรให้บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น งานวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาวิเคราะห์โดยการประเมินผลย้อนหลังของการใช้ยาสมุนไพรของสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ซึ่งเป็นก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ซึ่งเป็นหลังพัฒนา เพื่อคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจากการวิเคราะห์ประเมินผลที่เป็นระบบ นอกจากนั้นยังศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเสนอแนวทางและข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาในด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพและขับเคลื่อนการใช้สมุนไพรในระดับประเทศให้มีความเข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเปรียบเทียบกันระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร และเสนอแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) โดยการประยุกต์ใช้วิธีการประเมินผลตามทฤษฎีของ Robert E.Stake[8] ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ สิ่งที่มีอยู่ก่อน (Antecedents), กระบวนการ (Transactions) และผลผลิต (Outcomes) โดย 1) สิ่งที่มีอยู่ก่อน เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) กระบวนการ เป็นการประเมิน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยการใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม และ 3) ผลผลิต เป็นการประเมินผล โดยการเสนอแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่ 1 คือ ข้อมูลเวชระเบียนจากฐานข้อมูล HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านมูลค่าการบริโภคยาสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพรใน 10 กลุ่มอาการโรคที่พบบ่อย การวินิจฉัยโรค การรายงานโรคตามระบบ ICD-10 และปริมาณและชนิดของยาสมุนไพรที่สั่งรักษาและจ่ายยา

- กลุ่มที่ 2 คือ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในสถานบริการทุกแห่ง จำนวนทั้งหมด 450 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐานการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ เป็นเวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์ ได้แก่ มีข้อมูลเพศ, รหัสสถานพยาบาล, อายุ, ประวัติการแพ้ยา, การวินิจฉัยโรคหลัก, มีการสั่งใช้รายการยาสมุนไพร และเป็นเวชระเบียนระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยใน และเวชระเบียนที่ไม่มีการสั่งใช้รายการยาสมุนไพร

- กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมามีการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัดและระดับอำเภอมาตั้งแต่ต้น ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่หลักของคณะกรรมการในการขับเคลื่อนนโยบายด้านระบบยา การกำกับดูแล การจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย ใช้ยาสมเหตุผล มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดหายา การจัดเก็บยา การกระจายยา การสั่งใช้ยา โดยการดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ด้วยการเพิ่มกรอบจำนวนรายการยาสมุนไพรให้ครอบคลุมในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง การจัดทำคู่มือในการใช้ยาสมุนไพร และการติดตามกำกับการใช้ยา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของบุญชม ศรีสะอาด[9] เพื่อหาความชุกของเหตุการณ์ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรจากสูตร

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1-P}{N}}$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่าง

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดจะสุ่ม โดยกำหนดสัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.15 เนื่องจากขนาดประชากรมีหลักร้อย ควรใช้ขนาดตัวอย่าง 15-30% (บุญชม ศรีสะอาด)[9]

e คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้เท่ากับ 0.05

Z คือ ค่า Z ที่ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เท่ากับ 1.96

N คือ จำนวนประชากร

ดังนั้น จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.20 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้เท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความมั่นใจเท่ากับ 95% ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 136 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 150 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่

1) เป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี

2) ให้ความยินยอมในการทำแบบสอบถามเชิงลึก

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่

1) มีการย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาศึกษาต่อ

2) ไม่ได้ทำหน้าที่ในการสั่งยา จ่ายยา และบริหารยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เวชระเบียนจากฐานข้อมูล HDC

2. แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยทำการพัฒนาแบบสอบถาม จากการทบทวนงานวิจัย ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องยาสมุนไพร จำนวน 25 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน จัดระดับความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็น 3 ระดับประยุกต์ตามเกณฑ์ Bloom BS ได้แก่ ระดับดี คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (20 - 25 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนน ร้อยละ 50.00 - 79.99 (13 – 19 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50.00 (0 - 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบการให้คะแนนตามมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จัดระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับประยุกต์ตามเกณฑ์ Bloom BS ได้แก่ ระดับสูงคะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (48 - 60 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50.00 - 79.99 (30 – 47 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50.00 (0 - 29 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจผลิตภัณฑ์ จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบการให้คะแนนตามมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จัดระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับประยุกต์ตามเกณฑ์ Bloom BS ได้แก่ ระดับสูงคะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (60 - 75 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50.00 - 79.99 (38 – 59 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50.00 (0 - 37 คะแนน)

ส่วนที่ 5 นโยบายของโรงพยาบาล จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ทราบและไม่ทราบ

ส่วนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร จำนวน 10 ข้อ และเป็นการให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและแนวทางเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรในโรงพยาบาลให้เพิ่มขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อคำถามเป็นแบบการให้คะแนนตามมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1คะแนน) จัดระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับประยุกต์ตามเกณฑ์ Bloom BS ได้แก่ ระดับสูงคะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (40 - 50 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50.00 - 79.99 (25 – 39 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50.00 (0 - 24 คะแนน) และ 2) เป็นการเสนอแนะแนวทางเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรในโรงพยาบาลให้เพิ่มขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ทำการพัฒนาขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ของแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้น โดยขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 1 ท่าน และเภสัชกรผู้รับผิดชอบด้านการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 1 ท่าน โดยค่า CVI มีค่าเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยวางแผนในการทำการศึกษาวิจัย ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และทำการประสานงาน

2. ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือ นำเสนอเครื่องมือต่อผู้เชี่ยวชาญ และทำการรวบรวมข้อมูลที่ต้องการศึกษา

จากเวชระเบียนในฐานข้อมูล HDC

3. ผู้วิจัยทำการนัดประชุมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งได้แก่ เภสัชกรจากทุกโรงพยาบาลทั้งหมด 26 แห่ง เพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัยและการเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น โดยสอบถามผ่านระบบออนไลน์

4. ผู้ช่วยวิจัยช่วยติดตามการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยทำการรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ สรุป ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในการใช้สมุนไพรในสถานบริการก่อนและหลังการพัฒนา ด้วยสถิติพรรณนา แสดงข้อมูลจำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบการใช้สมุนไพรก่อนและหลังการพัฒนาด้วย % difference ทำการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรด้วยสถิติไคว์สแควร์ และสรุปแนวทางข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตามหนังสือรับรองเลขที่ COE 005/2568 รับรองเมื่อ 13 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบกันระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ก่อนพัฒนา) และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (หลังพัฒนา) พบว่า มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในทุกๆ ด้านของผลลัพธ์ ยกเว้นในด้านจำนวนคนที่มีการวินิจฉัยโรคทางด้านแผนไทย ซึ่งลดลงจาก 8,072.88±8,983.08 คน เป็น 7,813.38±8,208.80 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 ในด้านผลลัพธ์ในด้านสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรจำแนกตามระดับโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรสูงที่สุด คือ ร้อยละ 1.91 รองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 0.39 และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 0.18 ตามลำดับ โดยความแตกต่างของสัดส่วนในการใช้สมุนไพร พบว่า โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป มีการใช้สมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.89 และ ร้อยละ 0.04 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์มีการใช้สมุนไพรลดลง ร้อยละ 0.24 ดังแสดงในตารางที่ 2 และในด้านผลลัพธ์รายการยาสมุนไพรที่มีการใช้ 10 ลำดับแรกแยกตามจำนวนครั้งที่จ่ายรวมทุกสิทธิของสถานพยาบาล 26 แห่งที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า ยาสมุนไพร 3 ลำดับแรกที่มีการสั่งใช้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ขี้ผึ้งไพลสูตรตำรับที่ 1 มีการใช้เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 5.04, ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม มีการใช้เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 2.71 และครีมไพล มีการใช้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ในด้านการเข้าถึงบริการการใช้ยาสมุนไพรของสถานพยาบาล 26 แห่งที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลลัพธ์การใช้ยาสมุนไพร	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566	ปีงบประมาณ พ.ศ.2567	รวม
	Mean±SD.	Mean±SD.	Mean±SD.
จำนวนคนที่มีการจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)	4,441.54±3,368.56	4,583.88±3,928.17	4,512.71±3,623.74
จำนวนครั้งที่มีการจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)	5,691.23±5,097.86	5,940.35±5,819.48	5,815.79±5,418.14

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผลลัพธ์การใช้ยาสมุนไพร	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566	ปีงบประมาณ พ.ศ.2567	รวม
	Mean±SD.	Mean±SD.	Mean±SD.
จำนวนคนที่มีการจ่ายยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)	1,981.85±2,602.55	1,994.65±2572.02	1,988.25±2,561.84
จำนวนครั้งที่มีการจ่ายยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)	2,324.62±3,012.74	2,487.58±3,414.66	2,406.10±3,189.31
จำนวนคนที่มีการวินิจฉัยโรคทางด้านแผนไทย	8,072.88±8,983.08	7,813.38±8,208.80	7,943.13±8,520.89
จำนวนครั้งของการวินิจฉัยโรคทางด้านแผนไทย	11,002.08±13,594.15	11,498.38±13,240.18	11,250.23±13,288.49
จำนวนครั้งของการจ่ายยาสมุนไพร	7,878.81±6,519.33	8,466.35±7,810.69	8,172.58±7,129.34
จำนวนรายการของการจ่ายยาสมุนไพร	9,957.04±8,770.41	10,705.73±10,561.44	10,331.38±9,619.11
การใช้ยาสมุนไพรแยกตามกลุ่มอายุ (คน)			
-อายุ 0-14 ปี	475.23±307.08	547.62±464.60	511.42±391.62
-อายุ 15-29 ปี	901.73±694.26	833.46±670.46	867.60±676.62
-อายุ 30-34 ปี	972.04±767.87	956.58±783.07	964.31±767.91
-อายุ 45-59 ปี	1,458.92±1,111.87	1,529.50±1,222.90	1,494.21±1,157.73
-อายุ 60 ปีขึ้นไป	2,279.81±1,759.52	2,477.46±1,993.83	2,378.63±1,864.47

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ในด้านสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรของสถานพยาบาล 26 แห่งแยกตามระดับโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ระดับ รพ.	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566		ปีงบประมาณ พ.ศ.2567		% Differences
	มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด	มูลค่าและร้อยละการใช้ยาสมุนไพร	มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด	มูลค่าและร้อยละการใช้ยาสมุนไพร	
รพ.ศูนย์ (1 แห่ง)	801,180,597.64	3,336,479.00 (0.42)	487,170,359.79	864,197.00 (0.18)	-0.24

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ระดับ รพ.	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566		ปีงบประมาณ พ.ศ.2567		% Differences
	มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด	มูลค่าและร้อยละการใช้ยาสมุนไพร	มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด	มูลค่าและร้อยละการใช้ยาสมุนไพร	
รพท.(2 แห่ง)	164,945,749.66	583,778.00 (0.35)	176,663,738.58	697,512.75 (0.39)	0.04
รพช. (23 แห่ง)	634,936,285.38	9,972,552.41 (0.02)	673,668,523.41	12,896,375.00 (1.91)	1.89
รวม	1,601,062,632.68	13,892,809.41 (0.87)	1,337,502,621.78	14,458,084.75 (1.08)	0.21

ตารางที่ 3 แสดงรายการยาสมุนไพรที่มีการใช้ 10 ลำดับแรกแยกตามจำนวนครั้งที่จ่ายรวมทุกสิทธิของสถานพยาบาล 26 แห่ง ที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายการยาสมุนไพร	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566	ปีงบประมาณ พ.ศ.2567	% Difference
	จำนวน(ร้อยละ)	มูลค่า(ร้อยละ)	
รวมจำนวนครั้งที่จ่ายยาสมุนไพรทุกสิทธิ	274,712	286,101	
1. ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม	57,995(21.11)	68,160(23.82)	2.71
2. ขี้ผึ้งไพล สูตรตำรับที่ 1	14,219(5.18)	29,239(10.22)	5.04
3. ยาประสะมะแว้งแคปซูล	29,504(10.74)	26,108(9.13)	-1.61
4. ยาประคบ	18,665(6.79)	19,069(6.67)	0.13
5. ยาขมิ้นชันแคปซูล	16,396(5.97)	17,795(6.22)	0.25
6. ยาอมมะแว้ง	12,563(4.57)	13,114(4.58)	0.01
7. มะขามแขกแคปซูล	11,388(4.15)	11,833(4.14)	0.01
8. ยาน้ำยูอีคอฟ สูตร 2	9,946(3.62)	8,708(3.04)	-0.58
9. ฟ้าทะลายโจรแคปซูล	12,529(4.56)	6,553(2.29)	-2.27
10. ครีมไพล	3,355(1.22)	6,491(2.27)	1.05

2. ผลลัพธ์ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรมี 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ, ตำแหน่ง, ปัจจัยด้านความรู้, ปัจจัยด้านนโยบาย และปัจจัยด้านปัญหาและอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร (p<.001, <.001, <.001, <.001 และ

<.001 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสั่งยา ได้แก่ ด้านเพศ, วุฒิการศึกษา, ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านความพึงพอใจด้านผลิตภัณฑ์ (p = .071, .835, .126 และ .775 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การเคยสั่งจ่ายยาสมุนไพร		χ^2	df	p
	เคย	ไม่เคย/ไม่แน่ใจ			
	จำนวน (%)	จำนวน(%)			
	n=113	n=37			
เพศ					.071
ชาย	59(52.51)	13(35.14)	3.257	1	
หญิง	54(47.79)	24(64.86)			
อายุ			24.514	3	<.001*
20-30 ปี	29(25.66)	0(0.00)			
31-40 ปี	53(46.90)	9(24.32)			
41 ปีขึ้นไป	31(27.44)	28(75.68)			
ตำแหน่ง			24.514	3	<.001*
แพทย์	46(40.71)	5(13.51)			
เภสัชกร	16(14.16)	6(16.22)			
พยาบาล	24(21.24)	23(62.16)			
แพทย์แผนไทย	27(23.89)	3(8.11)			
วุฒิการศึกษา			0.043	1	.835
ปริญญาตรี	105(92.92)	34(91.89)			
สูงกว่าปริญญาตรี	8(7.08)	3(8.11)			
ปัจจัยด้านความรู้			42.541	1	<.001*
ระดับดี	103(91.15)	15(40.54)			
ระดับปานกลาง	10(8.84)	22(59.45)			
ปัจจัยด้านทัศนคติ			2.341	1	.126
ระดับสูง	17(15.04)	2(5.41)			
ระดับปานกลาง	96(84.95)	35(94.59)			
ปัจจัยด้านความพึงพอใจด้านผลิตภัณฑ์			0.510	2	.775
ระดับสูง	65(57.52)	20(54.04)			
ระดับปานกลาง	47(41.59)	17(45.94)			
ระดับต่ำ	1(0.88)	0(0.00)			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การเคยสั่งจ่ายยาสมุนไพร		χ^2	df	p
	เคย	ไม่เคย/ไม่แน่ใจ			
	จำนวน (%)	จำนวน(%)			
	n=113	n=37			
ปัจจัยในด้านนโยบาย			10.658	1	.001*
ระดับสูง	32(28.31)	1(2.27)			
ระดับปานกลาง	81(71.68)	36(97.29)			
ระดับต่ำ	0(0.00)	0(0.00)			
ปัจจัยด้านปัญหาและอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร			11.143	1	.001*
ระดับสูง	60(53.09)	8(21.62)			
ระดับปานกลาง	53(46.90)	29(78.37)			
ระดับต่ำ	0(0.00)	0(0.00)			

สรุปผลการเสนอแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเสนอแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ประเด็น	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
ด้านความรู้	ส่งเสริมด้านความรู้ให้เป็นปัจจุบัน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่สั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเอื้อต่อการใช้ในระดับโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพร ส่งเสริมและพัฒนาด้านองค์ความรู้ให้ประชาชนให้มีความรอบรู้ในด้านการใช้ยาสมุนไพร
ด้านทัศนคติ	ควรมีการส่งเสริมการทำวิจัยทางด้านคลินิกในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรรักษาใน 10 กลุ่มอาการโรคที่พบบ่อย (Common Diseases & Symptoms) ให้ครอบคลุม
ด้านความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์	การมีระบบซื้อขายที่ไม่ซับซ้อนในระดับเขตสุขภาพ และสามารถทำราคาได้เท่ากับท้องตลาด
ด้านนโยบาย	ควรส่งเสริมนโยบายการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันด้วยกระบวนการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการสั่งใช้ยา โดยเฉพาะกลุ่ม

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ประเด็น	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
ด้านปัญหาและอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร	ยา Fist line drug และการใช้ยาสมุนไพรใน 10 กลุ่มอาการโรคที่พบบ่อย (Common Diseases & Symptoms) รวมถึงมีการกำกับติดตามการใช้ที่ต่อเนื่อง และมีการสร้างระบบจูงใจสำหรับโรงพยาบาลและบุคลากรที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ควรมีระบบในการติดตามความปลอดภัยด้านยาสมุนไพร และรายงานผลไปยังผู้สั่งใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการสร้างกลไกการขับเคลื่อนนโยบายโดยกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายที่ชัดเจนในแต่ละระดับโรงพยาบาล การบูรณาการการทำงานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลการใช้นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง โดยเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (ก่อนพัฒนา) และปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (หลังพัฒนา) ร่วมกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรและแนวทางและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ผลการศึกษา พบว่า มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ในเกือบทุกด้านของผลลัพธ์ ยกเว้นจำนวนคนที่มีการวินิจฉัยโรคทางด้านแผนไทยที่ลดลงเล็กน้อยจาก 8,072.88±8,983.08 คน เป็น 7,813.38±8,208.80 คน ซึ่งเป็นไปตามมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย การจัดประชุมมอบนโยบาย การจัดทำคู่มือการใช้ยาสมุนไพร การเพิ่มจำนวนกรอบรายการยา และการติดตามควบคุมกำกับในพื้นที่ แต่จากผลการศึกษา จะเห็นว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์แผนไทยลดลง ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านการสั่งใช้ยา โดยแพทย์แผนปัจจุบันและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ อาจมีส่วนร่วมในการสั่งใช้ยามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phengbunchoo & Rungpragayphan[10] ที่พบว่า ในจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้สั่งใช้ยาสมุนไพรสูงสุดได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงการขยายฐานผู้สั่งใช้ยาสมุนไพรจากแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียว ไปสู่บุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ในด้านความแตกต่างของสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรตามระดับโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรสูงสุดที่ร้อยละ 1.91 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.89) รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 0.39 (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.04) และโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนต่ำสุดที่ร้อยละ 0.18 (ลดลง ร้อยละ 0.24) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการใช้ยาสมุนไพรในประเทศไทยปี พ.ศ.2559 ที่พบว่าโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนการสมุนไพรมากที่สุด ได้แก่ รพ.สต. ร้อยละ 5.51 รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 2.40 และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 0.86 โดยการที่โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรที่สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่[11] เกิดจากปัจจัย เช่น โรงพยาบาลชุมชนมีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการและการตัดสินใจมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การมีแรงจูงใจในการลดต้นทุนค่ายาเนื่องจากงบประมาณที่จำกัด ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนมีความคุ้นเคยและยอมรับการใช้ยาสมุนไพร

มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nonting et al.[12] ที่พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพรในสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรลดล อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ต้องการยาแผนปัจจุบันที่มีฤทธิ์รวดเร็วและแม่นยำ[11] แพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เน้นการใช้ยาแผนปัจจุบันตามหลักฐานเชิงประจักษ์[12] และระบบการทำงานที่ซับซ้อนและมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้การให้คำปรึกษาและติดตามผลการใช้ยาสมุนไพรทำได้ยาก และในด้านรูปแบบการใช้ยาสมุนไพร พบว่า ยาสมุนไพร 3 ลำดับแรกที่มีการใช้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ขี้ผึ้งไพล สูตรตำรับที่ 1 (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.04) ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.71) และครีมไพล (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.05) ซึ่งสะท้อนให้เห็นลักษณะของกลุ่มโรคและอาการที่มีการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคระบบทางเดินหายใจ โดยการใช้ขี้ผึ้งไพลและครีมไพลที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanphet et al.[13] ที่พบว่า สารสกัดจากไพลมีฤทธิ์ต้านการอักเสบและลดอาการปวดได้ดี รูปแบบของผลิตภัณฑ์ที่เป็นขี้ผึ้งและครีมทา มีความสะดวกในการใช้และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย ทำให้มีอัตราการปฏิบัติตามคำสั่งใช้ยา (Medication adherence) ที่ดี ส่วนยาแก้ไอผสมมะขามป้อมมีการใช้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chantarapon & Bunpean[14] ที่พบว่า ยาแก้ไอมะขามป้อมเป็นยาสมุนไพรที่มีการจ่ายสูงสุดในจังหวัดสงขลา และการศึกษาของ Thongsee[15] ที่แสดงให้เห็นว่า ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อมและยาอมมะแว้ง มีประสิทธิผลในการรักษาอาการไอในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับยา Enalapril เทียบเท่ากับ Dextromethorphan การมีหลักฐานทางคลินิกที่ชัดเจนเช่นนี้ ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มมากขึ้น

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ($p<.001$) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง ความรู้เรื่องยาสมุนไพร นโยบายของโรงพยาบาล และปัญหาอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร โดยในด้านความรู้เรื่องยาสมุนไพรมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangpraphan[16] ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดภูเก็ต พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร และการศึกษาของ Suwanpratheep et al.[17] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.23 มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ยังต้องมีความมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาด้วย ดังนั้นการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและการนำเสนอหลักฐานทางด้านคลินิกที่ชัดเจน จึงจำเป็นจะต้องทำเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในด้านสมุนไพรเพิ่มขึ้น[18] ในด้านนโยบายของโรงพยาบาลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสั่งใช้ยาสมุนไพร สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanawong & Kantharat[19] ที่ศึกษาเกณฑ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะในการคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาสำคัญประการหนึ่งคือ นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระดับจังหวัดหรือระดับเขตไม่ชัดเจน และไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานหลัก การติดตามผล และการรายงานผลการดำเนินงาน ในด้านปัญหาอุปสรรคในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสั่งใช้สมุนไพร สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumsikiew et al.[20] ที่ศึกษาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคของโปรแกรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ หากผู้อำนวยการยอมรับนโยบายและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร เป้าหมายจะบรรลุผลได้ แต่หากไม่มีการสนับสนุน บุคลากรจะต้องทำงานหนักมากขึ้นและอาจไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น การมีนโยบายที่ชัดเจนและการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannasri et al.[18] ที่พบว่า นอกจาก

การให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอแล้ว การจัดทำข้อมูลในด้านความปลอดภัยด้านยาเชื่อมโยงกับระบบการสั่งยาในโรงพยาบาล เช่น ข้อบ่งใช้ ขนาดวิธีใช้ ข้อห้าม ข้อควรระวังและการใช้สมุนไพรร่วมกับยาอื่น ๆ และโรคที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาทางด้านคลินิก และการนำเสนอข้อมูลที่สำคัญทางคลินิก จะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาเพิ่มขึ้น

แนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด สามารถสรุปแนวทางและข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ด้านการพัฒนาความรู้ 2) ด้านการสร้างทัศนคติเชิงบวก 3) ด้านการปรับปรุงระบบจัดซื้อผลิตภัณฑ์ 4) ด้านการส่งเสริมนโยบายอย่างต่อเนื่อง และ 5) ด้านการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ซึ่งจะต้องมีการส่งเสริมความรู้และศักยภาพบุคลากรที่สั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การนำเสนอข้อมูลยาต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด การให้ความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่เป็นระบบกับบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มผู้ป่วย การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ การนำเสนอข้อมูลหลักฐานทางคลินิกที่น่าเชื่อถือและทันสมัยเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทางการแพทย์ การขับเคลื่อนนโยบายและการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการสั่งใช้ยากลุ่ม First line drug และการใช้ยาสมุนไพรใน 10 กลุ่มอาการโรคที่พบบ่อย (Common Diseases & Symptoms) สร้างระบบแรงจูงใจในการสั่งใช้ยาให้กับโรงพยาบาลและบุคลากรที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ประกาศเมื่อปี พ.ศ.2568 ภายใต้แนวคิด “เจ็บป่วยคราใด คิดถึงยาไทย ก่อนไปหาหมอ” โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับระบบเบิกจ่ายยาสมุนไพร 32 รายการเป็นแบบ Fee schedule และจัดสรรงบประมาณรางวัล 60 ล้านบาทให้กับโรงพยาบาลที่สามารถนำยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ 100%[10] นอกจากนั้นการพัฒนาระบบเภสัชสนเทศที่รวมข้อมูลยาสมุนไพรไว้ในระบบโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาล การสร้างแอปพลิเคชันสำหรับแพทย์และเภสัชกรในการตรวจสอบข้อมูลยาสมุนไพร และระบบแจ้งเตือน (Pop Up) ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรสำหรับกลุ่มโรคที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกและเพิ่มความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรทางการแพทย์

สรุป การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐเป็นนโยบายที่สำคัญและสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ แม้ว่าจะมีความท้าทายและอุปสรรคหลายประการ แต่ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างความสำเร็จจากหลายโรงพยาบาลและการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับชาติ การดำเนินการตามข้อเสนอแนะในการศึกษานี้จะช่วยเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรให้บรรลุเป้าหมาย เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยา และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยด้านสมุนไพรอย่างยั่งยืน

การศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่น คือ เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูล HDC ของโรงพยาบาลทั้ง 26 แห่ง และข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาปัจจัยหลายด้าน ทำให้เห็นผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปใช้ได้อย่างชัดเจน และเกิดแนวทางพัฒนาที่เป็นรูปธรรมซึ่งจะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือ ในกระบวนการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) อาจมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรกวนและความสมบูรณ์ของข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC และระยะเวลาการติดตามผล 2 ปีงบประมาณอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินผลกระทบระยะยาวของนโยบาย และยังขาดการศึกษาด้านมุมมองและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาสมุนไพร ซึ่งจะทำให้การศึกษานี้มีความครอบคลุมในการประเมินประสิทธิผลของนโยบายอย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในด้านมุมมองและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมต่อการประเมินประสิทธิผลของนโยบาย

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์ใน

การดำเนินงานระยะยาว มากกว่า 2 ปีงบประมาณ เพื่อให้ข้อมูลมีความเพียงพอต่อการประเมินผลให้มีความยั่งยืนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่นที่ได้ให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนแนวคิดความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์, สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 - 2570. นนทบุรี: บริษัท เปเปอรี่ จำกัด; 2566.
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพและทิศทางการขับเคลื่อนสมุนไพรในระดับประทศ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/4.1-Promote-the-use-of-herbal-medicine-v10.pdf.
3. พนิดา โนนทิง, สุวิชชา เจริญพร, น้องเล็ก คุณวราดิศัย, แสวง วัชระธนกิจ, อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากูล. สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2556;9(1):1-29.
4. ปัทมา แคสันเทียะ, ทิพาพร กาญจนราช. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการทดแทนยาแผนปัจจุบันด้วยยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ: การศึกษานำร่องจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;13(4):837-46.
5. ภิษณี วิจันทึก, ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. 2562;28(2):244-54.
6. HDC data center. กลุ่มรายงานมาตรฐาน การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร. นนทบุรี; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=30bc6364fc06a33a7802e16bc596ac3b&id=18576644ee6ec12c24b8d307535fa140.
7. รัตนพร เสนาลาด, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, สมศักดิ์ นวลแก้ว. ผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรมไทย. 2563;13(4):933-43.
8. Stake R E. “The Countenance of Educational Evaluation,” Teachers College Record, 1967;68:523-40.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์; 2538.
10. Phengbunchoo L, Rungpragayphan S. Analysis of patterns of herbal medicine use in outpatients of health service units in Samut Songkhram using business intelligence system. Thai J Pharm Pract. 2023;15(1):167-86.
11. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพและทิศทางการขับเคลื่อนสมุนไพรในระดับประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/4.1-Promote-the-use-of-herbal-medicine-v10.pdf
12. พนิดา โนนทิง, สุวิชชา เจริญพร, น้องเล็ก คุณวราดิศัย, แสวง วัชระธนกิจ, อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากูล. สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2556;9(1):1-29.
13. Kanphet Y, Uttarawichien T, Vongsak B, Boonsom T, Nalinratana N, Sivaji S, et al.

Standardized Pluchea indica leaf extract exhibited antiproliferative activity against TGF-β-induced prostate stromal cells (WPMY-1) through G1 phase cell cycle arrest via SMAD2/3 and ERK1/2 signaling pathways. In Vivo. 2025;39(2):778-94.

14. Chantarapon P, Bunpean A. Current situation and trends in herbal medicine dispensing in Songkhla Province (2020-2024). J Fac Phys Educ. 2025;28(1).
15. Thongsee C, Fakkham S, Nacapunchai D. Comparison of the efficiency of Indian gooseberry cough syrup and maweng cough lozenge with dextromethorphan in the treatment of cough in hypertensive patients taking enalapril at fort Phichai Dap Hak hospital in Uttaradit Province. Mahasarakham Hosp J. 2023;20(3):220-35.
16. Sangpraphan P. Factors related to the use of herbal medicine in primary care units in Phuket Province. J Health Consum Prot. 2023;3(2):75-88.
17. Suwanpratheep N, Noosorn N, Rattanawichitr N. Factors influencing the prescription of herbal medicines in the National List of Essential Medicines among modern physicians in Pathum Thani Province. Res Dev Health Syst J. 2022;15(3):456-69.
18. Suwannasri R, Kittiboonyakun P. Effects of using guidelines to promote the use of herbal medicines in community hospitals, Mahasarakham Province. Thai J Pharm Pract. 2021;13(2):245-58.
19. Rattanawong P, Kantharat P. Criteria, problems and recommendations for the selection of medicines developed from herbs in hospitals. Thai J Pharm Pract. 2022;14(3):512-28.
20. Khumsikiew J, Sripa S, Moolasarn S, Toh LS, Anderson C, Supapaan TS. Facilitators and barriers of the rational drug use hospital program in Thailand. Pharm Pract (Granada). 2023;21(3):2815.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน
Development of a Home-Based Continuing Care Model for Patients with Diabetes Mellitus at Chaturaphak Phiman Hospital

พัชชรี เกษแก้ว*
Phatcharee Ketkaew
Corresponding author: E-mail: phatcharee.tran@gmail.com
(Received: February 14, 2026; Revised: February 20, 2026; Accepted: March 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาบริบทและปัญหา พัฒนารูปแบบ และ ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพัฒนา โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 ราย ที่รับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ระยะเวลาศึกษา 3 เดือน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน แบบประเมินความพึงพอใจ และค่าฮีโมโกลบินเอวันซี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบวิลคอกซัน การทดสอบแมนน์–วิทนีย์ และการทดสอบที กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่าเฉลี่ย 7.35 ± 0.61 เทียบกับ 8.57 ± 0.72 ($p < .001$) ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ควรนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และศึกษาผลระยะยาวเพิ่มเติม

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน; โรคเบาหวานชนิดที่ 2; แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง; การดูแลตนเอง; ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

*ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : To explore the context and challenges, design, and evaluate the effectiveness of a continuous home care model for diabetic patients.

Study design : Research and development using a quasi-experimental two-group pretest–posttest design.

Materials and Methods : The sample comprised 60 patients with type 2 diabetes receiving care at Chaturaphak Phiman Hospital, Roi Et Province, and affiliated primary care units. Participants were assigned to an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The intervention period was three months. The experimental group received care based on the developed home-based continuous care model, whereas the control group received usual care. Data were collected using self-management and family and community support questionnaires, a patient satisfaction questionnaire, and glycated hemoglobin levels. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, Mann–Whitney U test, and independent t-test at a significance level of .05.

Main findings : After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher self-management and family and community support scores than baseline and the control group ($p < .001$). Glycated hemoglobin levels significantly decreased and were lower than those of the control group, with mean values of 7.35 ± 0.61 and 8.57 ± 0.72, respectively ($p < .001$). Patient satisfaction was at a high level and significantly greater than that of the control group.

Conclusion and recommendations : The home-based continuous care model effectively improved self-management, enhanced social support, and reduced glycated hemoglobin levels. Implementation in primary healthcare settings is recommended, along with further long-term evaluation.

Keywords : Home-based continuous care; Type 2 diabetes; Chronic Care Model; Self-management behavior; HbA1c

*Registered Nurse, Professional Level, Chaturaphak Phiman Hospital.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCD) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง การขาดการออกกำลังกาย และความเครียดสะสม โรคนี้มีลักษณะเรื้อรังและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานขึ้นตา และแผลเบาหวาน

ข้อมูลจาก สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2025 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 853 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 โดยในปี ค.ศ. 2024 โรคเบาหวานคร่าชีวิตผู้คนถึง 3.4 ล้านคน และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่า 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี[1] สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2567 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.6 ขณะที่ข้อมูลจากธนาคารโลกชี้ว่าในกลุ่มอายุ 20–79 ปี มีผู้ป่วยประมาณ 6.36 ล้านคน และหนึ่งในสามยังไม่ได้รับการวินิจฉัย[2] ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคเบาหวานในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 อยู่ที่ประมาณ 4,116.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเฉลี่ย 647.2 ดอลลาร์ต่อผู้ป่วยต่อปี

แม้ว่าประเทศไทยจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ครอบคลุมทั้งการใช้ยา การควบคุมระดับน้ำตาล และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่การพึ่งพาการดูแลในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งในด้านระยะทาง ค่าใช้จ่าย และทรัพยากรบุคลากร ในอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบผู้ป่วยเบาหวานลงทะเบียนมากกว่า 1,500 ราย แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 40 สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home-based Continuing Care) จึงได้รับความสนใจมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ควบคู่กับการติดตามและสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบ Chronic Care Model (CCM) ที่เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการออกแบบระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาว[3] หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมานพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบต่อเนื่องในชุมชนและที่บ้านสามารถช่วยปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[4-5]

งานวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยสนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าว เช่น การใช้ Telemedicine ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถติดตามระดับน้ำตาลและควบคุมโรคได้ดีขึ้นระหว่างการรักษาที่บ้าน[6] การบูรณาการแผนการดูแลเฉพาะบุคคลร่วมกับการเยี่ยมบ้านของพยาบาลสามารถลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ[7] และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการติดตามโดยชุมชนในพื้นที่ชนบทช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น[3] ในบริบทของประเทศไทย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลตนเองและความต่อเนื่องของการรักษา[8]

บทบาทของ อสม. ในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิของไทยถือเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับชุมชน งานวิจัยในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าการเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้โดย อสม. สามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิผล[9] ขณะเดียวกัน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น

Telemedicine หรือแอปพลิเคชันสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการติดตามและให้คำปรึกษาโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล[6]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนหรือการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการแทรกแซงเฉพาะองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง เช่น การให้ความรู้ การใช้เทคโนโลยี หรือการเยี่ยมบ้านเพียงด้านเดียว ขณะที่การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยง ระบบบริการสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน และกลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขภายใต้กรอบแนวคิด Chronic Care Model อย่างเป็นระบบยังมีจำนวนจำกัด[7,5] โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและพื้นที่ชนบทของประเทศไทย นอกจากนี้ งานวิจัยจำนวนหนึ่งมุ่งประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเพียงด้านเดียว เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และความพึงพอใจของผู้ป่วยควบคู่กัน[10] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และ อสม. ภายใต้กรอบแนวคิด Chronic Care Model และประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะในบริบทของอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบริบทและปัญหา พัฒนารูปแบบ และทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบต่อเนื่องที่บ้านภายใต้แนวคิด Chronic Care Model (CCM) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและปัญหาระบบการดูแลเดิม 2) พัฒนารูปแบบและคู่มือการดูแล และ 3) ทดลองใช้และประเมินผล โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน–หลังการทดลอง (Pretest–Posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ อายุ 30 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อจัดกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 ตามเกณฑ์ของ โคเฮน[11] ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 30 ราย รวมไม่น้อยกว่า 60 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบต่อเนื่องที่บ้าน พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางเวชปฏิบัติ และ

บริบทของโรงพยาบาลชุมชน ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการดูแลรายบุคคล การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง การติดตามประเมินผล และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยดัดแปลงจากแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] และสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ American Diabetes Association[13]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน และรูปแบบการรักษา

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Questionnaire: DSMQ) ดัดแปลงจาก Schmitt et al.[14] ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาล และการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พัฒนาบนกรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม และปรับจากงานวิจัยโปรแกรมสุขภาพเบาหวานในชุมชน[15]

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบต่อเนื่องที่บ้าน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมด้านกระบวนการดูแล ความต่อเนื่อง ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในการควบคุมโรค

2.5 ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จากเวชระเบียน ใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบการดูแล ตามแนวทางมาตรฐานสากล[13]

เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามแนวทางของ Polit & Beck[16] พบว่า ค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และค่าเฉลี่ยทั้งฉบับมากกว่า 0.90 แสดงว่าเครื่องมือมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับ

การทดสอบความเชื่อมั่นดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[17] พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเท่ากับ 0.983 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีค่าเท่ากับ 0.990 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ 0.987 ซึ่งอยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม[18] สะท้อนว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอภายในสูงและเหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 เดือน ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงรายละเอียดโครงการก่อนขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ก่อนเริ่มการทดลอง มีการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จากเวชระเบียน

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้รายบุคคล การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง การติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของหน่วยบริการสุขภาพ

เมื่อครบระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำในตัวแปรเดิมทั้งสองกลุ่ม และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยการทดสอบโคลโมโกรอฟ–สเมียร์นอฟ (Kolmogorov–Smirnov test) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และความพึงพอใจ

มีการแจกแจงไม่ปกติ ส่วนค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีการแจกแจงปกติ

การทดสอบสมมติฐานกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติวิลคอกซัน ไซน์ แรงก์ เทสต์ (Wilcoxon signed-rank test) และสถิติแมน–วิทนีย์ ยู เทสต์ (Mann–Whitney U test) สำหรับข้อมูลที่แจกแจงไม่ปกติ และใช้สถิติทีแบบกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) และสถิติทีแบบอิสระ (Independent t-test) สำหรับค่า HbA1c

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 174/2567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล จากนั้นจึงลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed consent) ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล โดยข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลในลักษณะภาพรวมเพื่อไม่ให้สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เพื่อพิจารณาความเทียบเคียงกันของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลอง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการป่วย ภาวะแทรกซ้อน และรูปแบบการรักษา พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเทียบเคียงกันก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n=30	กลุ่มควบคุม n=30	χ^2	p
	n(%)	n(%)		
เพศ			0.067	.796
ชาย	16(53.3)	15(50.0)		
หญิง	14(46.7)	15(50.0)		
อายุ (ปี)			2.204	.531
30–40	4(13.3)	8(26.7)		
41–50	9(30.0)	9(30.0)		
51–60	7(23.3)	4(13.3)		
≥61	10(33.3)	9(30.0)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n=30	กลุ่มควบคุม n=30	χ^2	p
	n(%)	n(%)		
ระยะเวลาป่วยเบาหวาน			0.400	.819
1–5 ปี	9(30.0)	11(36.7)		
6–10 ปี	11(36.7)	9(30.0)		
>10 ปี	10(33.3)	10(33.3)		
ภาวะแทรกซ้อน			1.364	.506
ไม่มี	10(33.3)	12(40.0)		
มี	20(66.7)	18(60.0)		
รูปแบบการรักษา			2.967	.227
ควบคุมอาหาร	7(23.3)	13(43.3)		
รับประทานยา	10(33.3)	6(20.0)		
ฉีดอินซูลิน	13(43.3)	11(36.7)		

หมายเหตุ : Pearson's Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่ม ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความพึงพอใจ และระดับ HbA1c ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรดังกล่าวในระดับที่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน–หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Test statistic	p	Effect size
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (DSMQ)					
กลุ่มทดลอง	17.50	25.50	Z = -5.396	< .001	r = 0.99
	[16.00–19.25]	[24.00–27.25]			
กลุ่มควบคุม	17.50	20.50	Z = -5.069	< .001	r = 0.93
	[16.00–19.00]	[19.00–22.00]			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Test statistic	p	Effect size
การสนับสนุนจากครอบครัว					
กลุ่มทดลอง	19.50	29.50	Z = -5.384	< .001	r = 0.98
	[18.00–21.25]	[28.00–31.25]			
กลุ่มควบคุม	19.50	21.50		< .001	r = 0.91
	[18.00–21.00]	[20.00–23.00]	Z = -4.973		
ความพึงพอใจ					
กลุ่มทดลอง	36.50	50.50	Z = -5.371	< .001	r = 0.98
	[35.00–39.25]	[48.75–54.25]			
กลุ่มควบคุม	36.50	38.50	Z = -4.965	< .001	r = 0.91
	[35.00–39.00]	[37.00–41.00]			
HbA1c					
กลุ่มทดลอง	8.92 ± 0.71	7.35 ± 0.61	t = 28.222	< .001	d = 5.15
กลุ่มควบคุม	8.95 ± 0.73	8.57 ± 0.72	t = 35.057	< .001	d = 6.40

หมายเหตุ : Wilcoxon Signed-Rank Test สำหรับตัวแปรที่มีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง (p = .037 และ .131) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (p = .037 และ .008) และความพึงพอใจ (p = .070 และ .003) จากการทดสอบ Shapiro–Wilk และใช้ Paired t-test สำหรับตัวแปร HbA1c ซึ่งมีการแจกแจงข้อมูลปกติ (p = .702 และ .555)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม ผลการเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความพึงพอใจ และระดับ HbA1c แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Z = -0.119, p = .905	Z = -6.174, p < .001
การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	Z = -0.119, p = .905	Z = -6.409, p < .001
ความพึงพอใจ	Z = -0.097, p = .923	Z = -6.404, p < .001
HbA1c	t = -0.161, p = .872	t = -7.096, p < .001

หมายเหตุ : Mann–Whitney U test สำหรับตัวแปรที่มีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง (p = .037) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (p = .037 และ .008) และความพึงพอใจ (p = .003) จากการทดสอบ Shapiro–Wilk และ Independent t-test สำหรับตัวแปร HbA1c ซึ่งมีการแจกแจงข้อมูลปกติ (p = .702 และ .555)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวาน พัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการปัจจุบันยังเน้นการติดตามในสถานพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่การดูแลต่อเนื่องในบริบทครอบครัวและชุมชนยังขาดความเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดทักษะการจัดการตนเอง โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนช่องว่างของความต่อเนื่องในการดูแล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรัง แนวคิด Chronic Care Model[3,19] อธิบายว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีความพร้อมกับทีมสุขภาพที่มีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม หากขาดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน การดูแลมักไม่สามารถรักษาผลลัพธ์ในระยะยาวได้

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบบริการจะมีแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน แต่การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในระดับครอบครัวและชุมชนยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร และกลไกการติดตามที่ต่อเนื่อง สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังสะท้อนความต้องการการติดตามที่สม่ำเสมอและการให้คำปรึกษาเฉพาะราย สอดคล้องกับแนวคิดของ Powers et al.[7] ที่เน้นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและการติดตามต่อเนื่องเพื่อเสริมแรงจูงใจ ทั้งนี้ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่เน้นเพียงการให้ความรู้โดยไม่มีระบบติดตามสนับสนุน อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

2. การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ตั้งอยู่บนฐานข้อมูลจากการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยในพื้นที่ ร่วมกับกรอบแนวคิด Chronic Care Model[3,19] เพื่อออกแบบกระบวนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทั้งในด้านทรัพยากร บุคลากร และบทบาทของครอบครัว การเชื่อมโยงสถานพยาบาลกับครัวเรือนและเครือข่ายชุมชนสะท้อนแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังที่เน้นความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องหลายระดับ

จุดเด่นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือการนำข้อมูลเชิงบริบทมาใช้กำหนดองค์ประกอบและขั้นตอนการดำเนินงาน แทนการนำรูปแบบสำเร็จรูปมาใช้โดยตรง ซึ่งช่วยให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและข้อจำกัดของพื้นที่มากขึ้น สอดคล้องกับหลักการของ CCM ที่มุ่งบูรณาการองค์ประกอบของระบบบริการ โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) การให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและศักยภาพในการดูแลตนเอง

ผลจากการนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งมีระดับ HbA1c ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการติดตามต่อเนื่องสามารถลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[20] นอกจากนี้ การเชื่อมโยงเครือข่ายครอบครัวและชุมชน (Community Linkages) ยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการคงพฤติกรรมสุขภาพ[5] ความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นจึงสะท้อนถึงการออกแบบบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

อย่างไรก็ตามแม้รูปแบบจะอิงบริบทพื้นที่และแสดงผลลัพธ์เชิงบวก แต่กระบวนการพัฒนายังคงอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กำหนดไว้ล่วงหน้า จึงอาจมีข้อจำกัดด้านความยืดหยุ่นต่อพลวัตของชุมชนในระยะยาว อีกทั้งความสำเร็จของรูปแบบอาจขึ้นอยู่กับศักยภาพของทีมสุขภาพและความเข้มแข็งของเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละบริบท

โดยภาพรวม การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้สะท้อนการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และบริบทพื้นที่เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ

3. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงการสนับสนุนในระดับครอบครัวและชุมชนกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการจัดการโรคเรื้อรังที่เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองและการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสม[3,19] ในเชิงทฤษฎี ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่าการจัดการโรคเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยกลไกบูรณาการหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการคงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว[5] นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c ที่ลดลงควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ[20]

อย่างไรก็ตาม การประเมินผลในครั้งนี้ดำเนินการภายหลังการใช้รูปแบบในช่วงเวลาจำกัด จึงอาจสะท้อนผลในระยะสั้นมากกว่าความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาว อีกทั้งตัวแปรด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจเป็นข้อมูลจากการรายงานตนเอง ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากการรับรู้หรือแรงจูงใจของผู้เข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ การศึกษายังมิได้วิเคราะห์ต้นทุนหรือความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการพิจารณาขยายผลในระดับระบบบริการ โดยสรุปการประเมินผลสนับสนุนว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาบนพื้นฐานของ Chronic Care Model มีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มความพึงพอใจ และปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภายใต้เงื่อนไขของบริบทที่ดำเนินการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบต่อเนื่องที่บ้านมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ควรเน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อเสริมความต่อเนื่องของการดูแล

ควรพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อความยั่งยืนของรูปแบบ และในการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายพื้นที่ศึกษาและระยะเวลาติดตามผล รวมทั้งประเมินผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่และสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานและดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแล ตลอดจนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานให้สำเร็จ

ลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 11th ed [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2025 [cited 2025 Jan 5]. Available from: https://diabetesatlas.org
2. World Bank. Diabetes country profile: Thailand [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 12]. Available from: https://data.worldbank.org
3. Wagner E H, Austin B T, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Aff. 2001;20(6):64-78
4. Norris S L, Nichols P J, Caspersen C J, Glasgow R E, Engelgau M M, Jack L Jr, et al. Increasing diabetes self-management education in community settings: a systematic review. Am J Prev Med. 2002;22(4 Suppl):39-66.
5. Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. Prev Chronic Dis. 2013;10:E26.
6. Ghosh A, Gupta R, Misra A. Telemedicine for diabetes care in India during COVID-19 pandemic and national lockdown period: guidelines for physicians. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(4):273-6.
7. Powers M A, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell M M, Fischl A H, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care. 2020;43(7):1636-49.
8. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization; 2016.
9. Suksomboon N, Poolsup N, Rattanasookchit S. Impact of community-based interventions on diabetes management in Thailand: a community health volunteer approach. J Med Assoc Thai. 2017;100(5):567-74.
10. Rosland A M, Heisler M, Choi H J, Silveira M J, Piette J D. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? Chronic Illn. 2010;6(1):22-33.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบต่อเนื่องที่บ้าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
13. American Diabetes Association. Standards of care in diabetes 2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S300.
14. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. The diabetes self-management questionnaire (DSMQ): Development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities. Health Qual Life Outcomes. 2013;11:138.
15. Fitzgerald J T, Funnell M M, Hess G E, Barr P A, Anderson R M, Hiss R G, et al. The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. Diabetes Care. 1998;21(5):706-10.
16. Polit D F, Beck C T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97.

17. Cronbach L J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
18. Nunnally J C, Bernstein I H. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
19. Wagner E H. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?. Eff Clin Pract. 1998;1(1):2–4.
20. Chrvala C A, Sherr D, Lipman R D. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926-43.

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง

Development of a Long-Term Healthcare System for Elderly Individuals with Dependency through Community Participation, Phon Thong Hospital

พิทักษ์ โสนะชัย*

Pitak Sonachai

Corresponding author: E-mail: pitak.sonachai@gmail.com

(Received: February 14, 2026; Revised: February 20, 2026; Accepted: March 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 15 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 66 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart Care giver: Smart CG) 80 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งระยะการศึกษาสภาพปัญหา ระยะพัฒนา และระยะประเมินผลการระบบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 - กันยายน 2568 โดยใช้แบบทดสอบ แบบประเมิน และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้ Percentage differences

ผลการวิจัย : (1) สภาวการณ์ดูแลระยะยาวในพื้นที่เผชิญกับ “อุปสรรคเชิงโครงสร้าง” ที่ส่งผลโดยตรงต่อความล้มเหลวในการส่งต่อการบริบาลอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งถูกซ้ำเติมด้วย “แรงกดดันทางเศรษฐศาสตร์คลินิก” และข้อจำกัดด้านสถาปัตยกรรมเชิงพื้นที่ที่ไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุ ส่วนมิติทางสังคม เกิดจากพลวัตประชากรจากการย้ายถิ่นของวัยแรงงานได้เร่งให้เกิดการเปลี่ยนผ่านสู่ “ครัวเรือนข้ามรุ่น”อันเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ก่อให้เกิดภาวะ Caregiver Burnout และ เกิด”ช่องว่างเชิงปฏิบัติ” (Practical Gap) หรือขาดบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ระหว่างภาคีเครือข่าย ส่งผลให้กลไกการดูแลระดับพื้นที่ขาดความเป็นรูปธรรมและประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อปัญหาที่มีความซับซ้อนในปัจจุบัน (2) ระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินและคัดกรอง การใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อน (Identification) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping & Planning) และการจัดการสภาพแวดล้อม (Environmental Modification) และ (3) ผลการประเมินระบบฯ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นถึง 66.7% และความรู้ระดับปานกลางเพิ่มขึ้น 40.0% ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมากถึง 85.7%; กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนในทุกรายการ และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการทางด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มไม่ต้องพึ่งพา (ADL 12-20) เพิ่มขึ้นสูงถึง 26.1% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 10.0%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น และส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การมีส่วนร่วม; นวัตกรรมสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง

Abstract

Purposes : To investigate existing problems, develop a care system, and evaluate the effectiveness of a community-based long-term health care system for dependent elderly individuals at Phon Thong Hospital.

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

Materials and Methods : The methodology of this study was structured to systematically develop and evaluate a long-term care system for dependent elderly individuals. The key informants comprised 15 members of the system development working group, while the study sample included 66 dependent elderly persons and 80 "Smart Caregivers" (Smart CG).The research process was divided into three distinct phases: the problem identification phase, the development phase, and the system evaluation phase. Data collection was conducted between October 2024 and September 2025, utilizing a suite of instruments including standardized tests, evaluation forms, and structured guidelines for focus group discussions. For the data analysis, descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation were employed. Furthermore, a comparative analysis of proportions was performed using percentage differences to determine the efficacy and progress of the developed system.

Conclusion and recommendations : (1) The situational analysis revealed that long-term care in the area faces "structural barriers" that directly impede seamless care transitions. These issues are exacerbated by "clinical economic pressures" and architectural constraints inconsistent with the physical limitations of the elderly. Socially, the migration of the working-age population has accelerated the transition to "skipped-generation households," a primary factor contributing to caregiver burnout. Furthermore, a "practical gap" exists due to a lack of strategic integration among stakeholders, resulting in local care mechanisms that lack concreteness and efficiency in addressing current complex challenges. (2) The developed long-term care system comprises screening and assessment activities, a peer-support mechanism (Identification), individualized care mapping and planning, and environmental modification, and (3) Regarding the system evaluation, the caregivers in the experimental group exhibited substantial positive transitions. Specifically, there was a 66.7% increase in the high-knowledge category and a 40.0% increase in the moderate-knowledge category. Conversely, the proportion of caregivers with low knowledge levels in the experimental group significantly plummeted by 85.7%. Furthermore, the experimental group demonstrated markedly higher mean scores in practical skills across all evaluated items compared to the control group. These improvements were directly associated with superior health outcomes in the elderly participants; the proportion of those attaining functional independence (ADL 12-20) rose to 26.1% in the experimental group, significantly outperforming the 10.0% observed in the control group.

Conclusion and Recommendations : This research successfully enhanced the knowledge and skills of practitioners providing care for dependent elderly individuals, subsequently improving the functional abilities and daily living activities of the target group.

Keywords : Long-term care system; Dependent elderly; Community participation; Health innovation

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Division, Phon Thong Hospital.

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่า อำเภอโพนทองได้ก้าวเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงวัยอย่างเต็มตัวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการขยายตัวของกลุ่มประชากรสูงวัยอย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนวนรวมของผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 114 ราย เป็น 130 ราย ภายในระยะเวลาเพียงหนึ่งปี สัญญาณนี้สะท้อนถึงประเด็นปัญหาเร่งด่วนในด้าน “ภาระการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น” (Increased Care Burden) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มมีความเสื่อมถอยของร่างกายแต่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 71 ราย เป็น 85 ราย สภาพปัญหานี้บ่งชี้ว่าพื้นที่อำเภอโพนทองกำลังเผชิญกับภาวะความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่จะขยับระดับเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงที่รุนแรงขึ้น[1] เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง คือกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มติดเตียงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นรวมกันเป็น 33 รายในปี พ.ศ.2567 สภาพปัญหาที่สำคัญคือ “ค่าใช้จ่ายในการบริบาลและความเปราะบางทางเศรษฐกิจ” เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องใช้วัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์และต้องการการดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจระดับครัวเรือนในพื้นที่อำเภอโพนทองที่ส่วนใหญ่ยังมีรายได้ไม่แน่นอน[2] นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงยังส่งผลให้เกิดปัญหาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver Burnout) เนื่องจากสัดส่วนของอาสาสมัครบริบาลผู้สูงอายุ (Care CG) ต่อจำนวนผู้ป่วยเริ่มมีความไม่สมดุล ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลในระยะยาว[3]

ท่ามกลางการเปลี่ยนผ่านสู่โลกดิจิทัลอย่างก้าวกระโดดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2566 สังคมไทยต้องเผชิญกับความท้าทายสำคัญในการพาประชากรทุกกลุ่มข้ามผ่านกระแสเทคโนโลยีที่ถาโถม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ “ช่องว่างทางทักษะดิจิทัล” (Digital Gap) ไม่ใช่เพียงแค่อุปสรรคในการเรียนรู้สิ่งใหม่ แต่เปรียบเสมือนกำแพงที่ปิดกั้นโอกาสในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการพื้นฐานผ่านระบบแอปพลิเคชันของรัฐอย่างน่ากังวล[4] ยิ่งไปกว่านั้นช่องว่างดังกล่าวยังกลายเป็นจุดเปราะบางที่มิจฉาชีพใช้เป็นช่องทางในการล่อลวงผ่านกลวิธีออนไลน์และการโฆษณาชวนเชื่อด้านสุขภาพที่บิดเบือนความเป็นจริง ตามที่กัญญารัตน์ บุญมา[4] ได้ระบุไว้ ภัยคุกคามไซเบอร์เหล่านี้ไม่ได้ส่งผลกระทบเพียงแค่การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองเท่านั้น แต่ยังลุกลามไปถึงการบ่อนทำลายสุขภาวะและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าความฉลาดทางดิจิทัลไม่ใช่เพียงทักษะ ทางเทคนิค แต่คือเกราะคุ้มกันสำคัญในการดำรงชีวิตของพลเมืองสูงวัยในปัจจุบัน

เช่นเดียวกับผลการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและระดับประเทศ พบช่องว่าง 3 ประเด็นหลักที่งานของท่านจะเข้าไป “เติมเต็ม” ได้แก่ (1) Practical Gap (ช่องว่างเชิงปฏิบัติ) งานส่วนใหญ่มักเน้น “การอบรม” (Training) แต่ขาด “การติดตามและกำกับดูแล” (Monitoring & Supervision) อย่างเป็นระบบ (2) Continuity of Care Gap (ช่องวางความต่อเนื่อง): มักมีการแยกส่วนระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนงานของท่านใช้ Smart CG และ Case Conference เป็นสะพานเชื่อมที่ทำให้รอยต่อของการดูแลหายไป และ (3) Contextual Gap (ช่องว่างเชิงบริบท) การพัฒนา Model ในพื้นที่ถึงเมืองกึ่งชนบทที่มีลักษณะเฉพาะตัวแบบอำเภอโพนทอง ยังไม่ถูกถอดบทเรียนเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการ (Process Innovation) ที่ชัดเจน “แม้ว่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) ของประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ช่องว่างสำคัญ คือความไม่ต่อเนื่องของระบบการดูแลเมื่อผู้สูงอายุกลับสู่ชุมชน[4] ซึ่งมักเกิดจากการขาดกลไกการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและผู้ดูแลในชุมชน นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล (Caregiver) แต่ยังขาดการพัฒนาระบบสนับสนุน (Support System) ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถ

ปฏิบัติงานได้อย่างยั่งยืนและมีมาตรฐาน[5] ความท้าทายนี้จึงนำมาสู่คำถามวิจัยว่า จะพัฒนาระบบการดูแลอย่างไรให้เกิดความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน[6] งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนา "รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" โดยใช้พื้นที่อำเภอโพนทองเป็นฐาน เพื่อสร้างนวัตกรรมเชิงกระบวนการ 5 ระบบย่อย ที่ไม่เพียงแต่เน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ยังเน้นความเข้มแข็งของเครือข่ายดูแลในระดับพื้นที่ ซึ่งจะเป็นการปิดช่องว่างเชิงปฏิบัติการและสร้างโมเดลต้นแบบที่เป็นรูปธรรม

อาจกล่าวได้ว่าพัฒนาการโดยรวมของการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อให้การคุ้มครองดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของรัฐบาลนั้น มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องชัดเจนอีกทั้งมีความก้าวหน้ามากขึ้นโดยตามลำดับคู่ขนานไปกับการได้รับร่วมมือและความสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมากขึ้นด้วยปัจจัยสำคัญที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้การดำเนินงานของผู้สูงอายุมีความก้าวหน้ามากขึ้นในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาก็คือ ความรู้ความเข้าใจในเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งความตระหนักในเรื่องของสังคมสูงวัย ที่ได้นำมาซึ่งความร่วมมือกันและร่วมบูรณาการความรู้และทรัพยากรอย่างใกล้ชิด รวมไปจนถึงความสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนภาคธุรกิจเอกชน ตลอดจนองค์กรสาธารณประโยชน์ และภาคประชาชนและองค์กรเครือข่ายด้านผู้สูงอายุที่ได้เข้ามา การทำงานร่วมกันในรูปของกลไกความร่วมมือในระดับชุมชน/ท้องถิ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่จะดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยของเราสามารถใช้ชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข โดยได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบการดูแล และประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา กระบวนการดูแล และประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567- เดือนกันยายน 2568

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสภาพปัญหา ระยะพัฒนาระบบ และระยะประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทองเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ในการทบทวนข้อมูลระบบและการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในการศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานระบบกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ศึกษารายงานผลการประเมินภาวะสุขภาพและรายงานข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ.2564-2567

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงพยาบาลโพนทอง กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในระบบไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) คัดเลือกผู้แทนจากกลุ่มเครือข่ายการดูแลในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแล

ผู้สูงอายุ (Care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ คน และบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลโพนทอง รวม 15 คน และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ บุคลากรที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ร่วมกันทบทวนในคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโพนทอง และนำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทระบบ ผลการสนทนากลุ่มจะได้ข้อสรุปการออกแบบพัฒนาระบบระบบการดูแลระยะยาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างเป็นบุลคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สำหรับการสนทนากลุ่มในการพัฒนาระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในการศึกษาระยะที่ 1 จำนวน 15 คน และ(2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 33 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Smart Care giver: Smart CG) ตามหลักเกณฑ์ของหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนด Effect size = 0.4, Power = 0.8, = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน และเพิ่มจำนวนร้อยละ 20 ป้องกันการ Drop out จำนวน 45 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการอบรม จำนวน 45 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุ 25 ปี และปัจจุบันเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เป็น Care giver ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 มากกว่า 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ระยะเวลาเข้าร่วมการอบรมตลอดหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 80 เกณฑ์การยุติ (Discontinuing criteria) ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยในระหว่างการอบรมและไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมต่อเนื่องได้

ระยะที่ 3 การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research: One group pretest posttest design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการพัฒนา โดยนำระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นไปทดลองปฏิบัติและปรับปรุงเป็นเวลา 8 เดือนตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนสิงหาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดำเนินการตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาลมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 33 คน และผู้ดูแล 40 คน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 33 คน และผู้ดูแล 40 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มคิดเตียงคะแนน ADL 0-4 คะแนน และกลุ่มติดบ้านคะแนน ADL รวม 5-11 คะแนน 2) ผู้สูงอายุที่สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เกณฑ์ และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโคงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) และ 2) ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระหว่างการศึกษา และเกณฑ์การยุติ (Discontinuing criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เกิดการเสียชีวิตในช่วงเวลาระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัยตามหลักสูตรการอบรม 70 ชั่วโมง[7] ประกอบด้วยลักษณะทางประชากรและข้อคำถามสำหรับการทดสอบความรู้ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน แบบทดสอบนี้ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยการนำไปทดสอลงใช้ จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่า

ความเชื่อมั่น (KR-20) ได้เท่ากับ 0.87 การผ่านการอบรมต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หรือได้คะแนน 24 คะแนนขึ้นไป

2. แบบประเมินทักษะสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมของกรมอนามัยตามหลักสูตรการอบรม 70 ชั่วโมง[7] ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและการประเมิน 9 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการให้ยาทางปาก การวัดสัญญาณชีพ การวัดความดันโลหิต การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การเช็ดตัวลดไข้ การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ และการให้ออกซิเจน การประเมินโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ประเมินการฝึกทักษะ ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน และปฏิบัติได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน แบบประเมินทักษะนำไปทดลองใช้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) ได้เท่ากับ 0.80 ค่าความยาก (P) ตั้งแต่ 0.43-0.73 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (B) ตั้งแต่ 0.49-0.86 การแปลผลการผ่านการอบรมต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 9 ทักษะ

3. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เป็นแบบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[8] ประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า/แปรงฟัน การขึ้น/ลงเตียงและเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้อง/บ้าน การแต่งตัวสวมใส่/ถอดเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะคะแนนเต็ม 20 คะแนน การเปลผลแบ่งผู้สูงอายุเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (คะแนน ADL= 0-4) 2) ภาวะพึ่งพารุนแรง (คะแนน ADL= 5-8) 3) ภาวะพึ่งพาปานกลาง (คะแนน ADL= 9-11) และ 4) ไม่เป็นการพึ่งพา (คะแนน ADL= 12-20)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาสภาพปัญหาสภาพปัญหาของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลจากรายงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขโดย 1) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการดำเนินงานในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขระยะเวลา 2 ปี ในปี พ.ศ.2564-257 และสนทนากลุ่ม (Focus group) 1 ครั้ง การรวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และ 2) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตั้งเป้าหมายการดูแลจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว เมื่อมีการมอบหมายบทบาทภาคีเกี่ยวข้องตามแผนการดูแลผู้จัดการการดูแลระยะยาว มีหน้าที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และประเมินซ้ำเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม โดยดำเนินการเดือนตุลาคม 2567

2. พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 และสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 2 ครั้ง ผลการสนทนากลุ่มได้ข้อสรุปการออกแบบพัฒนาระบบระบบการดูแลระยะยาวประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ระบบ ได้แก่ (1) กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม (2) บุคลากรหลักในระบบการดูแล (3) กระบวนการดำเนินงานในชุมชนและ (4) ปัจจัยสู่ความสำเร็จและความยั่งยืน หลังจากนั้นได้นำระบบดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาพบว่า ค่าดัชนีความเที่ยงตรงงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 และมาตรฐานการประเมินอภิมาน 5 มาตรฐาน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2567 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในหมู่บ้านเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโพนทองเป็นเวลา 4 เดือนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงแก้ไข และนำระบบไปใช้ในการดำเนินงาน

3. การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยนำระบบการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติตั้งแต่เดือนกันยายน 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการพัฒนาทักษะเป็น Smart CG หลักสูตร 70 ชั่วโมง ประเมินความรู้ก่อนการอบรม และประเมินหลังสิ้นสุดการอบรม สำหรับการประเมินทักษะการดูแลสู้สูงอายุประเมินหลังสิ้นสุดการอบรม และติดตามประเมินหลังการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ 3 เดือน

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการประเมินการจัดทำ Care plan รายบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมิน ADL และการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ช่วงเวลา กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2568 กับกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีแจกแจงของข้อไม่เป็นแบบโค้งปกติ (Non- distribution) ใช้สถิติค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และวิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Interval หรือ Ratio scale) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกันด้วยสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) สำหรับตัวอย่างสุ่มที่มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) และกรณีตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (Nominal หรือ Interval scale) วิเคราะห์ด้วยการทดสอบ McNemar test และการทดสอบ Chi-square test เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 95% Confidence interval

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารการรับรอง COE 1782567 วันที่ให้การรับรอง 27 ธันวาคม 2567 วันหมดอายุใบรับรอง 26 ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิของอาสาสมัคร โดยยึดหลักการให้อาสาสมัครได้รับประโยชน์และได้รับความปลอดภัยสูงสุด

ผลการวิจัย

1. การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์นำมาซึ่งความท้าทายประการสำคัญคือ การจัดการระบบดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสภาพปัญหาที่มีความรุนแรงที่สุดคืออุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยผู้สูงอายุติดเตียงถึง 84.84% ประสบความยากลำบากากอย่างยิ่งในการเดินทางไปโรงพยาบาลเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและสภาวะโรค ปัญหานี้ถูกนี้ขึ้นด้วยข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ (81.81%) ซึ่งรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการจัดการอุปกรณ์สิ้นเปลืองและการดูแลต่อเนื่องกลายเป็นปัจจัยขัดขวางคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน ในมิติเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ ระบบสาธาธารณสุขไทยยังเผชิญกับ สภาวะสูญญากาศของการบูรณาการ โดยพบความไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (72.73%) และระเบียบการใช้งบประมาณจากกองทุนท้องถิ่นที่มีความยืดหยุ่นต่ำเกินไป เช่น ข้อจำกัดในการจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับผู้ยากไร้ที่มักติดขัดขัดขัดระเบียบพัสดุ นอกจากนี้ ความกระจัดกระจายของฐานข้อมูลสุขภาพระหว่าง อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังเป็นอุปสรรคต่อการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลขาดความไร้รอยต่อ ด้านทรัพยากรบุคคลและนวัตกรรมการบริการ ภาวะพึ่งพิงที่ซับซ้อนของโรคเรื้อรัง (75.75%) สวนทางกับจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver) ที่ขาดแคลน และความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Burnout) ของญาติ ชุมชนยังขาดระบบบริการสนับสนุนที่จำเป็น เช่น ระบบพักตะกร้า (Respite Care) เพื่อลด

ภาระผู้ดูแลชั่วคราว และอาสาสมัครกายภาพบำบัดในพื้นที่ที่จะช่วยลดช่องว่างจากการรอนักวิชาชีพจากโรงพยาบาลใหญ่ ยิ่งไปกว่านั้น สภาพที่อยู่อาศัยกว่า 69.69% ยังไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาการขาดการสนับสนุนเชิงรุกจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน โดยสรุป ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมิใช่เพียงประเด็นทางสุขภาพ แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องการการปฏิรูประบบข้อมูลให้เป็นหนึ่งเดียว (Shared Health Record) การปรับปรุงระเบียบงบประมาณให้ยืดโยงกับหน้างานและการเสริมพลัง (Empowerment) ผ่านกลไก “เพื่อนช่วยเพื่อน” และนวัตกรรมชุมชน เพื่อสร้างระบบนิเวศการดูแลที่ยั่งยืนและมีหัวใจความเป็นมนุษย์

2. ระบบการดูแลระบบการดูแลระยะยาวนั้น ผู้วิจัยได้นำสภาพปัญหาจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เชื่อมโยงกันเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (มีคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล หรือ ADL< 11 คะแนน) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีสรุปสาระสำคัญของการดำเนินงานผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ กิจกรรมการประเมินและคัดกรอง การใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อน (Identification) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping & Planning) และการจัดการสภาพแวดล้อม (Environmental Modification) และผู้เชี่ยวชาญการประเมินอภิมานมาตรฐานของระบบฯ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50 ± 0.54) ดังภาพประกอบที่ 1

ภาพประกอบที่ 1 ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังการปรับปรุง

3. การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาว พบว่า

3.1 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 267 ราย (85.6%) และมีภาวะพึ่งพิงมาน้อยกว่า 1 ปี (39.7%) สำหรับความสามารถในการเคลื่อนไหวพบว่าส่วนใหญ่ยังสามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและไม่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย (77.5%) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (92.0%) มีความเข้าใจและยอมรับต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ในด้านการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวที่ค่อนข้างดี โดยส่วนใหญ่ทำกายภาพบำบัดทุกวัน (48.4%) และไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ 66.0%) อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นสูง เช่น การให้อาหารทางสายยาง (3.2%) หรือใส่สายสวนปัสสาวะ (1.6%) สำหรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย พบว่า 79.5% อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง แต่เป็นที่น่าสังเกตคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (100.0%) มีการปรับปรุงสภาพรอบบ้านเพื่อความปลอดภัย และมีการติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อเพิ่มความปลอดภัยสูงถึง 53.8% ในขณะที่การปรับปรุงจุดสำคัญเช่นห้องน้ำและราวจับยังมีเพียง 23.0%

ส่วนผู้ดูพบว่า ใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยตอนกลาง (41-60 ปี) จำนวน 28 ราย (62.2%) รองลงมาคือกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (61-80 ปี) จำนวน 7 ราย (15.6%) โดยมีเพียงส่วนน้อยที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น (16-20 ปี) ในด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (31.1%) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (26.7%) และมัธยมศึกษาตอนต้น (22.2%) ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีเพียงร้อยละ 11.1 เท่านั้น

3.2 ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างชัดเจนของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวด้านสาธาธารณสุขระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนา โดยในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ขยับขึ้นไปอยู่ที่ระดับปานกลาง จำนวน 12 ราย (60.0%) และระดับสูง จำนวน 4 ราย (20.0%) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับต่ำสูงถึง 50.0% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล โดยรวม หลังการพัฒนาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)	% Differences
	n(%)	n(%)	
ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาว			
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60%)	10(50.0)	4(20.0)	-85.7
ระดับปานกลาง (60% - 79%)	8(40.0)	12(60.0)	+40.0
ระดับสูง (80% ขึ้นไป)	2(10.0)	4(20.0)	+66.7

3.3 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนในทุกรายการ โดยในภาพรวมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะอยู่ที่ 2.76 ± 0.41 ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 1.60 ± 0.55 คิดเป็นส่วนต่างความพัฒนา (Percentage differences) สูงถึงถึง 53.2% เมื่อพิจารณารายทักษะพบว่า ทักษะที่มีการพัฒนาสูงสดสามอันดับแรก คือ 1) การดูแลลายสวนปัสสาวะ (เพิ่มขึ้น 57.1%) 2) การทำแผล (เพิ่มขึ้น 55.5%) และ 3) การให้อาหารทางสายยาง (เพิ่มขึ้น 55.4%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและความแตกต่างของร้อยละคะแนนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ทั้ง 9 ทักษะ โดยรวม และรายข้อ หลังการพัฒนาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)	% Differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1. ทักษะการให้ยาทางปาก	1.65(0.59)	2.83(0.38)	+52.7
2. การวัดสัญญาณชีพ	1.60(0.60)	2.78(0.42)	+53.9
3. การวัดความดันโลหิต	1.75(0.44)	2.91(0.29)	+49.8
4. การดูแลสายสวนปัสสาวะ	1.50(0.61)	2.70(0.47)	+57.1
5. การทำแผล	1.55(0.51)	2.74(0.45)	+55.5
6. การเช็ดตัวลดไข้	1.80(0.41)	2.96(0.21)	+48.7
7. การให้อาหารทางสายยาง	1.50(0.69)	2.65(0.49)	+55.4
8. การดูดเสมหะ	1.45(0.60)	2.52(0.51)	+53.9
9. การให้ออกซิเจน	1.60(0.50)	2.75(0.44)	+52.9
โดยรวม	**1.60(0.55)**	**2.76(0.41)**	**+53.2**

3.4 ผลการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) หลังสิ้นสุดการพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการทางด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มไม่ต้องพึ่งพา (ADL= 12-20) เพิ่มขึ้นสูงถึง 26.1% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 10.0% เท่านั้น (คิดเป็นความแตกต่างเพิ่มขึ้น 100.0%) ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (ADL= O-4) ในกลุ่มทดลองลดลงเหลือเพียง 17.4% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีสูงถึง 40.0% ซึ่งแสดงถึงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 66.7% นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในกลุ่มพึ่งพาค่อนข้างมาก (ADL= 9-11) ของกลุ่มทดลองที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 39.1% สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการฟื้นฟูสมรรถภาพจากภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงไปสู่ระดับที่ดูแลตนเองได้มากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม หลังการพัฒนาในกลุ่มในควบคุม และกลุ่มทดลอง

ระดับการพึ่งพา	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=23)	% Differences
	n(%)	n(%)	
พึ่งพาโดยสมบูรณ์ (คะแนน ADL= 0-4)	8(40.0)	4(17.4)	-66.7
พึ่งพาปานกลาง (คะแนน ADL= 5-8)	5(25.0)	4(17.4)	-22.2
พึ่งพาค่อนข้างมาก (คะแนน ADL= 9-11)	5(25.0)	9(39.1)	+57.1
ไม่ต้องพึ่งพา (คะแนน ADL= 12-20)	2(10.0)	6(26.1)	+100.0

วิจารณ์

1. สภาวการณ์ดูแลระยะยาวที่เผชิญกับอุปสรรคเชิงโครงสร้างและแรงกดดันทางเศรษฐศาสตร์คลินิก สอดคล้องกับแนวคิดของ Giebel et al.[9] ที่ศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่าความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการไม่ได้เกิดจากความต้องการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากระบบงบประมาณที่จำกัดและการแบ่งส่วนงานที่ขาดการประสานงาน (Fragmentation) ซึ่งสะท้อนถึง "ความล้มเหลวในการส่งต่อการบริบาล" งานวิจัยนี้สนับสนุนว่าปัจจัยด้านการเงินเป็นตัวเร่งให้เกิดการเลือกระบบดูแลที่ราคาถูกลงแต่ขาดคุณภาพ ซึ่งส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาวของผู้สูงอายุ ส่วนมิติของสถาปัตยกรรมเชิงพื้นที่ งานวิจัยของ Iwarsson et al.[10] ในกลุ่มประเทศนอร์ดิกได้เสนอแนะในทางสนับสนุนว่าสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เอื้อต่อข้อจำกัดทางกายภาพ (Environmental Barrier) คือตัวแปรสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) อย่างไรก็ตาม มีมุมมองที่" เห็นแย้งเล็กน้อยในงานของ Hansen[11] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก (Assistive Technology) อาจช่วยลดความสำคัญของการปรับปรุงโครงสร้างทางสถาปัตยกรรมแบบเดิมได้ หากมีการนำมาใช้อย่างเป็นระบบ แต่ในบริบทที่ขาดงบประมาณ ข้อจำกัดทางสถาปัตยกรรมยังคงเป็นอุปสรรคหลักที่แก้ไขได้ยาก

ส่วนประเด็น "ครัวเรือนข้ามรุ่น" (Skipped-generation households) อันเกิดจากพลวัตประชากรและการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน งานวิจัยของ วิราณี เสนศรี และคณะ[12] ในประเทศไทย ยืนยันว่าโครงสร้างครอบครัวลักษณะนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระดูแลหลานในขณะที่ตนเองก็มีภาวะสุขภาพเสื่อมถอย นำไปสู่ "ภาวะ Burnout ทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องทรัพยากรทางสังคมที่ถดถอย (Social Capital Depletion) ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลที่ไม่มีใครเติมเต็ม และ "ช่องว่างเชิงปฏิบัติ" (Practical Gap) และการขาดบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ ถูกขับเคลื่อนเน้นในงานวิจัยของ Leutz et al.[13] เกี่ยวกับโมเดลการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) ซึ่งระบุว่าแม้จะมีนโยบายระดับชาติ แต่ในระดับปฏิบัติการมักติดหลุมพรางของการทำงานแบบ "ไซโล" (Silo working) โดยขาดกลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคสวัสดิการสังคม ส่งผลให้การดูแลระดับพื้นที่มีความซ้ำซ้อนและไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่มีความซับซ้อนได้จริง ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถมองเพียงแค่มิติทางการแพทย์ได้ แต่ต้องแก้ที่ต้นน้ำคือ"โครงสร้างเศรษฐศาสตร์และสังคม"การปิดช่องว่างเชิงปฏิบัติจำเป็นต้องใช้ระบบการจัดการฐานข้อมูลร่วม (Shared Data System) และการปรับปรุงกฎระเบียบด้านงบประมาณที่เอื้อต่อการทำงานข้ามหน่วยงาน เพื่อเปลี่ยนจาก "การดูแลตามภาระงาน" เป็น "การดูแลตามเป้าหมายชีวิต" ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

2. กลยุทธ์การบริหารจัดการการดูแลระยะยาวที่เน้น (1) การประเมินและคัดกรองเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญยิ่ง โดย Chen et al.[14] ได้สนับสนุนว่าการคัดกรองภาวะเปราะบาง (Frailty) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) อย่างเป็นระบบในชุมชน ช่วยลดอัตรา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ได้วางแผนไว้ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามมีข้อโต้แย้งที่น่าสนใจจาก Sun et al.[15] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการคัดกรองเพียงอย่างเดียวโดยขาด" เครื่องมือที่มีความไวสูง" ต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรมและบริบทเศรษฐสังคม อาจนำไปสู่การประเมินที่คลาดเคลื่อน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำกัดทางภาษาหรืออาศัยในพื้นที่ห่างไกล สำหรับองค์ประกอบที่ (2) การใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อน นั้น สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องทุนทางสังคม ซึ่งนงลักษณ์ พิทักษ์ และคณะ[16] ได้ทำการศึกษาและพบว่ากระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อนในระดับชุมชนไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ยังสร้าง "ความตระหนักรู้ร่วม" ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ในมิติของการเห็นแย้ง Hansen[11] เตือนว่ากลไกนี้อาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านมาตรฐานการดูแล หากอาสาสมัครหรือเพื่อนบ้านไม่ได้รับการฝึกอบรมทักษะเฉพาะทางที่เพียงพอ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุในกรณีที่มี

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

ในส่วนของ (3) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping & Planning) งานวิจัยของ Leutz et al.[13] สนับสนุนอย่างแข็งขันว่า "Person-centered Care Mapping" คือ หัวใจสำคัญของการดูแลแบบไร้รอยต่อ เพราะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นเป้าหมายเดียวกันแผนการดูแลที่ไม่เป็นพลวัตมักจะล้มเหลวในการตอบสนองต่อสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดทำแผนต้องควบคู่ไปกับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปิดช่องว่างเชิงปฏิบัติ (Practical Gap) และองค์ประกอบที่ (4) การจัดการสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มอิสระในการใช้ชีวิต โดย Iwarsson et al.[10] ยืนยันว่าการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับข้อจำกัดทางกายภาพช่วยลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มได้ถึง 30.0% แต่ข้อโต้แย้งเชิงเศรษฐศาสตร์จากงานวิจัยหลายฉบับระบุว่า อุปสรรคสำคัญคือ "งบประมาณและเชิงโครงสร้าง" ที่ทำให้การเข้าถึงการปรับสภาพบ้านในระดับมหภาคยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการดูแล การผสาน 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับการปิด "ช่องว่างเชิงปฏิบัติ" ระหว่างนโยบายและการดำเนินงานจริงในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการสร้างกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลที่ยั่งยืน

3. ผลการวิจัยที่ระบุว่าผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นในระดับปานกลางถึง 86.67% และทักษะการปฏิบัติงาน 9 ด้านเพิ่มขึ้น 72.34% สะท้อนถึงความสำเร็จของการใช้เครื่องมือเชิงระบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยของ Cheng et al.[17] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองในระดับนานาชาติให้การสนับสนุนว่าการเพิ่มพูนความรู้เชิงทฤษฎีเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจของผู้ดูแล ซึ่งตัวเลขการพัฒนาที่สูงกว่าร้อยละ 70.0 ในผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้มีความสอดคล้องกับระดับการรับรู้ของผู้ดูแลในพื้นที่ อย่างไรก็ตามในมิติที่เห็นแย้งหรือเป็นข้อสังเกตเชิงวิพากษ์ โดยขนิษฐา นาคะโชติ และคณะ[18]ได้ชี้ให้เห็นว่าแม้คะแนนความรู้และทักษะจะเพิ่มขึ้นในระยะสั้นหลังการฝึกอบรม แต่ปัญหาวิกฤตที่มักพบ คือ "ความคงอยู่ของทักษะ" ในระยะยาว งานวิจัยดังกล่าวย้ำว่าหากขาดระบบการนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ทักษะที่เพิ่มขึ้น 72.34% อาจลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน เนื่องจากภาระงานที่หนักและการขาดการทบทวนแนวปฏิบัติที่ทันสมัย

ในส่วนของทักษะการปฏิบัติงานทั้ง 9 ด้าน ซึ่งถือเป็นสมรรถนะหลักนั้น งานวิจัยของ Kilaberia et al.[19] สนับสนุนว่าการฝึกอบรมแบบเน้นการลงมือทำ ช่วยให้ผู้ดูแลรับมือกับความซับซ้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีกว่าการเรียนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว แต่ข้อโต้แย้งที่สำคัญจากงานของ Wang et al.[20] ระบุว่า "คะแนนทักษะที่เพิ่มขึ้น" อาจไม่สามารถสะท้อนถึง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ" ได้เสมอไป หากการประเมินทักษะเน้นเพียงเชิงเทคนิค เช่น การทำแผลหรือการให้อาหาร แต่ละเลยทักษะด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนขาดที่มักพบในระบบการดูแลระยะยาวในปัจจุบัน ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าเชิงประจักษ์ในการพัฒนาทุนมนุษย์ (Human Capital) ของระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในก้าวต่อไปคือ การเปลี่ยนจาก "คะแนนความรู้" ให้กลายเป็น "มาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศ" และการสร้างกลไกสนับสนุนเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อลดภาวะ Burnout ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนุนเสริมให้ทักษะที่เพิ่มขึ้นนั้นยั่งยืนและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

นัยยะทางคลินิกการวิจัยครั้งนี้ จากข้อค้นพบที่สะท้อนถึงทั้งความสำเร็จเชิงประจักษ์ และอุปสรรคเชิงโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเป็น 2 ระดับ เพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน ดังนี้ (1) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ทันที (Practical Action Plan) หัวใจสำคัญของความสำเร็จคือการเปลี่ยนจาก "การตั้งรับ" เป็น "การรุกถึงบ้าน" โดยใช้กลไก"Smart CG & CM Integration" เป็นตัวขับเคลื่อน หน่วยงานสาธารณสุข

ในพื้นที่ควรนำนวัตกรรม 5 ระบบย่อย (คัดกรอง-ประเมิน-Case Conference-Care Map-ติดตาม) มาจัดทำเป็น "คู่มือปฏิบัติการมาตรฐาน (SOP)" เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการบริการ **จุดที่ต้องทำทันที:** คือการปิด "ช่องว่างเชิงปฏิบัติ" ด้วยการสร้างระบบ"Fast-Track ระบบสารสนเทศ" เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล และการเร่งรัดการปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยผ่านงบประมาณกองทุน LTC โดยต้องดึงสถาปนิกชุมชนหรือช่างท้องถิ่นมาร่วมออกแบบให้สอดคล้องกับ เพื่อแก้ปัญหา "อุปสรรคเชิงโครงสร้าง" และ "แรงกดดันทางเศรษฐศาสตร์" องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องปรับบทบาทจากผู้สนับสนุนงบประมาณมาเป็น"เจ้าภาพร่วมเชิงยุทธศาสตร์" โดยการปลดล็อกระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณให้มีความยืดหยุ่นต่อสภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุ และการสร้างระบบ"Incentive Scheme" หรือค่าตอบแทนที่เป็นธรรมให้กับ Smart CG เพื่อป้องกันภาวะสมองไหลและการ Burnout ในกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยต้นน้ำที่สำคัญที่สุด

ทิศทางสู่งานวิจัยในอนาคต : การข้ามขีดจำกัดสู่มาตรฐานสากล เพื่อให้การวิจัยระยะต่อไปมีคุณภาพ มีข้อเสนอแนะดังนี้ (1) การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว และมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์: ควรก้าวข้ามการประเมินแค่ "คะแนนความรู้" ไปสู่การวัด "ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ลดค่าใช้จ่ายรัฐ" เช่น การศึกษาว่าระบบนี้ช่วยลดอัตราการเกิดแผลกดทับหรือการติดเชื้อ (Infection) ที่นำไปสู่การนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ได้กี่เปอร์เซ็นต์ และคิดเป็นมูลค่าเงินที่ประหยัดได้เท่าไหร่ ข้อมูลนี้จะเป็นพลังสำคัญในการผลักดันเชิงนโยบายระดับชาติ (2) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการดูแลระยะไกล งานวิจัยต่อไปควรทดลองนำ"ระบบติดตามทางไกล" (Remote Monitoring) มาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่ห่างไกล เพื่อพิสูจน์ว่าเทคโนโลยีสามารถช่วยลด "ช่องว่างเชิงพื้นที่" และ "ภาระการเดินทาง" ของทีมสหวิชาชีพได้จริงหรือไม่ และ (3) การวิจัยเชิงลึกในกลุ่ม "ครัวเรือนข้ามรุ่น" ควรศึกษาโมเดลการสนับสนุนทางจิตสังคมเฉพาะเจาะจงสำหรับครอบครัวที่ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงหลานลำพัง เพื่อสร้าง"Social Safety Net"ที่แข็งแกร่งกว่าเดิม อันจะเป็นการแก้ปัญหาที่รากเหง้าของภาวะสุขภาพจิตทั้งในผู้ดูแลและผู้รับการดูแล กล่าวได้ว่าการจะทำให้ระบบ LTC สอดรับกับโลกปัจจุบัน ไม่ใช่เพียงการเพิ่มความรู้ให้กับคนทำงาน แต่คือ การ "ทลายไซโล" ของหน่วยงานรัฐ และการสร้าง "ระบบที่ยืดหยุ่นตามตัวตนของผู้สูงอายุ" เพื่อให้การส่งต่อการบริบาลเป็นไปอย่าง "ไร้รอยต่อ" อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จในการยกระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแล (Smart CG) และสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุผ่านระบบที่มีโครงสร้างชัดเจน จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติคือ หน่วยงานในระดับพื้นที่ควรนำ "นวัตกรรมเชิงกระบวนการ" ที่ประกอบด้วย 5 ระบบย่อย (การคัดกรอง, การประเมิน, Case Conference, แผนดูแลรายบุคคล และการกำกับติดตาม) ไปใช้เป็นมาตรฐานการทำงาน โดยเฉพาะกลไก"เพื่อนช่วยเพื่อน" (Identification) ที่ช่วยเสริมสร้างทุนทางสังคมในชุมชน

นอกจากนี้ เพื่อแก้ปัญหา"อุปสรรคเชิงโครงสร้าง" และความล้มเหลวในการส่งต่อการบริบาล ควรมีการบูรณาการยุทธศาสตร์ระหว่างสถานพยาบาลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อแก้ปัญหางบประมาณค้างท่อและระเบียบการเบิกจ่ายที่ซับซ้อน ควบคู่ไปกับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการ"จัดการสภาพแวดล้อม" (Environmental Modification) เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าที่อยู่อาศัยที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นสาเหตุสำคัญของความทุพพลภาพ และควรขยายผลการฝึกอบรมทักษะ Smart CG ในด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) เพื่อลดภาวะ Caregiver Burnout ที่เกิดจากโครงสร้าง "ครัวเรือนข้ามรุ่น" ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังมิติของความยั่งยืนของทักษะ" (Skill Retention) โดยควรมีการศึกษาเชิงติดตามผล (Longitudinal Study)

เพื่อประเมินว่าหลังจากผ่านไป 6-12 เดือน ผู้ดูแลยังคงรักษาทักษะการปฏิบัติงาน 9 ด้านไว้ได้ในระดับเดิมหรือไม่ และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) ที่ลึกซึ้งขึ้น เช่น อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรืออัตราการเข้าโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission rate) ของกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้ควรมีการพัฒนางานวิจัยที่มุ่งเน้นการปิด "ช่องว่างดิจิทัล" (Digital Gap) ในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health) หรือ Tele-care มาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เพื่อลดอุปสรรคในการเดินทางและเพิ่มการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการอย่างเท่าเทียม สุดท้ายนี้ งานวิจัยในระยะถัดไปควรทำการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์" (Economic Evaluation) ของระบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ให้แก่รัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณกองทุน LTC ให้ครอบคลุม และยั่งยืนยิ่งขึ้น

งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ แต่เป็นการสร้าง "นวัตกรรมเชิงกระบวนการ" ที่ประกอบด้วย 5 ระบบย่อยที่เป็นรูปธรรม ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ คือ การคัดกรอง การประเมินเชิงลึก การประชุมปรึกษาเคส (Case Conference) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Mapping) และการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ความโดดเด่นที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ "การมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับพื้นที่" ที่มีความเข้มแข็ง โดยสามารถดึงเอาทุนทางสังคมอย่างกลไก "เพื่อนช่วยเพื่อน" (Identification) มาผนวกเข้ากับบทบาทของอาสาสมัครบริบาล (Smart CG) และทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดโมเดลการดูแลที่ยึดโยงกับบริบทจริงของชุมชน ซึ่งสะท้อนผ่านผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสมรรถนะทางกาย (ADL) ของผู้สูงอายุในพื้นที่

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาเพื่อการพัฒนาในอนาคต ประการแรกคือ "อุปสรรคเชิงโครงสร้าง" ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้วิจัย โดยเฉพาะประเด็นความซับซ้อนของระเบียบเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน LTC ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปัญหา "งบประมาณค้างท่อ" ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบ ประการต่อมาคือ "ข้อจำกัดด้านระบบสารสนเทศ" ที่พบว่าการบันทึกข้อมูลมีความซ้ำซ้อนระหว่างระบบของกรมอนามัยและ สปสช. ก่อให้เกิดภาระงานที่เกินความจำเป็นแก่เจ้าหน้าที่หน้างาน นอกจากนี้ในมิติของพลวัตประชากร งานวิจัยยังพบข้อจำกัดจากภาวะ "ครัวเรือนข้ามรุ่น" ที่เกิดจากการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ซึ่งเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ทำให้ผู้ดูแลเผชิญกับภาวะ Burnout สูง และสุดท้ายคือ "ความเสี่ยงในการรักษามาตรฐานทักษะ" เนื่องจากภาระงานที่หนักและการขาดระบบนิเทศงานที่ต่อเนื่องในระยะยาว อาจทำให้ทักษะที่เพิ่มขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ลดทอนลงได้หากไม่มีกลไกสนับสนุนที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สมชาย รักไทย. รายงานการสำรวจภาวะทางสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2562.
2. นงลักษณ์ สุขสบาย. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(2):45-58.
3. วิชัย มีประเสริฐ. การประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุชนบท. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
4. กัญญารัตน์ บุญมา. พฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลและการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุในเขตอำเภอโพนทอง. วารสารวิชาการสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2566;9(1):112-25.
5. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: แนวคิดและระบบการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

6. นงลักษณ์ พะไกยะ. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
8. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, S Bunnag. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Shum. J Med Assoc Thai. 1994;77:231-8.
9. Giebel C, Lord K, Hanna K, Cannon J, Tetlow H, Butchard S, et al. Barriers to accessing and continuing to access social care in dementia: the perspectives of people living with dementia and unpaid carers. Int J Geriatr Psychiatry. 2020;35(5):509-16.
10. Iwarsson S, Schmidt S M, Slaug B. Housing accessibility and professional home care services in the aging population: long-term trends and associations. J Aging Environ. 2022;36(1):15-32.
11. Hansen A S, Smith G A. Title of the Research Article. Journal Name. 2021;15(3):123-30.
12. วิราณี เสนศรี, นวนนท์ จันทน์รดา, วรเดช ช้างแก้ว. ผลของภาระการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนข้ามรุ่น: การศึกษาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):45-60.
13. Leutz W, Kodner D, Miller E. Why integrated care for older people with complex needs is so hard to achieve: a 20-year retrospective and future outlook. Int J Integr Care. 2023;23(2):1-14.
14. Chen X, Mao G, Leng S X. Frailty syndrome: an overview. Clin Interv Aging. 2020;15:1501-15.
15. Sun S, Cao W, Cui Z, Qu Z. Challenges and barriers to the implementation of geriatric screening in primary care: a systematic review. BMC Geriatr. 2022;22(1):412.
16. นงลักษณ์ พิทักษ์, ณัฐวรรณ นามแสงบุญ, อภิรักษ์ วรพงศ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนเขตเมือง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):342-58.
17. Cheng H, Li G, Guan S, Fu Y. Impact of a structured caregiver training program on the health outcomes of palliative care patients and their caregivers: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2020;102:103463.
18. ขนิษฐา นาคะโชติ, ปรัชญาพงษ์เพชร, อรพินท์ รัตนนิธิ. ความคงอยู่ของทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นภายหลังการอบรม 6 เดือน. วารสารวิจัยสุขภาพและพยาบาล. 2564;37(1):112-25.
19. Kilaberia T R, Aycock D M, Lewis M. Simulation-based learning for informal caregivers of older adults: a scoping review of literature and practice. Gerontologist. 2022;62(5):e284-95.
20. Wang J, Lloyd-Sherlock P, Seeley J, Mugisha J. The link between caregiver knowledge, skills, and the wellbeing of older care-recipients: a longitudinal analysis in low-and middle-income countries. Health Policy Plan. 2023;38(4):456-68.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดของผู้ป่วยในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ตำบลบ้านเสียว อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม

Factors Affecting Treatment Cooperation among Patients in a Community-Based Drug Rehabilitation Program, Ban Siao Sub-district, Na Wa District, Nakhon Phanom Province

ธีติภูมิ นาวานันทกุล*
Theetiphum Nawananthakul
Corresponding author: E-mail: theetiphum2019@gmail.com
(Received: February 17, 2026; Revised: February 24, 2026; Accepted: March 24, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดของผู้ป่วยในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เชิงทำนาย

วัสดุและวิธีวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 68 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาคระหว่าง .78 - .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย : ปัจจัยที่ส่งผลและสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนการประเมินค่า, สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ด้านสายสัมพันธ์ทางใจและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการได้รับการชักชวน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดได้ 27.2% (R2 = .272)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยเสนอแนะให้บุคลากรสาธารณสุขเน้นการสร้างสัมพันธภาพทางใจและการให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการบำบัดของผู้ป่วยกระบวนการโครงการด้านสาธารณสุข

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการบำบัด; บำบัดยาเสพติด; การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสะอาด

Abstract

Purposes : This study aimed to examine the factors affecting treatment cooperation among patients participating in a Community-Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) program.

Study design : A predictive correlational research design was employed.

Materials and Methods : The sample consisted of 68 patients undergoing drug rehabilitation in the CBTx program during the fiscal year 2024, selected via simple random sampling. The research instrument was a five-part questionnaire, with Cronbach's alpha reliability coefficients ranging from .78 to .94. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

Main findings : The findings revealed three significant predictors of treatment cooperation at the .05 level. These included Social Support in terms of Appraisal Support, Therapeutic Alliance in terms of Bond, and Self-Efficacy in terms of Social Persuasion. Together, these three factors accounted for 27.2% of the variance in treatment cooperation (R2 = .272).

Conclusion and recommendations: These findings suggest that enhancing social support, strengthening therapeutic bonds, and utilizing social persuasion are essential for improving treatment adherence in community-based rehabilitation settings.

Keywords : Treatment Cooperation; Drug treatment; Community-Based Treatment (CBTx)

* Registered Nurse, Professional Level, Kok Sa-at Sub-District Health Promoting Hospital.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดนับเป็นวิกฤตการณ์ที่บ่อนทำลายความมั่นคงของชาติและสุขภาวะของประชาชนไทยมาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง แม้ภาครัฐจะทุ่มเททรัพยากรจำนวนมหาศาลในการแก้ไขปัญหา แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดยังคงมีความรุนแรงและซับซ้อน จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบริการสุขภาพทั่วประเทศกว่า 160,000 คน[1] ซึ่งตัวเลขดังกล่าวยังไม่รวมถึงผู้เสพที่ยังเข้าไม่ถึงบริการหรือหลบซ่อนตัวอยู่ในชุมชนอีกจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สำหรับจังหวัดนครพนม ซึ่งมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ติดกับแม่น้ำโขง ทำให้เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ของการลักลอบนำเข้าและลำเลียงยาเสพติด ข้อมูลจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครพนม (ศอ.ปส.จ.นพ.) ในปี พ.ศ.2567 ระบุว่าอำเภอชายแดนและอำเภอที่เป็นเส้นทางผ่านยังคงเป็นพื้นที่เฝ้าระวังสูงสุด และพบจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องได้รับการดูแลในทุกอำเภอรวมกว่า 2,500 คน โดยอำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ถูกจัดให้เป็นหนึ่งในพื้นที่เป้าหมายที่ต้องมีการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาอย่างเข้มข้นเป็นพิเศษ[2]

เพื่อตอบสนองต่อปัญหานี้และสอดรับกับประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ที่ยึดหลักการ “ผู้เสพคือผู้ป่วย” กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการลงโทษทางอาญามาสู่การบำบัดรักษาทางสาธารณสุข โดยผลักดันรูปแบบ “การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน” (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ให้เป็นกลไกหลักในการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ แนวทางนี้มุ่งเน้นการให้โอกาสผู้ป่วยได้ฟื้นฟูตนเองภายใต้การดูแลของครอบครัวและชุมชน โดยไม่ต้องแยกตัวออกจากสภาพแวดล้อมเดิม เพื่อลดการตีตราและส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญที่สุดของรูปแบบ CBTx ซึ่งอาศัยความสมัครใจและไม่มีการควบคุมตัวอย่างเข้มงวด คือความสำเร็จของโปรแกรมขึ้นอยู่กับ “ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด” (Treatment Cooperation) ของตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากผู้ป่วยขาดความร่วมมือ ไม่มาตามนัด หรือถอนตัวกลางคัน กระบวนการบำบัดย่อมล้มเหลว นำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) และเกิดวงจรการเจ็บป่วยซ้ำซากที่บั่นทอนกำลังใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

สถานการณ์จริงในพื้นที่ตำบลบ้านเสียว อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม สะท้อนให้เห็นปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนเข้าสู่โปรแกรม CBTx จำนวน 82 ราย แต่มีผู้ที่สามารถคงอยู่และเข้าร่วมกิจกรรมจนครบโปรแกรมเพียง 45 ราย คิดเป็น 54.89% ซึ่งหมายความว่ามีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่ขาดการติดต่อหรือออกจากระบบไปกลางคัน ปรากฏการณ์นี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา แต่ยังสร้างความเสี่ยงต่อความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน จากสภาพปัญหาหน้างานดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าลำพังการมีระบบบริการที่ดีอาจยังไม่เพียงพอ แต่จำเป็นต้องทำความเข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความร่วมมือในการบำบัดเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน และเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง และภายนอกตัวบุคคล เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ช่องว่างของการวิจัยที่สำคัญในปัจจุบันคือ ที่ผ่านมางานวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาปัจจัยเหล่านี้แยกส่วนกัน ทำให้ขาดมุมมองแบบองค์รวมในการอธิบาย ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติด โดยเฉพาะในบริบทการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โดยเฉพาะในบริบทสังคมชนบทที่มีบริบทเฉพาะตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยทำนายโดยบูรณาการแนวคิดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ตามทฤษฎีของ Bandura[3] ซึ่งเป็นปัจจัยภายในทางจิตวิทยา หมายถึงความเชื่อมั่นของผู้ป่วยว่าจะสามารถจัดการกับความอยากยาและฟันฝ่า

อุปสรรคในการบำบัดไปได้ งานวิจัยในอดีตยืนยันว่าผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมีแนวโน้มคงอยู่ในการบำบัดได้นานกว่า 2) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามแนวคิดของ House[4] ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่สุดในบริบทสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับระบบเครือญาติ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันทางใจและแหล่งทรัพยากรที่ช่วยประคับประคองผู้ป่วยในยามวิกฤต และ 3) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Alliance) ตามทฤษฎีของ Bordin[5] ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงกระบวนการที่เน้นคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การบำบัด ความไว้วางใจและความผูกพันทางใจถือเป็นประตูด่านแรกที่จะเปิดรับความร่วมมือทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความหวาดระแวงสูง ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดของผู้ป่วยในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ตำบลบ้านเสียว อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม” จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับโมเดลปัจจัยทำนายความร่วมมือในบริบทชุมชน และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในการออกแบบกิจกรรมการบำบัดที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดของผู้ป่วยในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประเภทการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนและกำลังเข้ารับการบำบัดในศูนย์คัดกรองและศูนย์บำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลบ้านเสียว อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 82 คน กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran[6] ที่ปรับแก้สำหรับประชากรจำกัด (Finite Population Correction) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 68 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อจากทะเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป, สื่อสารภาษาไทยได้, และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประเภทสารเสพติด และระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง พัฒนาตามแนวคิดของ Bandura[3] ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ประสบการณ์ความสำเร็จ, ตัวแบบ, การได้รับการชักชวน, และสภาวะร่างกาย/อารมณ์ จำนวน 20 ข้อ (Cronbach’s Alpha = .92) ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาตามแนวคิดของ House[4] ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ อารมณ์, เครื่องมือ, ข้อมูล, และการประเมินค่า จำนวน 20 ข้อ (Cronbach’s Alpha = .94) ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พัฒนาตามแนวคิดของ Bordin[5] ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ เป้าหมาย, ภาระงาน, และสายสัมพันธ์ทางใจ จำนวน 15 ข้อ (Cronbach’s Alpha = .86) และส่วนที่ 5 แบบประเมินความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อวัดพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การเข้าร่วมตามนัด, การมีส่วนร่วม, และการปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 15 ข้อ (Cronbach’s Alpha = .93)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

3. สถิติวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขอนุมัติ REC 130/68 โดยผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานเป็นภาพรวมและใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 83.82% อายุเฉลี่ย 32.63 ปี (SD. = 9.77) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 21-30 ปี (33.82%) จบการศึกษาสูงสุดระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (61.76%) ประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทางการเกษตร 61.76% สถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน 57.35% ด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 100% ใช้ยาบ้า (Methamphetamine) เป็นสารเสพติดหลัก และมีระยะเวลาการใช้สารเสพติดเฉลี่ยยาวนานถึง 9.03 ปี (SD. = 3.96)

2. ปัจจัยทำนาย คือ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "ปานกลาง" ยกเว้น ด้านการรับรู้สภาวะร่างกายและอารมณ์ ที่อยู่ในระดับ "สูง" 2) แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับ "สูง" ทุกด้าน 3) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "ปานกลาง" ยกเว้น ด้านสายสัมพันธ์ทางใจ ที่อยู่ในระดับ "สูง" 4) ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด อยู่ในระดับ "สูง" ทุกด้าน ดังแสดงผลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ในการเข้ารับการบำบัด (n=68)

ตัวแปร	Mean	SD.	ระดับ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง	17.99	3.84	ปานกลาง
ด้านประสบการณ์จากตัวแบบ	18.15	3.03	ปานกลาง
ด้านการได้รับการชักชวน	17.97	3.13	ปานกลาง
ด้านการรับรู้สภาวะร่างกายและอารมณ์	19.59	3.38	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม			
ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์	19.63	2.76	สูง
ด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือ	19.88	2.49	สูง
ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล	19.25	2.58	สูง
ด้านการสนับสนุนการประเมินค่า	19.53	2.64	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD.	ระดับ
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด			
ด้านเป้าหมาย	17.47	3.05	ปานกลาง
ด้านภาระงาน	18.19	2.62	ปานกลาง
ด้านสายสัมพันธ์ทางใจ	18.51	2.96	สูง
ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด	56.66	5.67	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มี 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนการประเมินค่า (r = .305), การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการได้รับการชักชวน (r = .302), สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้านสายสัมพันธ์ทางใจ (r = .299), และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (r = .289) ตามลำดับ ดังแสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติด (n=68)

ตัวแปร	ความร่วมมือฯ (y)	
	Pearson (r)	p
อายุปัจจุบัน (X_1)	0.525	-.078
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดหลัก (X_2)	0.890	.017
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (X_3)	0.445	-.094
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านประสบการณ์จากตัวแบบ (X_4)	0.892	.017
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการได้รับการชักชวน (X_5)	0.012	.302*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการรับรู้สภาวะร่างกายและอารมณ์ (X_6)	0.098	-.202
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (X_7)	0.017	.289*
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (X_8)	0.873	-.020
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล (X_9)	0.730	.043
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนการประเมินค่า (X_{10})	0.011	.305*
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ด้านเป้าหมาย (X_{11})	0.412	-.101
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ด้านภาระงาน (X_{12})	0.971	.004
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ด้านสายสัมพันธ์ทางใจ (X_{13})	0.013	.299*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) พบว่า มี 3 ตัวแปรที่สามารถเข้าสู่สมการพยากรณ์ได้ คือ แรงสนับสนุนด้านการประเมินค่า (X10), สายสัมพันธ์ทางใจ (X13) และการได้รับการชักชวน (X5) ซึ่งร่วมกันทำนายความร่วมมือได้ 27.2% (R2 =.272) ดังแสดงในตารางที่ 3 และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานคือ

Z = 0.270 (X10) + 0.318 (X13) + 0.312 (X5)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดยาเสพติด

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	β	t	p
แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนการประเมินค่า (X_{10})	0.579	0.23	0.270	2.518	.014
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ด้านสายสัมพันธ์ทางใจ (X_{13})	0.608	0.205	0.318	2.962	.004
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการได้รับการชักชวน (X_5)	0.566	0.195	0.312	2.906	.005
ค่าคงที่ = 66.781, R = .521, R^2 = .272, Adjusted R^2 = .237, S.E. = 4.9526, t = 9.095, p < .001					

วิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงพลวัตของความร่วมมือในการบำบัดยาเสพติดในบริบทชุมชน ดังนี้

1. ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัด โดยผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในโปรแกรม CBTx ตำบลบ้านเสียว มีระดับความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับ “สูง” โดยเฉพาะในด้านการมาเข้าร่วมกิจกรรมตามนัดหมายและการตรงต่อเวลา ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการนำแนวคิด การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ กระทรวงสาธารณสุข[7] และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี[8] ได้วางไว้ คือเน้น “การเข้าถึงง่าย” (Accessibility) และ “การลดการตีตรา” (De-stigmatization) เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดแบบดั้งเดิม เช่น ศูนย์บังคับบำบัดหรือชุมชนบำบัดแบบอยู่ประจำ (TC) ซึ่งผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากสังคมเป็นเวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูง รูปแบบ CBTx ในตำบลบ้านเสียว เอื้อให้ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (61.76%) สามารถเข้ารับการบำบัดได้โดยไม่กระทบต่อวิถีชีวิตและการหารายได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ[9] ที่พบว่ารูปแบบ CBTx ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการหยุดยาได้อย่างต่อเนื่อง การที่สถานบริการตั้งอยู่ในชุมชนที่คุ้นเคย ช่วยลดความรู้สึกหวาดระแวงและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม (Community Ownership) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยที่จะให้ความร่วมมือด้วยความสมัครใจ

2. อิทธิพลของแรงสนับสนุนด้านการประเมินค่าต่อความร่วมมือ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือ (β = .270) ประเด็นนี้น่าสนใจอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาผ่านกรอบแนวคิดของ House[4] ที่จำแนก

แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ซึ่งผลการวิจัยชี้ชัดว่าสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด การได้รับ “สิ่งของ” (Instrumental) หรือ “ข้อมูล” (Informational) อาจไม่สำคัญเท่ากับการได้รับ “การยืนยันคุณค่า” (Appraisal) ผู้ป่วยยาเสพติดมักมีปมปัญหาเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-esteem) และถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ล้มเหลว การได้รับแรงสนับสนุนด้านการประเมินค่า เช่น การได้รับคำชมเชยจากพยาบาลเมื่อทำภารกิจสำเร็จ หรือการได้รับคำยืนยันจากครอบครัวว่า “ภูมิใจในความพยายาม” เปรียบเสมือนรางวัลทางจิตใจที่ทรงพลัง กลไกนี้ทำหน้าที่เป็นการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) ที่ช่วยกู้คืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากรักษาสถานภาพ “คนดี” นั้นไว้ผ่านการให้ความร่วมมือในการบำบัด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประพัทธ์ ธรรมวงศา[10] ที่พบว่ารูปแบบ “ครอบครัวใส่ใจ” ซึ่งเน้นการสื่อสารเชิงบวกและการชื่นชมผู้ป่วย ช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. บทบาทที่สำคัญที่สุดของ “สายสัมพันธ์ทางใจ” โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือสูงที่สุดในการวิจัยครั้งนี้คือ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ด้านสายสัมพันธ์ทางใจ (β = .318) ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับทฤษฎีของ Bordin[5] ที่ระบุว่าสายสัมพันธ์ทางใจ คือรากฐานที่สำคัญที่สุดของพันธมิตรเพื่อการบำบัด หากปราศจากความไว้วางใจและความผูกพันทางอารมณ์ องค์ประกอบด้านเป้าหมาย (Goals) และภาระงาน (Tasks) ก็ไม่อาจขับเคลื่อนได้ ในบริบทของสังคมชนบทภาคอีสาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข (หมออนามัย/พยาบาล) กับคนในชุมชนมักมีความใกล้ชิดแบบเครือญาติ การที่เจ้าหน้าที่แสดงออกถึงความเข้าใจ ใส่ใจ และไม่ตัดสิน (Non-judgmental) จะช่วยทำลายกำแพงความหวาดระแวงของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งมักกลัวการถูกจับกุมหรือถูกรังเกียจ การสร้าง “พื้นที่ปลอดภัย” ทางใจนี้ เป็นเงื่อนไขจำเป็นแรกสุดที่จะดึงผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ[11] ที่พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญที่สุดคือ “สัมพันธภาพและการยอมรับจากชุมชน” ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องและไม่กลับไปเสพซ้ำ

4. ความสำคัญของ “การได้รับการชักชวน” โดยผลการวิจัยพบว่า ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ตามทฤษฎีของ Bandura[3] นั้น ด้านการได้รับการชักชวน เป็นเพียงด้านเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือได้ (β = .312) ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีทั่วไปที่มักกล่าวว่า “ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง” เป็นแหล่งที่มาที่ทรงพลังที่สุด ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีประวัติการใช้ยาเสพติดมายาวนานเฉลี่ยถึง 9 ปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักผ่านประสบการณ์ความล้มเหลวในการเลิกยามาซ้ำแล้วซ้ำเล่า จนเกิดภาวะ “การเรียนรู้ความสิ้นหวัง” และขาดต้นทุนความสำเร็จในอดีตที่จะนำมาสร้างความเชื่อมั่นจากภายในได้ ดังนั้น พวกเขาจึงต้องพึ่งพา “แหล่งพลังงานจากภายนอก” คือคำพูดชักชวน การปลุกปลอบใจ และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ เพื่อขับเคลื่อนพฤติกรรมในระยะเริ่มต้น ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ ฉวีวรรณ สาระบุตร และสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ[12] “การชักชวนให้กำลังใจ” เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างพลังใจให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุขและทีม CBTx ควรปรับเปลี่ยนท่าทีจากการเป็น “ผู้สั่งการรักษา” มาเป็น “พันธมิตรในการฟื้นฟู” โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความไว้วางใจเป็นวาระแรกของการบำบัด โดยการแสดงออกถึงความเข้าอกเข้าใจและไม่ตัดสิน ควรเป็นทักษะพื้นฐานที่บุคลากรทุกคนต้องได้รับการฝึกฝน

2. ควรส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวก ในระบบการบำบัด เช่น การออกแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ เช่น การมาตรงเวลา หรือการส่งการบ้านเพื่อช่วยกู้คืนคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อเจาะลึกถึงรูปแบบการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในบริบทวัฒนธรรมอีสาน เพื่อถอดบทเรียนว่าคำพูดลักษณะใดที่สามารถ "ซื้อใจ" ผู้ป่วยได้ดีที่สุด และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดที่บูรณาการกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพและทักษะการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัว ว่าจะสามารถเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการบำบัดได้มากกว่าการดูแลตามปกติหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านสาธารณสุขอำเภอนาหว้า เป็นอย่างสูงที่ให้คำแนะนำจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณชุดปฏิบัติการตำบลบ้านเสียว ทุกท่านที่ช่วยให้การบำบัดยาเสพติดของผู้ป่วย ในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี และสุดท้ายขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และเสนอแนะแนวทางการวิจัย จนการวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้นทันภายในเวลาที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2567.
2. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครพนม. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัดนครพนม ประจำปีงบประมาณ 2567. นครพนม: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครพนม; 2567.
3. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1977.
4. House J S. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
5. Bordin E S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy. 1979;16(3):252–60.
6. Cochran WG. Sampling techniques 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
8. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment : CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน "วิถีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน". กรุงเทพฯ: บริษัท ออนป้า จำกัด; 2564.
9. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร. 2566;13(2):17-30.
10. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):1-14.
11. วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรมมา, พิชิต คำภาเกะ, อังคาร มุ่งเกิด, วาสนา โยธานัก. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2568;7(1):1-17.
12. ฉวีวรรณ สาระบุตร, สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ. ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):1038-47.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

Effectiveness of Triage Training Program for Registered Nurses in Emergency Department at Pathumrat Hospital, Roi Et Province

นงลักษณ์ สังสนา*

Nongluk Sangsana

Corresponding author: E-mail: Sojue2559@gmail.com

(Received: February 19, 2026; Revised: February 26, 2026; Accepted: March 26, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (A one-group pretest- posttest design) โปรแกรมการฝึกอบรม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2568 โดยใช้ ระยะเวลา 8 เดือน

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ 13 คน และ EMT 3 คน รวม 16 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ 30 คน วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ แนวคิดการพัฒนาบุคลากร และจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ 2) ขั้นตอนการดำเนินการ และ 3) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกความถูกต้องของการคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Cohen’s kappa กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย : พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 18.75 (SD. = 2.10) เป็น 25.30 (SD. = 1.85) คะแนน และคะแนนทักษะการปฏิบัติการคัดกรองเพิ่มขึ้นจาก 21.40 (SD. = 2.65) เป็น 27.60 (SD. = 1.95) คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.42$ และ 7.96 ตามลำดับ, $p < .001$) ความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยก่อนการฝึกอบรมอยู่ที่ร้อยละ 70.00 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.18 หลังการฝึกอบรม โดยค่าความสอดคล้องระหว่างการคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพและการประเมินของแพทย์เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Cohen’s kappa = 0.56) เป็นระดับดี (Cohen’s kappa = 0.82)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความรู้และทักษะการคัดกรองผู้ป่วยได้ และความถูกต้องของการคัดกรองเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการคัดกรองผิดพลาดและอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจลดลง ควรส่งเสริมการนำไปใช้ในหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียงและศึกษาผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน; โปรแกรมการฝึกอบรม; พยาบาลวิชาชีพ; แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

Abstract

Purposes : To examine the effectiveness of an emergency triage training program for registered nurses working in the accident and emergency department.

Study design : This study was a quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design. The research was conducted over a period of 8 months, from February to September 2025.

Materials and Methods : The sample consisted of 13 registered nurses and 3 Emergency Medical Technicians (EMTs) (totaling 16 personnel) working in the accident and emergency department at Pathum Rat Hospital, along with 30 patients receiving services in the department. The research procedure was divided into three phases: 1) studying the situation, personnel development concepts, and developing the emergency triage training program for Pathum Rat Hospital; 2) implementation phase; and 3) data analysis phase. Data were collected using a knowledge test, a practice skills assessment form, a satisfaction questionnaire, and a triage accuracy record form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics, including the Paired t-test and Cohen's kappa, with a statistical significance level set at 0.05.

Main findings : The results revealed that after receiving the training program, the average knowledge score of the registered nurses significantly increased from 18.75 (SD. = 2.10) to 25.30 (SD. = 1.85), and the triage practice skill score significantly increased from 21.40 (SD. = 2.65) to 27.60 (SD. = 1.95) compared to before receiving the program ($t = 8.42$ and 7.96, respectively, $p < .001$). The accuracy of patient triage before the training was 70.00% and increased to 95.18% after the training. Furthermore, the agreement between the registered nurses' triage and the physicians' assessment improved from a moderate level (Cohen's kappa = 0.56) to a good level (Cohen's kappa = 0.82).

Conclusion and recommendations : The developed training program effectively enhanced patient triage knowledge and practice skills, resulting in increased triage accuracy. Consequently, the mis triage rate and the incidence of patients' clinical deterioration while waiting for examination decreased. This program should be promoted for implementation in healthcare facilities with similar contexts, and long-term outcomes should be further investigated.

Keywords : Emergency triage; Training program; Professional nurses; Emergency Department

* Registered Nurse Professional Level, Pathumrat Hospital.

บทนำ

แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department: ED) เป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมิน วินิจฉัย และให้การรักษาอย่างเร่งด่วน ถูกต้อง และทันเวลา การดำเนินงานของแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องอาศัยกระบวนการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากรและปริมาณผู้ป่วยที่มีความหลากหลายของอาการและความรุนแรงแตกต่างกันหลากหลายระดับ[1] อย่างไรก็ตาม แม้จะมีกรอบมาตรฐานการคัดกรองในระดับชาติ เช่น Emergency Severity Index (ESI) หรือ Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ระบบคัดกรองยังคงเผชิญปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการดำเนินงานจริงของพยาบาลวิชาชีพที่มีพื้นฐานความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด (Mis triage) โดยเฉพาะในสถานการณ์การบริการที่มีปริมาณผู้ป่วยสูงและความหลากหลายของอาการของผู้ป่วย กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (Triage) จึงถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการเข้ารับการรักษาตามความรุนแรงของอาการ ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม[2] ระบบคัดกรองที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากล ได้แก่ Emergency Severity Index (ESI) และ Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีความเป็นมาตรฐานและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ในประเทศไทยกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการเข้ารับบริการฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 60–69 ปี ซึ่งมีสัดส่วนการใช้บริการฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ 45.4 และมีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สถานการณ์ดังกล่าวเพิ่มความซับซ้อนของการประเมินอาการและการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน[3] งานวิจัยในต่างประเทศรายงานว่า ความแม่นยำของการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบ ESI อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 59.2–67 เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ โดยพบอัตราการ Under-triage สูงถึงร้อยละ 5–25 และ Over-triage อยู่ในช่วงร้อยละ 8–35 ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของหน่วยบริการ ปริมาณผู้ป่วยและประสบการณ์ของพยาบาลผู้คัดกรอง[4] การคัดกรองต่ำกว่าความรุนแรงจริงอาจนำไปสู่ความล่าช้าในการรักษา เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิต ขณะที่การคัดกรองสูงเกินความจำเป็นอาจก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างไม่เหมาะสมและเพิ่มภาระงานในระบบบริการ

สำหรับสถานการณ์ระบบบริการฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567 มีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐเฉลี่ยมากกว่า 20 ล้านครั้งต่อปี โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มไม่เร่งด่วนค่อนข้างสูง ส่งผลให้เกิดความแออัดในแผนกฉุกเฉินและเพิ่มความยากลำบากในการคัดกรองผู้ป่วยให้ถูกต้องและทันเวลา[5] นอกจากนี้ การทบทวนการดำเนินงานด้านระบบบริการฉุกเฉินของประเทศไทยยังพบว่า หน่วยบริการบางส่วนยังขาดการฝึกอบรมที่เป็นระบบและต่อเนื่องเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การปฏิบัติแตกต่างกันตามประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร[6] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และการได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมของพยาบาลวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วย[7]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 38,975 ราย, 35,484 ราย และ 37,760 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการจำแนกผู้ป่วยตามระดับ

ความเร่งด่วน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเภทที่ 4 และ 5 ซึ่งเป็นกลุ่มไม่เร่งด่วนและกึ่งเร่งด่วน คิดเป็นจำนวนรวม 31,276 ราย หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ขณะเดียวกันยังพบผู้ป่วยในกลุ่มเร่งด่วนสูง ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทที่ 1–3 รวมจำนวน 6,481 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการประเมินและจัดลำดับความสำคัญในการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที หากการคัดกรองไม่แม่นยำอาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้[8]

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จึงได้มีการประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานจริง ผลการประชุมพบว่า กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยยังไม่มีการบันทึกข้อมูลระดับความเร่งด่วนในระบบบริการอิเล็กทรอนิกส์ มีเพียงการบันทึกอาการสำคัญของผู้ป่วยและสัญญาณชีพเบื้องต้นเท่านั้น ส่งผลให้ไม่สามารถติดตาม วิเคราะห์ และประเมินประสิทธิภาพของการคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำจุดคัดกรองส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมหรือพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนอย่างเป็นระบบ การปฏิบัติงานส่วนใหญ่อาศัยการสื่อสารและถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างบุคลากรในการทำงาน ส่งผลให้การตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยอาจมีความคลาดเคลื่อนและแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ปัจจุบันโรงพยาบาลปทุมรัตต์มีผู้ป่วยเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉลี่ยไม่น้อยกว่า 104 คนต่อวัน[8] ขณะที่อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีจำนวน 13 คน ภาระงานที่เพิ่มขึ้นประกอบกับข้อจำกัดด้านกำลังคน ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานภายใต้ภาวะกดดันด้านเวลาและความเร่งรีบ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำในการประเมินอาการและการคัดกรองผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนหรือมีภาวะเสี่ยงที่อาจทรุดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านการสื่อสารและความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยระหว่างบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีการใช้แนวคิดและเกณฑ์การคัดกรองที่ไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วย และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาพรวม

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาบุคลากรให้มีความเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและสนับสนุนให้การดำเนินงานของหน่วยบริการบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของ Nadler[9] ที่กล่าวว่า การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กร และหนึ่งในกิจกรรมหลักของการพัฒนาคุณภาพบุคลากร คือ การฝึกอบรม (Training) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ได้รับการออกแบบอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบัน บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที และส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน[9] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนมาศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเสริมสร้างทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง แม่นยำและรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพการบริการทางการพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ 13 คน และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician: EMT) 3 คน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทการพัฒนาระบบบริการ ผู้วิจัยจึงใช้การคัดเลือกแบบใช้ประชากรทั้งหมด โดยรวมพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ EMT ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนทั้งสิ้น 16 คน 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ใช้หลักการคำนวณสำหรับ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 กำลังการทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.6 ซึ่งเป็นขนาดปานกลางถึงค่อนข้างสูง ตามเกณฑ์ของ Cohen[10] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 24 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการคัดกรอง แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกความถูกต้องของการคัดกรอง ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกฉบับก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินและการวิจัยทางการพยาบาล คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) พบว่า เครื่องมือทุกฉบับมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.78 แบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85 และแบบประเมินทักษะรวมถึงแบบบันทึกความถูกต้องของการคัดกรองมีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดี (Cohen's kappa > 0.80) แสดงว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติหลักสูตรการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 13 คน และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician: EMT) 3 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน ใช้เวลา 2 วัน โดยให้ทำแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ก่อนและหลังการฝึกอบรม และบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โดยชี้ให้เห็นถึงจุดสำคัญในการตัดสินใจแยกประเภท ผู้ป่วยจากการประเมินแรกรับ อาการและอาการสำคัญร่วมกับสัญญาณชีพและประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นจึงยกตัวอย่างสถานการณ์จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องและคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกประเภท พร้อมกับให้ผู้เข้ารับการอบรมวิเคราะห์ปัญหาที่พบจาการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกประเภท หลังจากนั้นจึงทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยของโรงพยาบาลปทุมรัตต์

ระยะที่ 2 การนำโปรแกรมการฝึกอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ภายหลังเสร็จสิ้นการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยดำเนินการนำโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน (EMT) ที่เข้าร่วมการอบรม 16 คน ปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่กำหนด ในระยะนี้ ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเน้นการประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนอย่างถูกต้อง

การบันทึกผลการคัดกรองในระบบเวชระเบียน และการสื่อสารข้อมูลการคัดกรองระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ให้คำแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้และทักษะจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีการแทรกแซงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ ในระยะนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 30 คน โดยบันทึกผลการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน เปรียบเทียบกับผลการประเมินของแพทย์ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐาน (Gold standard) รวมถึงบันทึกอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ

ระยะที่ 3 เมื่อสิ้นสุดระยะการนำโปรแกรมไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลหลังการฝึกอบรม โดยให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนซ้ำอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม นอกจากนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการฝึกอบรม และรวบรวมข้อมูลความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจหลังการดำเนินโปรแกรม ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการฝึกอบรม และสถิติ Cohen's kappa เพื่อประเมินความสอดคล้องของการคัดกรองผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกป้อนและตรวจสอบความถูกต้องก่อนการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติ SPSS for Windows เวอร์ชั่น 31 การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (%) สำหรับคะแนนความรู้ ทักษะและความพึงพอใจ 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) Paired t-test ใช้เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการคัดกรองผู้ป่วยก่อน–หลังการฝึกอบรม เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าการฝึกอบรมมีผลต่อการเพิ่มคะแนนความรู้และทักษะ Cohen's kappa ใช้ประเมินความสอดคล้องระหว่างการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกับการประเมินของแพทย์ (Gold standard) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนำเสนอและได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 1812567 วันที่ให้การรับรอง 27 ธันวาคม 2567 วันที่หมดอายุใบรับรอง 26 ธันวาคม 2568 หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด มีดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินและ EMT ที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 16 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด 100.00% อายุระหว่าง 35–55 ปี สถานภาพสมรสคู่ 68.75% สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 100.00% สถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการ 81.25% และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี 62.50%

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60% อายุระหว่าง 31–45 ปี 33.33% ประเภทอาการที่เข้ารับบริการ ได้แก่ อุบัติเหตุ 40% และเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไป 60% ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการฉุกเฉินมาก่อน 66.67%

2) โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ EMT แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ประกอบด้วยเนื้อหาและกิจกรรมหลักดังนี้

2.1) ความรู้พื้นฐานการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ หลักการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบคัดกรอง 5 ระดับของไทย (Thai Emergency Severity Index) การเปรียบเทียบกับระบบสากล เช่น ESI (Emergency Severity Index) และ CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale)

2.2) การประเมินอาการและสัญญาณชีพ ได้แก่ การตรวจสัญญาณชีพหลัก (Vital signs) การระบุอาการสำคัญและอาการเตือนภัยและการประเมินความรุนแรงของอาการเฉียบพลัน

2.3) การจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วย (Triage) ได้แก่ การกำหนดระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ การตัดสินใจเลือกผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลก่อน และการจัดการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและภาวะฉุกเฉิน

2.4) การฝึกปฏิบัติด้วย Case scenarios เช่น กรณีศึกษาจริงจากข้อมูลเวชระเบียน กิจกรรมวิเคราะห์ปัญหาและอภิปรายสถานการณ์ผู้ป่วย การตัดสินใจคัดกรองในสถานการณ์จำลอง

2.5) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ได้แก่ การบันทึกผลการคัดกรอง การใช้ Checklist และแบบฟอร์มมาตรฐานการประเมินความถูกต้องของการคัดกรองเปรียบเทียบกับ Gold standard (แพทย์)

2.6) ระยะเวลาและวิธีการอบรม จำนวนผู้เข้าร่วม: พยาบาลวิชาชีพ 13 คน + EMT 3 คน

ระยะเวลา: 2 วัน รูปแบบ: บรรยายเชิงปฏิบัติ (Lecture + Demonstration + Case-based Learning)

3) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 18.75 (SD. = 2.10) เป็น 25.30 (SD. = 1.85) ซึ่งสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า การฝึกอบรมจะเพิ่มความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และสนับสนุนความเชื่อถือได้[11] ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม (n = 16)

ตัวแปร	(Mean ± SD.)	Mean differences	95%CI	p
คะแนนความรู้คะแนน				
ก่อนการใช้รูปแบบ	18.75 ± 2.10	6.55	5.74, 7.36	< .001
หลังการใช้รูปแบบ	25.30 ± 1.85			

4) หลังการฝึกอบรม พบว่า คะแนนทักษะการปฏิบัติการคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) จากค่าเฉลี่ย 21.40 (SD. = 2.65) เป็น 27.60 (SD. = 1.95) แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมช่วยพัฒนาทักษะการคัดกรองผู้ป่วยให้ถูกต้องและรวดเร็ว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อน–หลังการฝึกอบรม (n = 16)

ตัวแปร	(Mean ± SD.)	Mean differences	95%CI	p
คะแนนทักษะการปฏิบัติ				
ก่อนการใช้รูปแบบ	21.40 ± 2.65	6.20	5.22, 7.18	< .001
หลังการใช้รูปแบบ	27.60 ± 1.95			

5) หลังการฝึกอบรม ความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.00 เป็นร้อยละ 95.18 ขณะที่อัตราการคัดกรองไม่ถูกต้องลดลงจากร้อยละ 30.00 เหลือร้อยละ 4.82 ค่าความสอดคล้องระหว่างการคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพและการประเมินของแพทย์ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐาน (Gold standard) เพิ่มขึ้นจาก 0.56 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เป็น 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินและเพิ่มความสอดคล้องกับการประเมินของแพทย์ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน[11] ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อน–หลังการฝึกอบรม (Cohen’s kappa) (n = 16)

ตัวแปร	ก่อนการฝึกอบรม	หลังการฝึกอบรม
การคัดกรองถูกต้อง (%)	70.0	95.18
การคัดกรองไม่ถูกต้อง (%)	30.0	10.0
Cohen’s kappa	0.56 (ปานกลาง)	0.82 (ดี)

6) ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการฝึกอบรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงในทุกด้าน (4.38–4.75 จากเต็ม 5) โดยรวมอยู่ที่ 4.56 ± 0.42 ซึ่งบ่งชี้ว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อเนื้อหา วิธีการสอน วิทยากร สื่อ และระยะเวลาในการอบรม ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การจัดอบรมที่มีเนื้อหาเหมาะสมและใช้วิธีการสอนเชิงปฏิบัติสามารถสร้างความพึงพอใจสูงและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของพยาบาลได้[12] ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน (n = 16)

ด้านประเมิน	Mean ± SD.	ระดับความพึงพอใจ
เนื้อหาการฝึกอบรม	4.62 ± 0.50	สูง
วิธีการสอน	4.50 ± 0.55	สูง
วิทยากร	4.75 ± 0.44	สูง
สื่อและอุปกรณ์	4.56 ± 0.50	สูง
ระยะเวลาในการอบรม	4.38 ± 0.49	สูง
รวมทุกด้าน	**4.56 ± 0.42**	**สูง**

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสามารถเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ หลังการฝึกอบรม คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 18.75 ± 2.10 เป็น 25.30 ± 1.85 ($t = 8.42$, $p < .001$) และคะแนนทักษะเพิ่มจาก 21.40 ± 2.65 เป็น 27.60 ± 1.95 ($t = 7.96$, $p < .001$) (ตารางที่ 1–2) ผลนี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า การฝึกอบรมจะเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลและสนับสนุนความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์[4,7] ความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 70% เป็น 90% หลังการฝึกอบรม โดยค่าความสอดคล้อง (Cohen's kappa) เพิ่มจาก 0.56 เป็น 0.82 (ตารางที่ 3) แสดงว่าการฝึกอบรมลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินและเพิ่มความสอดคล้องกับการประเมินของแพทย์ (Gold standard) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยในต่างประเทศ[2] อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดขณะรอตรวจลดลงจากร้อยละ 6.67 เป็นร้อยละ 1.67 (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลมีส่วนช่วยเพิ่มความปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการคัดกรองผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การฝึกอบรมลดอุบัติการณ์ Adverse events ในแผนกฉุกเฉินได้[4,11] ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรม พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมสูงในทุกด้าน (4.38–4.75 จากเต็ม 5, เฉลี่ย 4.56 ± 0.42) (ตารางที่ 5) สนับสนุนว่าการจัดอบรมเชิงปฏิบัติและ Case scenarios สามารถสร้างความพึงพอใจและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้[7,12] สามารถสรุปโดยรวมได้ว่า โปรแกรมการฝึกอบรมสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะและความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดและสร้างความมั่นใจแก่พยาบาลวิชาชีพ เหมาะสำหรับใช้เป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โดยสามารถอภิปรายผลลัพธ์ตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลลัพธ์นี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการฝึกอบรมที่ถูกออกแบบมาอย่างเป็นระบบ ซึ่งมักประกอบด้วยการทบทวนทฤษฎีเชิงลึกร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก (Clinical case scenarios) ช่วยให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (Active learning) และสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางทฤษฎีสู่การตัดสินใจหน้างานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (Know-do gap) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Molla et al.[13] ที่ระบุว่า การได้รับการฝึกอบรมด้านการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เป็นปัจจัยอิสระ (Independent factor) ที่ส่งผลเชิงบวกต่อการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Aloyce et al.[14] ที่เน้นย้ำว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการจะมีความมั่นใจในการประเมินและจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น

2) การเพิ่มขึ้นของความถูกต้องในการคัดกรองและความสอดคล้องของการประเมิน (Inter-rater reliability) ในมิติของผลลัพธ์เชิงประจักษ์ทางคลินิก พบว่าความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.00 เป็นร้อยละ 95.18 และค่าความสอดคล้องระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับแพทย์ (Cohen's kappa) เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (0.56) เป็นระดับดี (0.82) การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมช่วยปรับมาตรฐานกรอบความคิด (Standardized mental model) ของทีมพยาบาลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเป็น "เกณฑ์มาตรฐาน (Gold standard)" ในการประเมินผู้ป่วย การมีค่า Kappa สูงถึง 0.82 ถือเป็นระดับความสอดคล้องที่เชื่อถือได้สูงมากทางสถิติ[15] ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-triage) และ

การคัดกรองเกินความจำเป็น (Over-triage) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordi et al.[16] ที่พบว่า การใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐานควบคู่กับการให้การศึกษาทางคลินิกแบบให้ข้อมูลย้อนกลับ (Educational feedback) จะช่วยยกระดับความแม่นยำในการคัดกรอง (Diagnostic accuracy) และเพิ่มค่าความสอดคล้องของผู้ประเมิน (Inter-rater agreement) ได้อย่างชัดเจน ส่งผลโดยตรงต่อการลดระยะเวลารอคอยและความปลอดภัยของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสามารถเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น หน่วยงานควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน พร้อมทั้งฝึกอบรมและทบทวนความรู้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลใหม่และผู้มีประสบการณ์น้อย ควรพัฒนาระบบบันทึกผลการคัดกรองในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อประเมินและปรับปรุงคุณภาพอย่างเป็นระบบ ในเชิงนโยบาย ผู้บริหารควรสนับสนุนทรัพยากรบุคลากร เวลา และงบประมาณ เพื่อสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยและทำให้การคัดกรองเป็นกระบวนการมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชน สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรประเมินผลโปรแกรมระยะยาว เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และศึกษาผลลัพธ์เชิงผู้ป่วย เช่น ระยะเวลารอคอย อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุด และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อสะท้อนประสิทธิผลเชิงระบบของการพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ข้าพเจ้าขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตต์ อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดที่สนับสนุนข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการช่วยเก็บการรวบรวมข้อมูลทุกท่าน ขอขอบคุณผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและญาติ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่ให้กำลังใจและสนับสนุนตลอดการดำเนินการวิจัย จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ตามเป้าหมาย สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าหวังว่าผลงานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในหน่วยงานอื่นในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A M. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
2. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau A M. Emergency Severity Index (ESI): implementation handbook. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
3. World Health Organization. Emergency care systems framework. Geneva: WHO; 2022.
4. Travers D A, Waller A E, Bowling J M, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. J Emerg Nurs. 2015;41(4):e1–e8.
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2566. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2566.
7. Considine J, Ung L, Thomas S. Triage nurses' decisions using the Australasian Triage Scale:

a qualitative study. Accid Emerg Nurs. 2007;15(1):18–24.

8. โรงพยาบาลปทุมรัตต์. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปี พ.ศ. 2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลปทุมรัตต์; 2566.
9. Nadler D A. Feedback and organization development: using data-based methods. Reading (MA): Addison-Wesley; 1980.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Mistry B, Stewart De Ramirez S, Kelen G, Schmitz P S K, Balhara KS, Levin S, et al. Accuracy and reliability of emergency department triage using the Emergency Severity Index: an international multicenter assessment. Ann Emerg Med. 2019;74(3):397–406.
12. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? Issue Brief (Commonw Fund). 2016;433:1–5.
13. Molla M, Sisay W, Andualem A, Yilma T. Emergency nurses' knowledge and skill regarding triage and its associated factors in Amhara Region Comprehensive Specialized Hospitals, Ethiopia: a cross-sectional study. Emerg Med Int. 2020;2020:6459316.
14. Aloyce R, Leshabari S, Brysiewicz P. Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania. Afr J Emerg Med. 2014;4(1):14-18.
15. McHugh M L. Interrater reliability: the kappa statistic. Biochem Med (Zagreb). 2012;22(3):276-82.
16. Jordi K, Grossmann F, Gaddis G M, Cignacco E, Denhaerynck K, Schwendimann R, et al. Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: a cross-sectional study in four Swiss hospitals. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2015;23:62.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Nursing Model for Prevention of Antimicrobial Resistance Transmission at Phonthong Hospital, Roi Et Province

รัญจวน เครือวรรณ*

Ranjuan Krueawan

Corresponding author: E-mail: Ranjuan.ku@gmail.com

(Received: February 19, 2026; Revised: February 26, 2026; Accepted: March 26, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพนทอง 45 คน การวิจัยแบ่งเป็นการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบการพยาบาล และการทดลองใช้และประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ระบบเฝ้าระวังและการนิเทศติดตาม รวมทั้งการประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการล้างมือที่ถูกต้องตามหลัก 5 Moments การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการแยกผู้ป่วยหรืออุปกรณ์เฉพาะราย พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลและได้รับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในหอผู้ป่วยใน และศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวหรือในบริบทโรงพยาบาลอื่นเพื่อยืนยันประสิทธิผลเชิงระบบ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการพยาบาล; เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ; การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

Abstract

Purposes : To develop and evaluate a nursing model for preventing the spread of antimicrobial-resistant (AMR) infections at Phon Thong Hospital, Roi Et Province.

Study design : This study employed a Research and Development (R&D) design.

Materials and Methods : The sample consisted of 45 professional nurses working at Phon Thong Hospital. The research was divided into three phases: situational analysis and identification of related factors; development of the nursing model; and implementation and evaluation. Data were collected using knowledge tests, practice assessment forms, and satisfaction questionnaires. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, with a significance level set at .05.

Main findings : The developed nursing model comprised the enhancement of nursing knowledge and competency, standardized nursing practice guidelines, surveillance and supervision systems, and continuous evaluation and improvement. This model was clear and well-suited to the community hospital context. Following implementation, the results showed that: Professional nurses had significantly higher knowledge scores regarding AMR prevention compared to the pre-implementation phase ($p<.05$). Correct practices in preventing and controlling the spread of AMR infections significantly increased, particularly in hand hygiene (5 Moments), use of personal protective equipment (PPE), and patient or equipment isolation. Overall satisfaction with the nursing model among professional nurses was at the highest level.

Conclusion and recommendations : The developed nursing model effectively improved nursing knowledge and practice and achieved high satisfaction levels. It is recommended that this model be implemented as a standard practice guideline in inpatient wards. Furthermore, future studies should examine long-term outcomes or apply the model in other hospital contexts to confirm systemic effectiveness.

Keywords : Development of nursing model; Antimicrobial Resistance; Infection Control

*Registered Nurse Professional Level, Phonthong Hospital.

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดให้การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นหนึ่งในภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลก รายงานจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ประมาณหนึ่งในหกของการติดเชื้อแบคทีเรียมีความดื้อต่อยาต้านจุลชีพ[1] และมีส่วนทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากกว่า 4.95 ล้านราย ในปี ค.ศ.2019 และเป็นสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิตประมาณ 1.27 ล้านราย[2] รายงานการวิจัยเชิงคาดการณ์ยังระบุอีกว่า ถ้าไม่สามารถควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพได้ จำนวนผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาอาจสูงถึง 39 ล้านคน ในระหว่างปี ค.ศ.2025–2050 และอาจเพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคนต่อปีภายในปี ค.ศ.2050[3] ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งหลายชนิด ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของการดื้อยาในผู้ป่วยทั่วโลก ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสูงขึ้น และเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างต่อเนื่องและมีผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง

สำหรับประเทศไทย มีการประมาณการว่า เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อให้เกิดการนอนโรงพยาบาลรวมกว่า 3.24 ล้านวันต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 38,000–43,900 รายต่อปี[4] เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพถือเป็นวาระแห่งชาติที่ได้รับการกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพระดับประเทศ เนื่องจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพส่งผลให้เกิดการสูญเสียวันนอนโรงพยาบาลหลายวันต่อปีและยังเป็นสาเหตุหนึ่งในการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวนหลายหมื่นรายต่อปี ส่งผลกระทบทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาจึงมุ่งเน้นการลดอัตราการติดเชื้อดื้อยา การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล และการเสริมสร้างระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล[5] ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA)

สำหรับระดับพื้นที่และบริบทของโรงพยาบาลชุมชน แม้ว่าจะยังไม่มีรายงานสถิติการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในระดับจังหวัดที่เป็นระบบอย่างครบถ้วน แต่รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพซ้ำหลายครั้ง และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์หลายชนิด สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับหน่วยบริการ และความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบการควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยในเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมกัน รวมถึงการสัมผัสระหว่างบุคลากร ผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง หากขาดมาตรการควบคุมที่เหมาะสม ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับหน่วยงานและองค์กร และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง

แนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) และการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship: AMS) จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดปัญหา การดื้อยาต้านจุลชีพ โดยเน้นการปฏิบัติตามหลักการพื้นฐานอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การล้างมืออย่างถูกต้อง การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) การแยกผู้ป่วยและอุปกรณ์เฉพาะราย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังเชิงรุกและการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตาม การดำเนินมาตรการดังกล่าวให้เกิดประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยระบบการพยาบาลที่มีความชัดเจน เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบท

ของหน่วยงาน

พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรหลักที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นผู้ปฏิบัติการด่านหน้าด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยใน ทั้งในด้านการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น สมรรถนะ ความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลจึงมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

จากการทบทวนสถานการณ์การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยประมาณ 3.1, 3.6 และ 4.4 ต่อผู้ป่วย 1,000 วันนอน ตามลำดับ กลุ่มเชื้อที่พบได้บ่อยได้แก่ *Escherichia coli* ดื้อยากลุ่ม *Cephalosporins, Klebsiella pneumoniae* ชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL และ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant; MDR) ซึ่งพบมากในผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน นอกจากนี้ ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังพบว่า การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการให้บริการทางการแพทย์ (Healthcare-Associated Infections; HAIs) ที่มีเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นสาเหตุคิดเป็นประมาณร้อยละ 35–40 ของการติดเชื้อทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย[6] แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามแนวทางมาตรฐาน แต่จากการวิเคราะห์การดำเนินงานในระดับหน่วยงานพบว่า การปฏิบัติส่วนใหญ่ยังเป็นการดำเนินงานตามนโยบายหรือแนวทางทั่วไป ขาดรูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งยังไม่มีการบูรณาการแนวคิดสำคัญ ได้แก่ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control; IPC) การจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship; AMS) และแนวคิด One Health เข้าด้วยกันอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การกำกับติดตามการปฏิบัติงาน และการประเมินผลเชิงประจักษ์ยังขาดความต่อเนื่องและเป็นระบบ[7] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมักดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขณะที่การศึกษาที่มุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนยังมีจำกัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นช่องว่างขององค์ความรู้ (Research gap) ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับหอผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยบูรณาการแนวคิด IPC, AMS และ One Health และประเมินผลของรูปแบบดังกล่าวต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลและเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพบริการและเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนางานพยาบาลด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยมุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนทอง

จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการโดยบูรณาการแนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship: AMS) และแนวคิด One Health

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มร่วมพัฒนาและวางแผน (Development Team) เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทในการร่วมวางแผนศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และร่วมประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามบทบาทหน้าที่และความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล (Infection Control Nurse: ICN) จำนวน 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยใน จำนวน 1 คน พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse: ICWN) จำนวน 1 คนรวมกลุ่มร่วมพัฒนาและวางแผนทั้งสิ้น 4 คน กลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเชิงระบบ วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนะแนวทาง ปรับปรุงรูปแบบ และพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลองใช้รูปแบบ (Implementation Group) เป็นกลุ่มที่นำรูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริง ประกอบด้วย 1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา 2. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทางอ้อมของการพัฒนารูปแบบ โดยใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังและรายงานของระบบควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ป่วยไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลโดยตรง แต่เป็นกลุ่มที่ได้รับผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

1) รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยบูรณาการแนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship: AMS) และแนวคิด One Health ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1. การพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาล 2. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน 3. ระบบเฝ้าระวังและการสื่อสารข้อมูล การนิเทศติดตามและการคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน และ 4. การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบดังกล่าวใช้เป็นเครื่องมือหลักในการทดลองใช้และประเมินผลในระยะที่ 3 ของการวิจัย

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นแบบทดสอบชนิดปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานด้าน AMR หลักการ IPC การใช้ PPE การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม และการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา การแปลผลคะแนนความรู้กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 16–20 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับมาก
คะแนน 11–15 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนต่ำกว่า 11 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับน้อย

3) แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมการปฏิบัติด้านการล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การแยกผู้ป่วยและอุปกรณ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อ การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง การปฏิบัติระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง การปฏิบัติระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง การปฏิบัติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง การปฏิบัติระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง การปฏิบัติระดับน้อยที่สุด

4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1. ความชัดเจนและความเหมาะสมของรูปแบบ 2. ความสะดวกและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ 3. ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 4. การสนับสนุนจากระบบและผู้บริหาร เกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจกำหนดตามค่าเฉลี่ยคะแนนในลักษณะเดียวกับแบบประเมินการปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและอาจารย์พยาบาล โดยให้พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของถ้อยคำ การประเมินความตรงตามเนื้อหาวิเคราะห์โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่ามีความเหมาะสม ผลการตรวจสอบพบว่า เครื่องมือทุกชุดมีค่า IOCอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาในระดับดีถึงดีมากและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (Situation Analysis): ศึกษาสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามและการทบทวนข้อมูลจากหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล (Model Development): การพัฒนารูปแบบการพยาบาลดำเนินการเป็น 4 วงรอบ (4 Cycles) เพื่อให้เกิดความเหมาะสม ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ได้จริง ดังนี้

วงรอบที่ 1 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล (Analysis & Synthesis) นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่ แนวคิด Infection Prevention and Control (IPC), Antimicrobial Stewardship (AMS) และแนวคิด One Health เพื่อสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

วงรอบที่ 2 การออกแบบรูปแบบการพยาบาล (Model Design) ออกแบบรูปแบบการพยาบาลโดยกำหนดองค์ประกอบ กระบวนการ และแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพให้ชัดเจน ครอบคลุมด้านบุคลากร กระบวนการดูแลผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยใน

วงรอบที่ 3 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบ (Expert Review & Revision) นำรูปแบบการพยาบาลที่ออกแบบแล้วเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลและการควบคุมการติดเชื้อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น

วงรอบที่ 4 การเตรียมความพร้อมก่อนนำไปใช้ (Preparation for Implementation) โดยจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติ และสื่อสนับสนุนการใช้รูปแบบการพยาบาล พร้อมทั้งวางแผนการถ่ายทอดความรู้และเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพก่อนการทดลองใช้จริงในหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (Implementation & Evaluation) นำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเมินความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ประสิทธิผล

ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอและได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 1822567 วันที่ให้การรับรอง 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 วันที่หมดอายุใบรับรอง 26 ธันวาคม พ.ศ. 2568 หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัย สามารถทำได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

1) ประเมินผลการศึกษาของวงจรเชิงปฏิบัติการ

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีแนวทางและนโยบายรองรับ แต่ยังขาดรูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบและชัดเจนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโดยเฉพาะ ประเด็นปัญหาที่พบ ได้แก่ ความไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแนวทาง IPC ความต่อเนื่องของการนิเทศติดตามที่ยังไม่เป็นระบบ และการคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่บุคลากรที่ยังไม่ครอบคลุม พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ แต่ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติในบางประเด็น เช่น การแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยา การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม และการจัดการสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ทั้งนี้ พยาบาลมีความต้องการรูปแบบการพยาบาลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาล (4 วงรอบ) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วงรอบที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ พบว่า การปฏิบัติขาดความต่อเนื่องและไม่มีระบบติดตามผลที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบให้ครอบคลุมด้านการพัฒนาความรู้ การกำหนดแนวปฏิบัติมาตรฐาน การนิเทศติดตาม และการคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน

วงรอบที่ 2 การออกแบบและปรับปรุงรูปแบบเบื้องต้น จากการทดลองใช้ในวงจำกัด พบว่า พยาบาลยังมีความสับสนในขั้นตอนการปฏิบัติบางประเด็น จึงมีการปรับปรุงคู่มือ แนวปฏิบัติและสื่อสนับสนุนให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริง

วงรอบที่ 3 การเสริมความต่อเนื่องและระบบการคืนข้อมูล ผลการดำเนินงานชี้ให้เห็นว่าการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอและการคืนข้อมูลผลการปฏิบัติช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และการปรับปรุงการทำงาน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลไกการติดตามผลและการสื่อสารผลลัพธ์ให้ชัดเจนมากขึ้น

วงรอบที่ 4 การปรับรูปแบบให้สมบูรณ์และเหมาะสมกับองค์กร รูปแบบการพยาบาลที่ได้มีความชัดเจนเป็นระบบและสามารถปฏิบัติได้จริง พยาบาลมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่มากขึ้นและเกิดความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในระดับหน่วยงาน

2) รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยบูรณาการแนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship: AMS) และแนวคิด One Health ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1. การพัฒนาความรู้และสมรรถนะของ

พยาบาล 2. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน 3. ระบบเฝ้าระวังและการสื่อสารข้อมูล การนิเทศติดตามและการคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน และ 4. การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

3) ประเมินผลลัพธ์จากข้อมูลแบบสอบถามหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างมีประสิทธิผล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = 45)

ตัวแปร	(Mean ± SD.)	Mean differences	95%CI	p
คะแนนความรู้				
ก่อนการใช้รูปแบบ	15.42 ± 2.11	3.25	2.48, 4.02	< .001
หลังการใช้รูปแบบ	18.67±1.63			

หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยเฉพาะด้านการล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการแยกผู้ป่วย/อุปกรณ์เฉพาะราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐาน Infection Prevention and Control ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = 45)

รายการปฏิบัติที่ถูกต้อง	ก่อนพัฒนา(%)	หลังพัฒนา (%)	95%CI	p
การล้างมือถูกต้องตาม 5 Moments	68.9	93.3	18.4 – 30.4	< .001
การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)	71.1	95.6	19.6 – 31.2	< .001
การแยกผู้ป่วย/อุปกรณ์เฉพาะราย	64.4	91.1	20.1 – 33.2	< .001
การจัดการสิ่งแวดล้อม	73.3	96.7	17.5 – 29.6	< .001
การปฏิบัติตามแนวทาง IPC/AMR	70.2	94.4	18.9 – 30.5	< .001
ภาพรวมการปฏิบัติ	**69.6**	**94.2**	**20.7 – 31.4**	**< .001***

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงถึงการยอมรับรูปแบบความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยบเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (n = 45)

รายการประเมิน	Mean± SD.	ระดับความพึงพอใจ
ความชัดเจนของรูปแบบ	4.72±0.41	มากที่สุด
ความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน	4.68±0.45	มากที่สุด
ความสามารถนำไปใช้จริง	4.75±0.38	มากที่สุด
ประโยชน์ต่อการป้องกัน AMR	4.81±0.36	มากที่สุด
รวม	**4.74±0.32**	**มากที่สุด**

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship: AMS) และแนวคิด One Health สามารถเพิ่มระดับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการใช้รูปแบบ พยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านการล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การแยกผู้ป่วยและอุปกรณ์เฉพาะราย และการจัดการสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยใน นอกจากนี้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในระดับมากที่สุด สะท้อนถึงความเหมาะสม ความชัดเจน และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการพยาบาล เสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย และสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติใช้งานจริง โดยสามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1) ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยใน ผลการศึกษาตอกย้ำว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงในบริบทของหอผู้ป่วยใน (Inpatient Department) ซึ่งถือเป็นพื้นที่วิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เนื่องจากการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค ภูมิคุ้มกันต่ำ และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์แบบสอดใส่ ความสำเร็จของรูปแบบนี้เกิดจากการออกแบบกระบวนการพยาบาลที่สอดรับกับภาระงานหน้างานจริง (Context-specific design) โดยบูรณาการองค์ความรู้ระดับสากล ได้แก่ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (AMS) และแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบ การขับเคลื่อนรูปแบบที่ครอบคลุมมิติเหล่านี้ในระดับหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Zingg et al.[8] ที่ระบุว่าการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาลจะบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้ ต้องอาศัยโครงสร้างการทำงานที่ถูกออกแบบให้เข้ากับวัฒนธรรมความปลอดภัย และทรัพยากรของหอผู้ป่วยนั้นๆ อย่างเจาะจง

2) การยกระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้าน IPC และ AMS จากโครงสร้างรูปแบบการพยาบาลที่เข้มแข็งในประเด็นแรก ส่งผลสืบเนื่องให้พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการใช้รูปแบบฯ สิ่งนี้อธิบายได้จากการที่รูปแบบดังกล่าวไม่ได้

มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้แบบทางเดียว แต่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน้างาน (On-the-job learning) กลไกนี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก[9] ที่สนับสนุนการใช้กลยุทธ์พหุรูปแบบ (Multimodal strategies) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Courtenay et al.[10] ที่ยืนยันว่าการบูรณาการสมรรถนะด้าน AMS เข้าสู่กระบวนการพยาบาล จะช่วยยกระดับความตระหนักรู้ของบุคลากรในการรับมือกับวิกฤตเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านการควบคุมการติดเชื้อ ในมิติของการปฏิบัติ พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติด้านการล้างมือ การใช้ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และการแยกผู้ป่วย (Isolation precautions) ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้เป็นเครื่องพิสูจน์ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถก้าวข้ามช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (Know-do gap) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ รูปแบบนี้มีระบบการกำกับติดตาม การนิเทศทางการพยาบาล และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Audit and Feedback) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Ivers et al.[11] ที่สรุปว่ากลไกการตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับทางคลินิก เป็นเครื่องมือที่มีอิทธิพลสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทประเทศไทยของ อารยา ทิพย์วงศ์ และคณะ[12] ที่พบว่าระบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแนวทาง IPC ในหอผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

4) ความพึงพอใจและการยอมรับรูปแบบของบุคลากรพยาบาล ผลการวิจัยที่สะท้อนว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในระดับมากที่สุด ชี้ให้เห็นถึงความเข้ากันได้ของนวัตกรรมกับสภาพแวดล้อมการทำงาน การที่รูปแบบมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถบูรณาการเข้ากับงานประจำ (Routine workflow) ได้จริง ทำให้บุคลากรไม่รู้สึกว่าเป็นภาระงานส่วนเกิน แต่เป็นเครื่องมือสนับสนุนความปลอดภัย ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและตัวพยาบาลเอง ผลลัพธ์นี้อธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ประโยชน์ของ Damschroder et al.[13] ที่ระบุว่า หากนวัตกรรมมีความซับซ้อนต่ำและสอดคล้องกับบริบท จะส่งผลให้บุคลากรเกิดความเชื่อมั่น ยอมรับ และพร้อมที่จะธำรงรักษามาตรฐานการปฏิบัตินั้นไว้อย่างต่อเนื่อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดของการศึกษา คือ เป็นการศึกษาที่ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว และใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ศึกษา จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงในบริบทของโรงพยาบาลประเภทอื่น นอกจากนี้ระยะเวลาในการติดตามผลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลยังมีระยะเวลาค่อนข้างจำกัด จึงอาจยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่พัฒนาขึ้น เป็นการบูรณาการแนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) แนวคิดการจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship: AMS) และแนวคิด One Health เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในระดับสากล นอกจากนี้ รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นยังมีการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน ส่งผลให้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างเป็นรูปธรรม และช่วยส่งเสริมทั้งความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมี

การศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลการใช้รูปแบบการพยาบาลในระยะยาว โดยประเมินผลลัพธ์ด้านอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลระดับอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีความเหมาะสมและสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ข้าพเจ้าขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทอง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการช่วยเก็บการรวบรวมข้อมูลทุกท่าน ขอขอบคุณผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่ให้กำลังใจและสนับสนุนตลอดการดำเนินการวิจัย จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ตามเป้าหมาย สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าหวังว่าผลงานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในหน่วยงานอื่นในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;399(10325):629-55.
3. O'Neill J. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. London: Review on Antimicrobial Resistance; 2016.
4. World Health Organization. Antimicrobial resistance country profile: Thailand. Geneva: World Health Organization; 2018.
5. Phumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A. Health and economic impacts of antimicrobial resistance in Thailand. J Health Serv Res Policy. 2019;24(2):109-16.
6. โรงพยาบาลโพนทอง. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลโพนทอง; 2566.
7. Huttner B, Harbarth S, Carlet J, Cosgrove S, Goossens H, Holmes A, et al. Antimicrobial resistance: a global view from the 2013 World Healthcare-Associated Infections Forum. Antimicrobial Resistance and Infection Control. 2013;2(1):31.
8. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, et al. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. Lancet Infect Dis. 2015;15(2):212-24.
9. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. Courtenay M, Castro-Sánchez E, Gallagher R, Gould D, Hawker C, Nurse N, et al. Delivery of antimicrobial stewardship competencies in UK pre-registration nurse education programmes: a national cross-sectional survey. J Hosp Infect. 2019;101(4):431-7.

11. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young J M, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(6):CD000259.
12. อารยา ทิพย์วงศ์, สมใจ ศิริอุดมภาส, พิมพรรณ นามสมมติ. ผลของการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(2):45-58.
13. Damschroder L J, Aron D C, Keith R E, Kirsh S R, Alexander J A, Lowery J C. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4:50.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of Screening Practice Guideline for Patients with Sepsis by Systemic Inflammatory Response Syndrome Score (SIRS score), Out Patient Department, Roi Et Hospital

รวิพรรณ ลาวัณย์*
Ravipan Lawan
Corresponding author: E-mail; Ravipan8533@gmail.com
(Received: February 21, 2026; Revised: February 28, 2026; Accepted: March 28, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจรักษา ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 กรกฎาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผลการวิจัย : ปัญหาที่พบในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้และการรับรู้ความเสี่ยง บุคลากรขาดทักษาที่เพียงพอต่อการคัดกรองผู้ป่วย พื้นที่และสภาพแวดล้อมในการตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม ขาดงบประมาณในการสนับสนุน และกระบวนการคัดกรองเดิมไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการผู้ป่วย ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเบื้องต้น ซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยง โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย และขั้นตอนที่ 3 การส่งตรวจรักษา การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วย และผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean= 2.87 และ Mean= 2.97 ตามลำดับ) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานการพยาบาล

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความชัดเจน เพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย ลดขั้นตอน และระยะเวลาในการคัดกรองผู้ป่วย ทำให้สามารถส่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; การคัดกรองผู้ป่วย; แนวปฏิบัติการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the situational analysis and challenges in screening patients for Sepsis, develop and evaluate the outcomes of a clinical practice guideline (CPG) for Sepsis patient screening.

Study design : Research and Development.

Material and Methods : The sample group consisted of two groups: 20 patients of both male and female genders who received services at the screening point and underwent medical treatment at Roi Et Hospital, and 10 professional nurses working at the patient screening point of the Outpatient Department Nursing Group and professional nurses working in the Internal Medicine Examination Room at Roi Et Hospital. The research will be conducted between July 1, 2025 – December 31, 2025. Experimental Instrument : The Clinical Practice Guideline for Screening Patients with Sepsis of the Outpatient Nursing Division at Roi Et Hospital. Data Collection Instruments: A questionnaire package consisting of General Information Questionnaire, Satisfaction Assessment Form and Record Form for Nursing Activities according to the Clinical Practice Guideline for Screening Patients with Sepsis. Statistics used in the analysis include descriptive statistics and inferential statistics, Paired sample t-test ($p < .05$).

Main finding : The problems encountered in screening Sepsis patients included: Patients lacked awareness and recognition of the risk factors. Personnel lacked sufficient skills for patient screening. The screening area and environment were unsuitable. A lack of budget and the original screening process was unclear and did not align with the time constraints for patient service delivery. The results of the development of the Clinical Practice Guideline for Screening Patients with Sepsis comprise the following steps: Step 1: Preliminary Assessment, taking the patient's history. Step 2: Risk Screening, patients with Sepsis by Systemic Inflammatory Response Syndrome Score (SIRS score). Step 3: Referral for examination and treatment. The evaluation of the guideline's implementation found that after using the guideline, both patients and service providers reported satisfaction at a high level (Mean= 2.87 and Mean = 2.97, respectively). The satisfaction of service providers before and after using the guideline was statistically significantly different (p-value < 0.05). The performance of nursing activities according to the Sepsis screening guideline was also statistically significantly different ($p < .05$).

Conclusion and recommendations : The development of screening guidelines for Sepsis patients by the Outpatient Nursing Department of Roi Et Hospital has resulted in clearer and more efficient screening procedures. It reduces the steps and time involved in screening, allowing high-risk patients to be referred for treatment more quickly.

Keyword : Sepsis; Screening Practice Guideline; Nursing Practice Guideline

*Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก หากเกิดภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) คือเกิดจากการจัดการกับภาวะช็อกได้ไม่ดีพอ เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดนั้น มีความซับซ้อนทั้งในแง่ของพยาธิสภาพโรค รวมถึงการวินิจฉัยและรักษาตลอดจนการดำเนินโรค ที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่เริ่มมีภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome: SIRS) จนถึงการทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลวภายใน 48 - 72 ชั่วโมง และเสียชีวิตในที่สุด[1]

องค์การอนามัยโลก[2] ได้รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกประมาณ 5,760 ล้านราย (77.7/100,000 ประชากรต่อปี) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคที่อุบัติใหม่ที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมียาต้านจุลชีพ จะมีประสิทธิภาพดีพอ แต่กลับพบว่า อัตราการเสียชีวิตของประชากรกลับลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และมีโอกาสที่จะเพิ่มมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.7 ต่อปี คิดเป็นจำนวน 400,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ35ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 32.03 และยังพบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอีกด้วย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบ จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 25,432 ราย 52,138 ราย และ 177,627 ราย ตามลำดับ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) เสียชีวิต 5 ราย ทุกๆ 1 ชั่วโมง โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดปีงบประมาณพ.ศ.2559-2561 พบ ร้อยละ 34.79, 34.32, 34.65 ตามลำดับ[3]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยเข้าข่ายติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) รหัสโรคICD 10 ตั้งแต่ A40.0 ถึง A41.9 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่แพทย์ใช้วินิจฉัยภาวะติดเชื้อกระแสเลือด(Sepsis) จากการตรวจพบภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย (Systematic inflammatory response syndrome (SIRS) ร่วมกับการเพาะเชื้อพบในเลือด ประกอบกับเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยร่วม เช่น วัดอุณหภูมิกายสูงกว่า 38.0 องศาเซลเซียส และหรือร่วมกับชีพจร เร็วกว่า 90 ครั้งต่อนาที การหายใจเร็วกว่า 24 ครั้งต่อนาที เป็นต้น[4] ปี พ.ศ. 2561 - 2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดจำนวน 962, 832, 773, 1,252, 1,326 และ 1,289 ราย ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 42.89, 45.86, 45.51, 46.77, 45.86 และ 43.27 ตามลำดับ เป้าหมายลดอัตราการตายเหลือร้อยละ 35 จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือดยังสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีจากหลายสาเหตุเช่นการวินิจฉัยโรคที่ล่าช้าเพราะผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดบางรายไม่ได้มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ แต่มาเพราะสาเหตุอื่น เช่น ทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย ปวดตามร่างกายและแขนขาถามตอบช้าลง[5] ปัจจุบันเป้าหมายสูงสุดในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดคือลดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และลดอัตราตายของผู้ป่วย ทั้งนี้ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตได้เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด โดยอิงตาม Surviving Sepsis Campaign[5] ที่พัฒนาโดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตของยุโรปและสหรัฐอเมริกา โดยกำหนดให้ใช้ กลยุทธ์สำคัญ 3 ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ ขั้นตอนที่หนึ่ง คือ การสร้างกลไกในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (Early recognition) ขั้นตอนต่อมา ได้แก่ การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับ ประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ (Early infection control, early resuscitation, and

organ support) และ ขั้นตอนที่สาม คือ การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพด้วยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันโดยมีการประสานงานระหว่างทีม และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญ จะช่วยทำเกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5]

เนื่องจากปัจจุบันกระบวนการคัดกรองดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และยังไม่มีรูปแบบการคัดกรองวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นรูปแบบได้มาตรฐานที่เพียงพองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่ มักเน้นไปที่แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือแผนกผู้ป่วยใน (IPD) แต่ในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งเป็นจุดแรกรับที่มีความแออัดสูง กลับยังมีแนวปฏิบัติที่ “เฉพาะเจาะจง” น้อยมาก การสร้างเครื่องมือคัดกรองที่รวดเร็วและเหมาะกับหน้างาน OPD ที่มีเวลาจำกัดจึงเป็น Gap ที่สำคัญ ในการปฏิบัติงานพยาบาลในจุดคัดกรองนั้น จำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินผู้ป่วยโดยยึดหลักกระบวนการพยาบาล 5ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)[6] ซึ่งขั้นตอนที่ 1 ของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินคัดกรองผู้ป่วย ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่งเพราะจะทำให้เกิดการวางแผนดูแลหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและทันท่วงที ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกนั้น ควรยึดหลักการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยจุดคัดกรองจะเน้นการพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา ได้แก่ การตรวจคัดกรองผู้ป่วย การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งจุดคัดกรอง ควรตระหนักและเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตามหัวข้อการตรวจคัดกรอง ซึ่งได้แก่การประเมินอาการผู้ป่วย การคัดกรองอาการโดยใช้หลักเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยแบบ ESI (Emergency Severity Index) รวมทั้ง การตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนส่งไปที่ห้องฉุกเฉินหรือห้องตรวจต่างๆ ที่ผ่านมานั้นยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome Score; SIRS score) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีอยู่แล้ว มาทดลองใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายทั้งนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพของการคัดกรองผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และลดอัตราความเสี่ยงของการคัดกรองผิด หรือคัดกรองล่าช้า ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย เช่น ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และลดอัตราการตาย โดยพยาบาลคัดกรองมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉิน หรือห้องตรวจแผนกอายุรกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนา และประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS score) ที่จุดคัดกรองงานผู้ป่วยนอกชั้น 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจุดคัดกรองงานผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน และพยาบาล

วิชาชีพประจำห้องตรวจอายุกรรม จำนวน 5 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มาคัดกรองที่จุดคัดกรอง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน การดำเนินการวิจัย ประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup)[7] เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence- based phase) ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) ขั้นตอนที่ 3 ระยะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence-observe phase) ขั้นตอนที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence- based phase) ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 กรกฎาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568 และพยาบาลวิชาชีพ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจรักษา ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568 จำนวน 20 คน โดยมีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย วัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ[8] สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha+} Z_{\beta})\sigma}{\delta}\right]^2$$

โดย

n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

Z_α คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่า α เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ค่า Z_α เท่ากับ 1.96

Z_β คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ 95 ค่า β เท่ากับ 0.05 ดังนั้น Z_β เท่ากับ 1.645

δ คือ Mean difference ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยเป็นค่าเฉลี่ยจากการวัดผล Posttest เท่ากับ 1.09

σ คือ Standard deviation of mean difference เท่ากับ 0.11

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ และคณะ[9] เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกระบี่ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล กลุ่มหัวหน้าพยาบาลเท่ากับ 4.47 และกลุ่มหัวหน้าหอเท่ากับ 4.49 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.02 นำมาแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha+} Z_{\beta})\sigma}{\delta}\right]^2$$

$$n = \left[\frac{(1.96+1.645)0.11}{0.02}\right]^2$$

$$n = 20$$

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีประวัติการรักษาโรค ดังต่อไปนี้ 1) COPD 2) DM 3) Cirrhosis 4) Alcohol dependent 5) Stone 6) Immunocompromised 7) Diarrhea 8) UTI ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสารได้ ผู้ดูแล/ญาติให้ข้อมูล ในกรณี ผู้ป่วยสูงอายุอาจสื่อสารไม่ชัดเจน
4. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยและยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิต หรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเภท
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต และ

มีระดับการรับรู้ลดลง ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือเสียชีวิต

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Late-stage Dementia)

4. ผู้ป่วย Palliative care

5. มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องรับการรักษาทันที (เช่น ช็อก, หัวใจหยุดเต้น)

6. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

7. มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เกณฑ์การถอน

1. ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลถอนตัวจากการวิจัย

2. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการศึกษา

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน คักเลือกแบบจำเพาะเจาะจงโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองและห้องตรวจอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

2. มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี

3. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยและยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายสถานที่ทำงาน หรือย้ายแผนก

2. พยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ต่อเนื่องจนครบระยะการดำเนินการวิจัย

3. ไม่ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยและไม่ยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การถอน

1. ถอนตัวออกจากการวิจัย

การเลือกการสุ่มตัวอย่าง

1. เมื่อได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อดำเนินการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่จุดคัดกรองซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยประชาสัมพันธ์โครงการระหว่างผู้ป่วยรอเข้ารับการคัดกรองและดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร โดยได้รับความยินยอมจากญาติผู้ป่วยโดยใช้ห้องประชุมเล็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อให้ความเป็นส่วนตัวแก่อาสาสมัคร

2. ดำเนินการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติการคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก จำนวน 30 ราย ตามการคำนวณขนาดตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยรับทราบโดยใช้ห้องประชุมเล็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้ความเป็นส่วนตัวแก่อาสาสมัคร

4. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากอาสาสมัครโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS score) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ Evidence-based practice model (Soukup)[7] เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence- based phase) ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) ขั้นตอนที่ 3 ระยะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence-observe phase) ขั้นตอนที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงหน่วยงาน (Evidence- based phase)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

การแปลผล

1.00 – 1.66 ไม่พอใจ ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
1.67 – 2.33 พอใจ ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
2.34 – 3.00 พอใจมาก ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

2.2 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจ มาก
ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง
ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อย

การแปลผล

1.00 – 1.66 ไม่พอใจ ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
1.67 – 2.33 พอใจ ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
2.34 – 3.00 พอใจมาก ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการตรวจสอบรายการเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

ได้ปฏิบัติ หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้คะแนนเท่ากับ 1

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้คะแนนเท่ากับ 0

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS score)[10] โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่างแล้ว ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน อายุรแพทย์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยเกณฑ์การตัดสินใจ 3 ระดับ (คะแนน -1, 0, 1) คือ -1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0= ไม่แน่ใจ 1= เห็นด้วย ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาประชุมชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการเก็บข้อมูลตามแบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติ และนำไปทดลองใช้ จากนั้นนำผลการประเมินในแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติมาหาค่าความเชื่อมั่นอัลฟ่าครอนบาช (Cronbach’s alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.91

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในเขตพื้นที่ใกล้เคียง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach’sAlphaCoefficient)[11] ดังต่อไปนี้

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81

2.2 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1. ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers)ค้นหาประเด็นปัญหาโดยการร่วมประชุมกลุ่มย่อยพยาบาล ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยและพยาบาลประจำห้องตรวจอายุรกรรม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วย ร่วมกันค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ ข้อมูลจากเวชระเบียน เป็นต้น ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 45 นาที

2. การทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วรรณกรรมบทความวิชาการและงานวิจัยต่างๆโดยการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มาประเมินคุณค่าและจัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ แล้วนำมาจัดข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ณ จุดคัดกรอง ร่วมกันวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีและเหมาะสมนำมาสร้างแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม45นาทีโดยใช้ห้องประชุมเล็กกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

1. การตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้น เพื่อกำหนดขอบเขตในการค้นคว้าข้อมูลงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. ขอบเขตในการสืบค้น คือ ใช้หลักฐานที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ

3. ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติ, การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

4. กำหนดแหล่งในการสืบค้น ได้แก่ สืบค้นงานวิจัยเดี่ยวจากฐานข้อมูล Thai LIS, PubMed, Google Scholar, Thai JO เป็นต้น

5. กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

6. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มาประเมินคุณค่า และจัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ แล้วนำมาจัดข้อเสนอแนะ ผู้วิจัย ร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ณ จุดคัดกรอง ร่วมกันวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีและเหมาะสมนำมาสร้างแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 45 นาที โดยใช้ห้องประชุมเล็กกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 3 ระยะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence-observe phase) การทดลองใช้ และการประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น มีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้ ขั้นตอนดังนี้

1. ร่างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะการปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อหาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติ

2. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ มีการดำเนินการ คือ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่างแล้ว ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน อายุรแพทย์จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแนวปฏิบัติ จากนั้นนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

3. นำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดไปใช้จริงผู้วิจัยและพยาบาล

ณ จุดคัดกรอง ตรวจคัดกรองผู้ป่วย ใช้เวลาในการคัดกรองไม่เกินรายละ 5-15 นาที โดยลำดับขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่

1) ซักประวัติ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัวประวัติการแพ้ยา/อาหารประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้สารเสพติด

2) ตรวจวัดสัญญาณชีพ

3) ประเมินประเมินเข้าเกณฑ์การตอบสนองต่อการอักเสบ Systemic inflammatory Response Syndrome (SIRS)

4) ตรวจวัดอุณหภูมิ >38°C (100.4°F) หรือ <36°C (96.8°F)

5) ตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจ >90

6) ตรวจวัดอัตราการหายใจ >20 หรือ $PaCO_2$<32 mmHg

7) WBC >12,000/mm³, <4,000/mm³ หรือแถบ >10%

8) กรดแลคติก SBP < 90 หรือ SBP ลดลง ≥40 mmHg จากค่าปกติ

9) ภาวะติดเชื้อรุนแรงร่วมกับความดันโลหิตต่ำแม้จะให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว

10) ดูแลความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วย

11) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

12) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง

13) สังเกตอาการผิดปกติ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม พร้อมบันทึกการพยาบาลให้ถูกต้องครบถ้วน

14) ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องหากพบอาการผิดปกติของผู้ป่วย

15) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในการให้การพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเสร็จสิ้น ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคัดกรอง ใช้เวลา 15-30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence- based phase) หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติ จึงนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยดำเนินการดังนี้

1. นำแนวปฏิบัติเข้าประชุมคณะกรรมการและเสนอต่อหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน

2. ประกาศใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และเพื่อให้เกิดข้อปฏิบัติรูปแบบเดียวกัน และปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

3. ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS score)[10] ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ใช้แนวปฏิบัติ พยาบาล ณ จุดคัดกรอง ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ หลังใช้แนวปฏิบัติฯ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-30 นาที รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หมายเลขโครงการ RE142/2568 รับรองเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2568 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จากผลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลการให้บริการและการอภิปรายกลุ่มผู้ให้บริการด้านการพยาบาล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ข้อสรุปผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมองข้ามอาการเตือน อาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ และขาดการดูแลเอาใจใส่ของคนในครอบครัว จึงไม่ให้ความสำคัญต่ออาการแสดงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไข้สูง เป็นต้น อีกทั้งสภาพด้านเศรษฐกิจ รายได้ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

2. ด้านการให้บริการพยาบาล สถานที่ และสิ่งแวดล้อมในการรองรับผู้ป่วยยังไม่เพียงพอเกิดความแออัดในระหว่างการให้บริการ ขาดการสื่อและข้อมูลที่เข้าถึงง่าย การให้ความรู้ (Health Education) แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ และความสำคัญของการคัดกรองยังไม่ทั่วถึงหรือไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเอง

3. ด้านอัตรากำลัง และนโยบาย อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวนมากต่อวัน บุคลากรบางคนยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะโรค และยังขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ประกอบกับภาระงานที่มากเกินกำลังของเจ้าหน้าที่พยาบาล จึงทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งนโยบายด้านการคัดกรองผู้ป่วย ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และหัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS score) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลงานวิชาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องนำมาสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเบื้องต้น ซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น ประกอบด้วย 1) อาการสำคัญ 2) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 4) ประวัติการใช้ยา/แพ้ยา และ 5) วัดสัญญาณชีพ

ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยง

1) ตรวจวัดอุณหภูมิ >38°C (100.4°F) (2 คะแนน)

2) ตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจ >90 ครั้ง/นาที (2 คะแนน) น้อยกว่า < 90 ครั้ง/นาที (1 คะแนน)

3) ตรวจวัดอัตราการหายใจ >20 หรือ $PaCO_2$ <32 mmHg (2 คะแนน)

4) WBC >12,000/mm³ (2 คะแนน) (<4,000/mm³ 1 คะแนน)

5) กรดแลคติก SBP <90 หรือ SBP ลดลง ≥40 mmHg จากค่าปกติ (1 คะแนน)

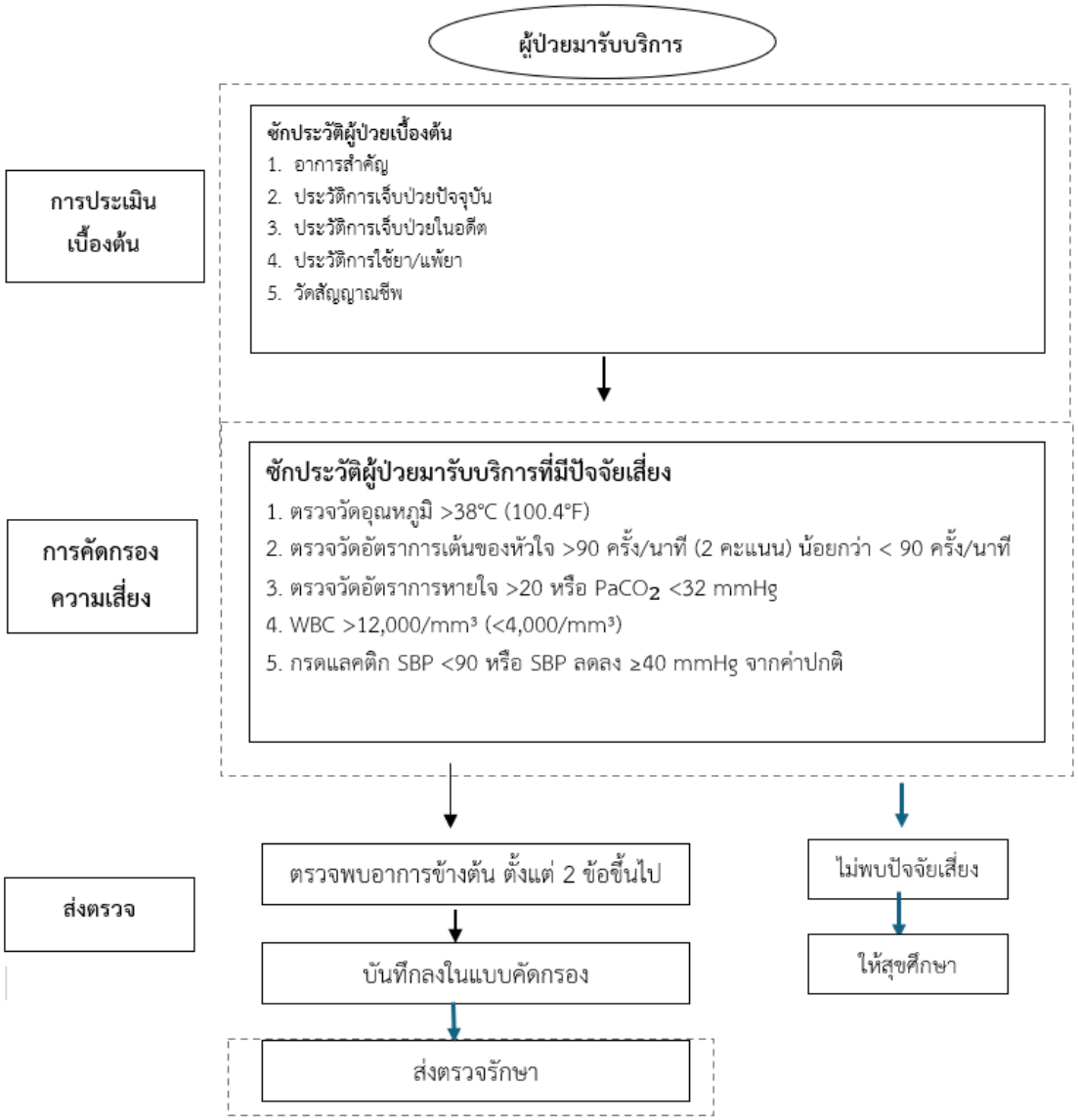
ขั้นตอนที่ 3 การส่งตรวจรักษา

1) ตรวจพบปัจจัยเสี่ยง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ผู้ป่วยมีความเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2) ส่งตรวจรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ส่วนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการ

แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด



คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS score) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.00 อายุเฉลี่ย 58.85 ปี (SD. = 16.90) สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 รายได้เฉลี่ย 13,275.04 บาทต่อเดือน (SD. = 9754.18) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.00 ไม่ดื่ม ร้อยละ 70.00 และไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 70.00 กลุ่มผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ย 41.30 ปี (SD. = 8.55) สถานภาพสมรส ร้อยละ

80.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เฉลี่ย 17.10 ปี (SD. = 8.00)

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ผลการวิจัย พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean= 2.87) ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ก่อนการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.37) หลังการใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean= 2.97) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (n=20)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ			หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ		
	Mean	SD.	แปลผล	Mean	SD.	แปลผล
ผู้ป่วย	-	-	-	2.87	0.20	มาก
พยาบาล	2.37	0.29	ปานกลาง	2.97	0.06	มาก

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดของผู้ให้บริการ

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ให้บริการต่อการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.05$)โดยก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 2.37 (SD. = 0.29) หลังการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยความพึงใจมากกว่า 2.97 (SD. = 0.06) (95%CI: 0.412 – 0.787) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ให้บริการ (n=10)

ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ผู้ให้บริการพยาบาล				<.001
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ	2.37(0.29)	0.60	0.412 – 0.787	
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ	2.97(0.06)			

ผลการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

พบว่า คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.05$) ก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 9.10 คะแนน (SD. = 1.10) หลังการใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 11.00 คะแนน (SD. = 0.00) โดยหลังการใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 1.90 คะแนน (95%CI: 1.113 – 2.687) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของผู้ให้บริการ (n=10)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ผู้ให้บริการพยาบาล				<.001
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ	9.10(1.10)	1.90	1.113 – 2.687	
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ	11.00(0.00)			

วิจารณ์

แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการคัดกรองผู้ป่วยมีความชัดเจน เพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย ลดขั้นตอน และระยะเวลาในการคัดกรองผู้ป่วย ทำให้สามารถส่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้การปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน พยาบาลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรับบริการในระดับดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณียอด ญาติไทย และคณะ[10] ซึ่งพบว่าแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น และหลังการใช้แนวปฏิบัติไม่พบผู้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่นเดียวกับการศึกษาของสาธร ธรรมเนียมอินทร์[12] ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า หลังปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถลดอัตราการตายลงได้ ร้อยละ 17.10 ผู้ป่วยที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการประเมินเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลทันทีผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน1ชั่วโมง และไม่พบภาวะน้ำเกินจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ

อย่างไรก็ตาม การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ยังต้องมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็วลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างยั่งยืน

จุดเด่น การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยและผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เล็งเห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วย แต่เดิมไม่มีแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ภายหลังการดำเนินการศึกษาครั้งนี้มีแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ชัดเจน และเป็นแนวปฏิบัติให้แก่บุคลากร และเจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนสามารถค้นพบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างทันท่วงที

ข้อจำกัด การศึกษาครั้งนี้ เป็นความร่วมมือของสหวิชาชีพ การสื่อสารภายในองค์กร และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันจึงมีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงาน ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร และประสานงานการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถติดตามอาการของผู้ป่วย และทำให้การดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นไปอย่างราบรื่น

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการวิจัย เสนอต่อผู้บริหารเพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและกำหนดนโยบายการให้บริการพยาบาลด้านการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ขยายผลการวิจัย สู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และสถานพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และเขตสุขภาพ

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ชุมชน รวมถึงหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา บุตรสาระ, ยุพนา ลิงลม, สำเนียง คำมุข. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี. 2560:17-25.
2. World Health Organization. Global health estimates 2015 summary table [Internet]. 2016 [cited 2025 Jun 5]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
3. กระทรวงสาธารณสุข.รายงานทางสถิติอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reportsกรมการแพทย์
4. อังคณาเกียรติมานะโรจน์.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(9):27-43.
5. สมพร รอดจินดา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31(1):212-31.
6. อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ Nursing Process and Implications. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557:15(3);137-43.
7. Soukup S M. The center for advanced nursing practice evidence based practice model : promoting the scholarship of practice. The Nursing Clinics of North America. 2003;35(2):301-9.
8. Heinisch R. Study on Sample Size Calculation. German J Psychol; 1965.
9. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, จุฑาวดี วงษ์สมบัติ, พนิตนันท์ หนูชัยปลอด. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2568;5(1):41-54.
10. พรรณี ยอดญาติไทย, นิโลบล ทิพย์ฤๅตรี, อรรถวุฒิ พรมรัตน์, กำทร ดานา. การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อคในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(3):167-77.
11. Polit D, Hungler B. Nursing Research: Principle and Method, 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
12. สาธร ธรรมเนียมอินทร์. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2561;16(2):58-68.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Development of a Case Management Nursing Model to Prevent Relapse Among Substance Use Disorder Patients with Co-occurring Psychotic Disorders: An Action Research

สายทอง ราชรี*

Saithong Ratcharee

Corresponding author: E-mail: saithong5817@gmail.com

(Received: February 21, 2026; Revised: February 28, 2026; Accepted: March 28, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research - PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นคณะทำงานแกนนำ ประกอบด้วยตัวแทนสหวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 35 คน ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 5 ท่าน ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม 1,287 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบประเมิน และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ขาดการบูรณาการองค์ความรู้ด้านการรับรู้และกลไกพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เพื่อเชื่อมต่อการดูแลสู่ชุมชนอย่างไร้รอยต่อ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การเตรียมการ (2) การคัดกรอง (3) การคืนข้อมูลชุมชน (4) การบำบัดด้วยรูปแบบ Modified Matrix Program (5) การส่งต่อความยั่งยืน และ (6) การเฝ้าระวังการเสพซ้ำ และผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (95.41%) และเข้าสู่ระบบผ่านกลไกตามมาตรา 114 (56.93%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (85.36%) ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว (Non-SMIV) และไม่มีโรคจิตเวชร่วม (85.67%) อัตราการคงอยู่ในระบบจนครบโปรแกรม คิดเป็น 92.22% และผลการติดตามระยะ 1 ปี พบว่า อัตราการหยุดเสพต่อเนื่องคิดเป็น 81.13% และอัตราการเสพซ้ำ (Relapse rate) เพียง 3.37%

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องได้สูงถึง 81.13% แม้ในพื้นที่ทรัพยากรจำกัด ควรขยายผลเชิงนโยบายโดยเน้นบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเข้าสู่ระบบบริการปกติเพื่อสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบไร้รอยต่อ

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี; ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม; การป้องกันการเสพซ้ำ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; โมเดลเมทริกซ์ปรับปรุงใหม่

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

Abstract

Purposes : To investigate the situational challenges, develop a clinical model, and evaluate the outcomes of a nursing care model for patients with substance use disorders at Kaset Wisai Hospital.

Study design : Participatory Action Research (PAR).

Materials and Methods : The key informants consisted of a core working group of 35 multidisciplinary professionals and case managers, 5 experts for instrument validation, 1,287 patients with dual diagnosis (substance use and co-occurring psychotic disorders), and 20 stakeholders. Data were collected using questionnaires, record forms, assessment tools, and focus group discussion guides. Statistical analysis was performed using frequencies and percentages.

Main findings : The study identified systemic limitations in dual-diagnosis care, specifically a lack of cognitive-integrated knowledge and a specialized case management mechanism for seamless community transition. Consequently, a 6-step case management process was developed, comprising: (1) Preparation, (2) Screening, (3) Community Data Feedback, (4) Modified Matrix Program Intervention, (5) Sustainable Referral, and (6) Relapse Monitoring. The implementation results revealed that the majority of the sample were male (95.41%) and entered the system via the legal mechanism of Section 114 (56.93%). Most patients (85.36%) were classified as "Green Group" (Non-SMIV) without comorbid psychiatric disorders (85.67%). The program demonstrated high efficacy with a treatment completion rate of 92.22%. A one-year follow-up showed a significant abstinence rate of 81.13%, while the relapse rate was remarkably low at 3.37%.

Conclusion and Recommendations : The 6-step case management nursing model, integrating the Modified Matrix Program, effectively enhanced the abstinence rate to 81.13%. To ensure sustainability and seamless care for patients with dual diagnosis, it is recommended that the "Nurse Case Manager" role be formally integrated into policy and standard healthcare service systems.

Keywords : Case Management; Dual Diagnosis; Relapse Prevention; Participatory Action Research; Modified Matrix Program

*Registered Nurse, Professional Level, Kaset Wisai Hospital.

บทนำ

วิกฤตการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันถือเป็นภัยคุกคามสำคัญที่บ่อนทำลายรากฐานทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยอย่างรุนแรง แม้ความพยายามในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจะดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง แต่สถิติกลับชี้ให้เห็นว่าการแพร่ระบาดได้รุกคืบเข้าสู่ระดับหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญของสังคม อีกทั้งยังขยายตัวเข้าสู่กลุ่มนักเรียน นักศึกษา และเยาวชนอันเป็นกำลังหลักของชาติในอนาคตสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ[1] กรณีศึกษาเชิงลึกในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดและการเสพซ้ำในระดับพื้นที่ เช่น จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัญหาการแพร่ระบาดของยาบ้ายังคงมีความรุนแรง ข้อมูลจากระบบ บสต. ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 เผยให้เห็นจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดที่ผันผวนระหว่าง 1,890 ถึง 3,816 คนต่อปี โดยกลุ่มเสี่ยงหลักคือวัยแรงงาน (อายุ 18-34 ปี) ในกลุ่มอาชีพรับจ้างและผู้ว่างงาน แม้ว่าผลการบำบัดในระยะสั้น (3 เดือน) จะมีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องที่น่าพึงพอใจสูงกว่าร้อยละ 98 แต่แนวโน้มการเข้าถึงบริการในภาพรวมกลับลดลงสวนทางกับสถิติความรุนแรงในชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้น[2] ปรากฏการณ์ความรุนแรงดังกล่าวสะท้อนถึงพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) หลังจากกลับสู่ชุมชน โดยเฉพาะในช่วงติดตามผลระยะ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยด้านทักษะการเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ และการต้องเผชิญกับสภาวะเสี่ยงทั้งจากตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม นอกจากนี้การใช้ยาเสพติดต่อเนื่องควบคู่ไปกับการดื่มสุรายังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวชรุนแรง ซึ่งไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงในการเสพซ้ำ แต่ยังนำไปสู่พฤติกรรมการก่อความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของคนในชุมชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในเชิงระบาดวิทยาผู้ติดยาเสพติดมักเผชิญกับภาวะโรคทางกายและจิตเวชร่วม (Comorbidity) ที่ซับซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และความผิดปกติทางจิตที่พบสูงถึงร้อยละ 53.1 ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด ข้อมูลจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น[3] ชี้ให้เห็นว่าแม้ระบบสาธารณสุขจะพยายามขยายบริการบำบัดรักษา แต่ความจำกัดของทรัพยากรทั้งในด้านจำนวนเตียงและศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับสถานการณ์ในระดับพื้นที่ เช่น จังหวัดร้อยเอ็ดที่พบว่าแม้จะมีอัตราการหยุดเสพในระยะสั้น (3 เดือน) อยู่ในเกณฑ์สูง แต่กลับพบอุบัติการณ์การกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) และพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามผลในระยะยาวเกิน 6 เดือนขึ้นไป ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงช่องว่างสำคัญในกระบวนการติดตามและทักษะการเผชิญสภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยภายหลังการคืนสู่สังคม[2] ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจาก (1) ความซับซ้อนของอาการทางจิต ที่ทับซ้อนกับภาวะเสพติดทำให้การพยาบาลแบบเดิมไม่ได้ผลเต็มที่ และ (2) การขาดรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) ที่สามารถเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดที่ปรึกษาและแรงสนับสนุนเมื่อต้องเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นในสภาพแวดล้อมเดิม

ท่ามกลางวิกฤตการณ์ยาเสพติดที่รุกคืบเข้าสู่ระดับรากฐานของชุมชนอย่างรุนแรง นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยได้ก้าวสู่จุดเปลี่ยนสำคัญด้วยการนิยามว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย” และผลักดันรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เพื่อคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และลดการตีตรา อย่างไรก็ตาม แม้อัตราการหยุดเสพในระยะสั้น (3 เดือน) จะปรากฏผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจสูงถึงร้อยละ 98.0 แต่เมื่อติดตามผลในระยะยาวเกิน 6 เดือนขึ้นไป กลับพบอุบัติการณ์การกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) และพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ4 ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึง ช่องว่างเชิงระบบ (Systemic Gap) ที่ความซับซ้อนของอาการทางจิตเวชร่วม (Comorbidity) ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 53.1 ในกลุ่มผู้ป่วย กลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิมไม่สามารถตอบสนองต่อพยาธิสภาพของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งไปกว่านั้นแม้จะมีการขยายบริการบำบัดรักษาในระดับโรงพยาบาลชุมชน

แต่ความจำกัดของทรัพยากร ทั้งในด้านจำนวนเตียงและศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว ยังคงเป็นกำแพงกั้นที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการที่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดกลไก การจัดการรายกรณี (Case Management) ที่สามารถเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้อย่างไร้รอยต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดที่ปรึกษาและแรงสนับสนุนเมื่อต้องกลับไปเผชิญกับปัจจัยกระตุ้น และสภาวะเสี่ยงในสภาพแวดล้อมเดิม

เพื่อให้สอดรับกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน รัฐบาลไทยจึงได้ยกระดับการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เป็นวาระเร่งด่วนภายใต้ยุทธศาสตร์ “ปราบปราม รักษา ฟื้นฟู ดูแล” โดยมุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วน (Inter-sectoral Collaboration) ตั้งแต่การตรวจคัดกรองเชิงรุกในระดับหมู่บ้าน (X-ray) ไปจนถึงการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการ การขับเคลื่อนดังกล่าวสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ที่นิยามความหมายของการบำบัดรักษาครอบคลุมไปถึงการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม[4] โดยหัวใจสำคัญคือการส่งคืนผู้ป่วยสู่ชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรี ผ่านการฝึกอาชีพและสร้างการยอมรับเพื่อยุติวงจรการเสพซ้ำและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนอย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงจุดเปลี่ยนสำคัญในการนิยามปัญหาจากมิติทางอาชญาวิทยาสู่มิติทางสุขภาพ (Public Health Approach) โดยยึดหลักการว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ที่ควรได้รับโอกาสในการบำบัดฟื้นฟูเพื่อคืนสู่สังคมอย่างมีศักดิ์ศรี[5] ทั้งนี้ประสิทธิภาพในการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความเข้าใจในปัจจัยเชิงสาเหตุของการติดยาเสพติดอย่างถ่องแท้ของผู้ปฏิบัติงาน โดยต้องอาศัยหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์แล้วว่ามีความคุ้มค่า ไม่สร้างการตีตรา (Stigmatization) และให้ความสำคัญกับหลักสิทธิมนุษยชนและคุณค่าของความเป็นมนุษย์เป็นพื้นฐานสำคัญ ในปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลและมีความสอดคล้องกับพยาธิสภาพของปัญหาคือการบำบัดฟื้นฟู โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ซึ่ง World Health Organization (WHO) และ UNODC[6] ได้เสนอแนะให้เป็นกลไกหลักในการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติด ตั้งแต่กระบวนการป้องกัน การคัดกรอง และการสร้างแรงจูงใจในการเข้าสู่ระบบบริการตามความรุนแรงของอาการ โดยหัวใจสำคัญของ CBTx คือการสร้างปัจจัยเชิงบวกในสภาพแวดล้อม การยอมรับจากคนในชุมชน และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านการบูรณาการศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ภายในชุมชนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป[7-8] ด้วยเหตุนี้การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งปิดช่องว่างดังกล่าวด้วยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่บูรณาการทั้งการดูแลทางคลินิกที่เข้มข้นและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายภาคประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งถือเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่จะเปลี่ยนผ่านจากการบำบัดรักษาเชิงรับไปสู่การจัดการเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอเกษตรวิสัยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research - PAR) ตามแนวทางของ Kemmis & McTaggart (PAOR Cycle) โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 - ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวางแผน (เดือนธันวาคม 2566 – มกราคม 2567)

แหล่งข้อมูล 1) ข้อมูลทุติยภูมิ เวชระเบียนผู้ป่วย

และฐานข้อมูลการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) 5 คน และ 2) ข้อมูลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหาร จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์) และตัวแทนเครือข่ายชุมชน 12 คน

เครื่องมือวิจัยและการหาคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ ตรวจสอบความครอบคลุมของตัวแปร โดยผู้เชี่ยวชาญและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวขาญ 5 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ทบทวนและสกัดข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data review) 1-3 ปี และ 2) จัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) สหวิชาชีพเพื่อเจาะลึกปัญหาและอุปสรรคในระบบบริการเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ประเด็นปัญหา และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม (เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2567)

แหล่งข้อมูล คณะทำงานแกนนำซึ่งประกอบด้วยตัวแทนสหวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 35 คน (รพ.สต.ละ 2 คน สสอ. 2 คน และรพช. 3 คน)

เครื่องมือวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) ร่างรูปแบบการจัดการรายกรณีและคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) และ 2) แบบประเมินมาตรฐานของ McMillan & Schumacher[9] ใช้ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (Model) โดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก คือ ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) มักใช้มาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อประเมินคุณภาพของรูปแบบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) สังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีมาร่างรูปแบบ และ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อวิพากษ์และปรับปรุงร่างรูปแบบร่วมกับคณะทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ และสถิติเชิงพรรณนา สำหรับผลคะแนนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมไปปฏิบัติ (Act) (เดือนเมษายน-กรกฎาคม 2567)

แหล่งข้อมูล 1) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ปี พ.ศ.2567 จำนวน 1,287 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ ผู้ติดสารกระตุ้นประสาท กัญชาและสารระเหยที่ไม่มีอาการทางจิตประสาท ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระบบเมทริกซ์โปรแกรมระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้มีอาการทางจิตประสาทระหว่างการบำบัด มีโรคติดต่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานระหว่างการบำบัด สภาพร่างกายไม่สามารถบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้ และผู้ที่ขาดการบำบัด และเกณฑ์ยุติการวิจัยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่ร่วมมือในการบำบัด และผู้ป่วยหรือผู้ปกครองบอกเลิกการบำบัดหรือถูกจับดำเนินคดี และ 2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Managers) จำนวน 3 คน

เครื่องมือและการหาคุณภาพ 1) รูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีและ SOPs (ที่ผ่านการตรวจสอบจากระยะที่ 2) และ 2) แบบประเมินความเที่ยงตรงในการนำรูปแบบไปใช้ (Fidelity Check list): หาความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) พบว่าค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) อบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2) คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่โครงการ และให้การดูแลตามโปรโตคอลที่กำหนด (เช่น ระยะเวลา 3-6 เดือน) และ 3) กำกับติดตาม (Monitoring) การปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ระยะนี้เน้นการจัดการกระบวนการ (Process Management) ข้อมูลการดำเนินงานจะถูกบันทึกเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลในระยะต่อไป

ระยะที่ 4 การสังเกตและประเมินผล (Observe) (เดือนเมษายน-กรกฎาคม 2567)

แหล่งข้อมูล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการและทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ 1,287 คน

เครื่องมือและการหาคุณภาพ 1) แบบบันทึกอัตราการเสพซ้ำ (Relapse rate) 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับของกรมสุขภาพจิต[10] จำนวน 18 ข้อ ให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน และมีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย แล้วรวมคะแนนทั้งหมด แล้วนำไปเทียบเกณฑ์ คือ คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับมาก 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของกรมสุขภาพจิต[10] เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับ 0 ระดับ 1 ระดับ 2 และ ระดับ 3 จำนวน 3 ข้อ และ 4) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ของกรมสุขภาพจิต[10]

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) เก็บข้อมูล Baseline (ก่อนเริ่มใช้รูปแบบ) 2) เก็บข้อมูลติดตามผลเป็นระยะ (เช่น เดือนที่ 1, 3 และ 6) และ3) เก็บข้อมูล Post-test และติดตามเมื่อครบ 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ

ระยะที่ 5 การสะท้อนคิดและปรับปรุง (Reflect) (เดือนสิงหาคม-กันยายน 2567) และระยะเวลาติดตาม 1 ปี (ตุลาคม 2567-กันยายน 2568)

แหล่งข้อมูล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด (ผู้บริหาร, พยาบาล, ทีมสหวิชาชีพ, ตัวแทนผู้ป่วย/ญาติ) จำนวน 20 คน

เครื่องมือและการหาคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review - AAR Guideline)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) จัดเวทีคืนข้อมูล (Data Feedback) และประชุมถอดบทเรียนร่วมกัน และ 2) ระบุปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Success factors) และอุปสรรค (Barriers)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

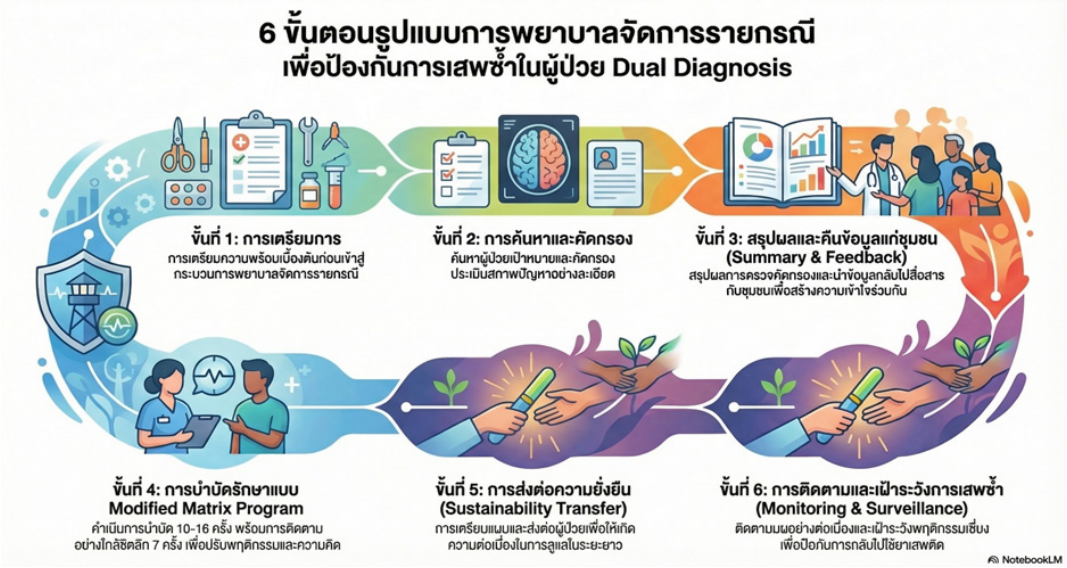
โครงร่างการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใบรับรองเลขที่ COE 2522566 วันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 และ COE 1832567 วันที่ 27 เดือนธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่ศึกษาพบว่า แม้กระบวนการบำบัดรักษาในระยะสั้น (3 เดือน) จะมีอัตราความสำเร็จในเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 98 แต่เมื่อเข้าสู่ระยะติดตามผล 6 เดือนถึง 1 ปี กลับพบว่าอัตราการเสพซ้ำ (Relapse Rate) พุ่งสูงขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่องได้ ความย้อนแย้งนี้บ่งชี้ว่า “มาตรการบำบัดในระยะเฉียบพลัน” (Acute Care) ประสบความสำเร็จ แต่ “มาตรการคงสภาพการบำบัด” (Maintenance/Continuity of Care) กลับไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะรับมือกับปัจจัยกระตุ้นในสภาพแวดล้อมจริง

ของผู้ป่วย และช่องว่างของการวิจัยและจุดบอดทางวิชาชีพ (Research Gap) ช่องว่างที่สำคัญ (The Gap) คือการขาดรูปแบบการจัดการรายกรณีที่จำเพาะเจาะจง (Lack of Specialized Case Management) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย Dual Diagnosis ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยจำแนกช่องว่างออกเป็น 3 มิติหลัก คือ (1) ช่องว่างด้านการบูรณาการองค์ความรู้ (Theoretical gap) รูปแบบบำบัดเดิมมักแยกส่วนระหว่างการรักษาอาการติดยาเสพติดกับการรักษาโรคจิตเวชออกจากกัน ขาดการบูรณาการแนวคิด Modified Matrix Program ที่ปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) จากอาการทางจิต (2) ช่องว่างด้านกลไกการประสานงาน (Structural gap) แม้จะมีภาคีเครือข่ายในชุมชน (ชปต.) แต่ขาดตัวกลางที่เป็น “Case Manager” ในวิชาชีพการพยาบาลที่จะทำหน้าที่เชื่อมต่อ (Seamless Care) ระหว่างการรักษาในสถานพยาบาลกับการใช้ชีวิตในชุมชน ทำให้กระบวนการดูแลเกิดการหยุดชะงัก (Fragmentation of Care) และ (3) ช่องว่างด้านผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Empirical gap) ยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีที่ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพิสูจน์ว่าสามารถลดการเสพซ้ำและป้องกันความรุนแรงได้จริงในบริบทพื้นที่มีทรัพยากรจำกัด

2. กระบวนการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามที่ปรากฏในแหล่งข้อมูล มีรายละเอียด 6 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นเตรียมการ เป็นระยะเริ่มต้นเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่กระบวนการดูแล (2) การค้นหาและคัดกรอง ดำเนินการระบุตัวตนและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงหรือมีอาการตามเกณฑ์ที่กำหนด (3) สรุปผลการตรวจคัดกรองและการคืนข้อมูลแก่ชุมชนเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองเพื่อสรุปภาพรวม และสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กลับไปยังชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจและการมีส่วนร่วม (4) การบำบัดรักษาตามรูปแบบ Modified Matrix Program เป็นขั้นตอนนี้จะเน้นการบำบัดรักษาอย่างเข้มข้น โดยมีการดำเนินงาน 10-16 ครั้ง และมีการติดตามผลอีก 7 ครั้ง เพื่อให้การรักษาครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (5) การส่งต่อความยั่งยืน เป็นการวางแผนและดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมั่นคงในระยะยาวหลังจากผ่านช่วงบำบัดหลัก และ (6) การติดตามและเฝ้าระวังการกลับมาเสพซ้ำ เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่เน้นการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำอีก ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

3. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ดังนี้

3.1 ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 1,287 ราย จำแนกตามสภาวะการรับการบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มบำบัดซ้ำมีสัดส่วนเพศชายสูงถึง 95.41% ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยรายใหม่เล็กน้อย (90.84%) เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของช่วงอายุพบความแตกต่างเชิงโครงสร้างที่สำคัญระหว่างสองกลุ่ม โดยกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี (29.33%) และกลุ่มวัยทำงานตอนต้นอายุ 19-29 ปี (รวม 27.84%) ในขณะที่กลุ่มบำบัดซ้ำพบว่ามีสัดส่วนสูงสุดในช่วงอายุ 30-39 ปี เช่นกันแต่มีสัดส่วนที่เข้มข้นกว่า (36.95%) และตามด้วยช่วงอายุ 24-29 ปี (28.81%) ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มวัยทำงานตอนกลางเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมาเสพซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนของกลุ่มเยาวชน (12-18 ปี) ในกลุ่มรายใหม่ (11.26%) มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มบำบัดซ้ำ (3.34%) อย่างเห็นได้ชัด

ในส่วนของช่องทางการเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา ทั้งกลุ่มรายใหม่และกลุ่มบำบัดซ้ำมีแนวโน้มสอดคล้องกัน โดยกลไกตามมาตรา 114 เป็นช่องทางหลักในการเข้าสู่กระบวนการ (56.93% และ 56.16% ตามลำดับ) รองลงมาคือมาตรา 113 (22.65% ในกลุ่มรายใหม่ และ 19.00% ในกลุ่มบำบัดซ้ำ) อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มบำบัดซ้ำมีสัดส่วนการเข้าสู่ระบบผ่านช่องทางอื่นๆ สูงถึง 24.84% ซึ่งมากกว่ากลุ่มรายใหม่ (19.93%) ขณะที่ช่องทางตามมาตรา 166 และมาตรา 56 พบสัดส่วนเพียงเล็กน้อยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่เท่านั้น

3.2 ผลการประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยหลังได้รับการพัฒนากลุ่มตัวอย่าง 676 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 85.36% (n = 577) ถูกจัดอยู่ใน “กลุ่มสีเขียว” ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS = 0) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีสภาวะทางจิตใจที่คงที่หลังการพัฒนา อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณากลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย (Co-occurring disorders) พบว่า กลุ่มสีส้ม (OAS = 2) เป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตกำเริบและปรากฏสัญญาณเตือนความรุนแรง 5 ประการ มีสัดส่วน 6.51% (n = 44) กลุ่มสีเหลือง (OAS = 1) เป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะอาการสงบ มีสัดส่วน 4.14% (n = 28) กลุ่มสีแดง (OAS = 3) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมอาละวาดคลุ้มคลั่งและมีความเสี่ยงสูงสุด พบ3.99% (n = 27) โดยสรุป แม้สัดส่วนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับเฝ้าระวังจนถึงวิกฤต (กลุ่มสีส้มและสีแดง) จะเป็นส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (รวม 10.50%) แต่กลุ่มดังกล่าวเป็นประชากรเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีนัยสำคัญต่อความปลอดภัยในกระบวนการบำบัดรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) หลังการพัฒนา (n=676)

ระดับสี		จำนวน(%)
กลุ่มสีเขียว	(ผู้ป่วยยาเสพติดที่ ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยหรือประเมิน OAS เท่ากับ 0 คะแนน)	577(85.36)
กลุ่มสีเหลือง	(ผู้ป่วยยาเสพติดที่ มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยแต่อยู่ในระยะอาการสงบ หรือประเมิน OAS เท่ากับ 1 คะแนน)	28(4.14)
กลุ่มสีส้ม	(ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยอยู่ในระยะอาการกำเริบและมี 5 สัญญาณเตือน ประเมิน OAS เท่ากับ 2 คะแนน	44(6.51)
กลุ่มสีแดง	(ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย และกำลังแสดงอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ประเมิน OAS เท่ากับ 3 คะแนน)	27(3.99)

3.3 จากการวิเคราะห์สภาวะทางจิตของผู้รับการบำบัดหลังได้รับการพัฒนา (n = 1,340) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่ม Non-SMIV และไม่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย โดยมีจำนวนสูงถึง 1,148 ราย (85.67%) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีความซับซ้อนทางอาการ พบว่า อุบัติการณ์ของโรคทางจิตเวช ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) มีจำนวนผู้ที่มีโรคทางจิตและไม่มีโรคทางจิตในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ กลุ่มละ 53 ราย (3.96%) ขณะที่ในกลุ่ม Non-SMIV พบผู้ที่มีโรคทางจิตร่วมด้วย 86 ราย (6.42%) ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยยาเสพติดทุกราย แม้จะไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงรุนแรง (Non-SMIV) ก็ตาม เนื่องจากยังมีสัดส่วนการพบโรคทางจิตเวชแฝงอยู่

ส่วนระดับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดสำหรับผลการจำแนกพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (V2) เพื่อนำไปสู่การส่งต่อเพื่อบำบัดรักษาที่เหมาะสม (n = 1,287) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในประเภท “ผู้เสพ” 1,124 ราย (87.33%) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการเสพอย่างต่อเนื่องหรือเริ่มประสบปัญหาจากสารเสพติด รองลงมาคือกลุ่ม “ผู้ติด” 135 ราย (10.49%) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการบำบัดรักษาเชิงลึกเนื่องจากมีพฤติกรรมเสพเป็นประจำและมีความเสี่ยงสูง ส่วนกลุ่ม “ผู้ใช้” มีสัดส่วนน้อยที่สุดเพียง 2.18% (n = 28)

ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าระบบการพัฒนาหลังการคัดกรองสามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ออกเป็นกลุ่มผู้เสพ (87.33%) และกลุ่มที่ไม่มีความซับซ้อนทางจิตเวช (85.67%) ได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามการพบสัดส่วนของผู้ติดยาเสพติดที่มีพฤติกรรมอันตราย (10.49%) และกลุ่มผู้ป่วย SMIV ที่มีโรคทางจิตร่วมด้วย ถือเป็นข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และการส่งต่อ (Referral system) เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนได้อย่างตรงจุด

3.4 จากการวิเคราะห์รูปแบบการบำบัดรักษาและผลการจำหน่ายผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการพัฒนา (n=1,283 และ 1,285 ตามลำดับ) สามารถสรุปประเด็นสำคัญในเชิงระบบสาธารณสุข พบว่า การกระจายตัวของประเภทการบำบัดผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ระบบการบำบัดเน้นการดูแลในระดับชุมชนและผู้ป่วยนอกเป็นหลัก โดยมีผู้เข้ารับการบำบัดในรูปแบบ ผู้ป่วยนอก (OPD) 49.96% (n=641) และการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) 48.95%) (n=628) ซึ่งทั้งสองรูปแบบรวมกันสูงถึง 98.91% สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการกระจายอำนาจการบริการสุขภาพ (Decentralization) ลงสู่ระดับปฐมภูมิ ในขณะที่การส่งต่อเข้าสู่ระบบผู้ป่วยใน (IPD) ทั้งในระยะบำบัดและมินิธัญญารักษ์มีสัดส่วนเพียงเล็กน้อย (รวม 1.09%) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดในสภาพแวดล้อมที่จำกัดน้อยที่สุด

ส่วนประสิทธิผลของการบำบัดและความสำเร็จของโปรแกรมในด้านผลสัมฤทธิ์ของการรักษา พบข้อมูลที่น่าประทับใจอย่างยิ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถ “เข้ารับการบำบัดจนครบโปรแกรม” (Treatment Completion) ได้สูงถึง 1,185 ราย หรือคิดเป็น 92.22% ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับมาตรฐานการบำบัดรักษายาเสพติดทั่วไป สำหรับกลุ่มที่ไม่ครบตามโปรแกรม (7.78%) สาเหตุหลักเกิดจากการไม่สมัครใจรักษาต่อ (4.98%) และการถูกจับกุม (2.26%) อย่างไรก็ตามอัตราการขาดการติดต่อ (Loss to follow-up) มีเพียง 0.47% และไม่พบอุบัติการณ์การหลบหนี (Abscondence) จากระบบบำบัดเลย ข้อมูลส่วนนี้ยืนยันถึงประสิทธิภาพของกลไกการติดตาม (Follow-up mechanism) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมบำบัดที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถดึงดูดและรักษาผู้ป่วยให้อยู่ในระบบได้จนสิ้นสุดกระบวนการ

3.5 ผลลัพธ์ระยะยาวและการคงสภาพการหยุดเสพหลังการติดตามครบ 1 ปี จากการติดตามประเมินผลกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับการพัฒนาในระยะเวลา 1 ปี (n = 504) เพื่อพิจารณาอัตราการหยุดเสพซ้ำและการคงอยู่ในระบบติดตามพบประเด็นสำคัญที่เป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพของโปรแกรมพบว่า (1) ประสิทธิภาพในการคงสภาพการหยุดเสพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญในการบำบัด โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการติดตามจนครบตามเกณฑ์ที่กำหนดส่วนใหญ่สามารถ

"หยุดเสพยาเสพติดได้ต่อเนื่อง"สูงถึง 424 รายหรือคิดเป็น 81.13% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในขณะที่มีผู้ป่วยที่ติดตามครบแต่มีการเสพซ้ำเพียง 3.37% (n = 17) เท่านั้น ข้อมูลนี้สะท้อนถึงความยั่งยืนของผลการบำบัด และประสิทธิภาพของกลไกการติดตามในชุมชนที่สามารถช่วยประคับประคองผู้ป่วยให้คงสภาพการหยุดเสพได้ในระยะยาว (2) การวิเคราะห์กลุ่มที่ติดตามไม่ครบตามเกณฑ์ ในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่ติดตามไม่ครบตามเกณฑ์ (15.5%) พบว่าสาเหตุหลักไม่ได้เกิดจากการขาดการติดต่อ (Loss to follow-up 0.00%) หรือความไม่สมัครใจ แต่เกิดจากการ "ถูกจับกุม" 58 ราย (11.51%) ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายและสภาพแวดล้อมทางสังคม นอกจากนี้ยังพบการเสพซ้ำในกลุ่มที่ติดตามไม่ครบเพียง 0.06% และมีอัตราการเสียชีวิต 0.40%

อัตราการหยุดเสพที่สูงถึง 81.13% ภายหลังการติดตาม 1 ปี ถือเป็นตัวเลขที่สะท้อนถึงคุณภาพของระบบการพัฒนาที่เป็นเลิศเนื่องจากโดยทั่วไปอัตราการเสพซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดมักจะสูงในช่วงปีแรกหลังการบำบัด การที่งานวิจัยนี้สามารถรักษาอัตราการหยุดเสพได้ในระดับสูงควบคู่ไปกับอัตราการขาดการติดต่อ) ที่เป็นศูนย์ ยืนยันถึงความเข้มแข็งของระบบการติดตามและการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกพัฒนาขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการติดตามครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและหยุดเสพหลังการติดตามครบ 1 ปี (n=504)

การจำหน่ายและสรุปการบำบัด	จำนวน(%)
จำหน่าย - ติดตามครบ	
ไม่เสพ	424(81.13)
เสพซ้ำ	17(3.37)
จำหน่าย - ติดตามไม่ครบ	
เสพซ้ำ	3(0.06)
ติดตามไม่ได้	0(0.00)
ถูกจับ	58(11.51)
เสียชีวิต	2(0.40)

วิจารณ์

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีอัตราความสำเร็จในระยะสั้นสูงถึงร้อยละ 98 แต่กลับมีการเสพซ้ำพุ่งสูงขึ้นในระยะ 6-12 เดือน สะท้อนถึงปรากฏการณ์ "ประตูหมุน" (Revolving Door) ในระบบสุขภาพไทยอย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสมบัติ ท้ายเรือคำ และคณะ[11] ที่ทำการศึกษาในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกยาในสถานพยาบาลมักเป็นเพียงสภาวะชั่วคราวที่เกิดจากการควบคุมปัจจัยแวดล้อม แต่เมื่อกลับสู่ชุมชนที่มีตัวกระตุ้น (Triggers) สูง ผู้ป่วยมักขาดทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) ที่เพียงพอ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีประเด็นที่เห็นต่างหรือขยายความเพิ่มเติมจากงานวิจัยของ Volkow et al.[12] ดังในสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่าการเสพซ้ำในกลุ่ม Dual Diagnosis ไม่ได้เกิดจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความบกพร่องถาวรของระบบรางวัลในสมอง (Reward System) ซึ่งต้องการการประคับประคองทางยา (Pharmacotherapy) ควบคู่ไปกับการจัดการรายกรณี มิใช่เพียงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนเพียงอย่างเดียว

ส่วนช่องว่างการวิจัยด้านการบูรณาการองค์ความรู้และ

กลไก Case Management การที่งานวิจัยระบุถึง "ช่องว่างด้านการบูรณาการ" (Theoretical Gap) โดยเฉพาะการปรับปรุง Matrix Program ให้เข้ากับข้อจำกัดด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ถือเป็นจุดแข็งที่ให้ความสำคัญ ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Hesselberg et al.[13] ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเชิงระบบในยุโรปและพบว่า การบำบัดรูปแบบมาตรฐานมักล้มเหลวในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วม เนื่องจากความบกพร่องด้านสมาธิและความจำ ทำให้ไม่สามารถรับข้อมูลที่มีความซับซ้อนได้ การที่งานวิจัยนี้เสนอการใช้ "Case Manager" เป็นตัวกลางจึงเป็นการแก้ปัญหาที่ตรงจุด แต่ในขณะเดียวกันอาจมีข้อเห็นต่างในแง่ของความเป็นไปได้จริง โดยงานวิจัยของ McGinty et al.[14] ชี้ให้เห็นว่าในระบบสุขภาพที่มีทรัพยากรจำกัดการพึ่งพาพยาบาลเป็น Case Manager เพียงอย่างเดียวอาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟ (Burnout) และไม่ยั่งยืน หากไม่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Health) มาช่วยในการติดตามผลเชิงรุก

ในมิติเชิงโครงสร้างและผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Structural & Empirical Gap) การค้นพบว่าระบบดูแลเกิดการหยุดชะงักแม้จะมีภาคีเครือข่าย ชปต. อยู่แล้ว สะท้อนว่า "โครงสร้างมีอยู่จริงแต่ขาดฟังก์ชันการเชื่อมต่อ" ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ สมบัติ ท้ายเรือคำ และคณะ[11] ที่ว่ากลไกชุมชนในประเทศไทยมักทำงานเชิงรับและขาดทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสร้างรูปแบบที่ผ่านการทดสอบจริงในพื้นที่จึงเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยปิดช่องว่างนี้ได้มากกว่าการสั่งการเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียว

2. ผลการศึกษาที่นำเสนอรูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน โดยเน้นการเชื่อมต่อจาก "การคัดกรอง" สู่ "การส่งต่อความยั่งยืน" ถือเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่ตอบโจทย์ปัญหาความซับซ้อนของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างเป็นรูปธรรม ประเด็นนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Morse et al.[15] ในสหรัฐอเมริกาซึ่งระบุว่าการจัดการรายกรณีที่มีโครงสร้างชัดเจน สามารถลดอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ ได้อย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากช่วยลดความสับสนของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามมีข้อเห็นต่างที่น่าสนใจจากงานวิจัยของ Greenwood et al.[16] ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางพบว่า การมีขั้นตอนที่มากเกินไป (6 ขั้นตอน) อาจกลายเป็นอุปสรรคในทางปฏิบัติหากขาดระบบสนับสนุนทางดิจิทัลหรือ Case Manager มีภาระงานที่ล้นตัว ซึ่งอาจส่งผลให้ขั้นตอนการ "ติดตามและเฝ้าระวัง" ในระยะยาว (ขั้นตอนที่ 6) ขาดความต่อเนื่องในสถานการณ์จริง

สำหรับการใช้ Modified Matrix Program ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชร่วมการนำ Modified Matrix Program (ขั้นตอนที่ 4) มาใช้โดยเน้นความเข้มข้น 10-16 ครั้ง พร้อมการติดตามผล 7 ครั้ง ถือเป็นจุดแข็งสำคัญในการปรับปรุงพยาธิสภาพทางความคิดและพฤติกรรม ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสมบัติ ท้ายเรือคำ และคณะ[11] พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมมีความบกพร่องด้านการรับรู้การบำบัดรูปแบบเดิมที่ไม่เข้มข้นพอจึงมักล้มเหลว การใช้รูปแบบ Modified ที่มีความถี่สูงจึงช่วยตอกย้ำทักษะการเผชิญปัญหาได้ดีกว่า อย่างไรก็ดีผลการศึกษานี้อาจมีประเด็นที่ ต้องพิจารณาเพิ่มเติมเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ McHugh et al.[17] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของการบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการบูรณาการ "การบำบัดด้วยยา" (Pharmacotherapy) เข้ากับ "การปรับพฤติกรรม" อย่างไร้รอยต่อ หากรูปแบบ 6 ขั้นตอนนี้ไม่ได้ระบุถึงแนวทางการจัดการด้านยาที่ชัดเจนในขั้นตอนบำบัด อาจทำให้ผลลัพธ์ในการป้องกันการเสพซ้ำไม่ยั่งยืนเท่าที่ควร

ส่วนการคืนข้อมูลและการสร้างความยั่งยืนในชุมชน ขั้นตอนการคืนข้อมูลแก่ชุมชน (ขั้นตอนที่ 3) และการส่งต่อความยั่งยืน (ขั้นตอนที่ 5) เป็นจุดเด่นที่แสดงถึงการนำแนวคิด Community-Based Treatment (CBTx) มาใช้อย่างเข้มข้นที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของสังคม อย่างไรก็ตามการตั้งคำถามถึง "ความยั่งยืนเชิงระบบ" อาจเห็นต่างว่าการส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนจะประสบความสำเร็จได้จริงหรือไม่ หากระบบการพยาบาลจัดการรายกรณีไม่ได้ระบุถึงกลไกการสนับสนุนทาง

เศรษฐกิจสังคม เช่น การฝึกอาชีพหรือการลดการตีตราในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการเสพซ้ำที่สำคัญกว่ากระบวนการติดตามเพียงอย่างเดียวกล่าวได้ว่ารูปแบบการพยาบาล 6 ขั้นตอนนี้เป็นโมเดลที่มีความสมบูรณ์เชิงทฤษฎีและมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชน หากผู้วิจัยสามารถเพิ่มประเด็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุน Case Manager และการบูรณาการด้านอาชีวบำบัดในขั้นตอนความยั่งยืน จะยิ่งยกระดับคุณภาพของงานวิจัยให้เป็นที่ยอมรับในวารสารชั้นนำระดับโลกได้ดียิ่งขึ้น

3. ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (95.41%) และอยู่ในช่วงวัยทำงาน (30-39 ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดต่อการเสพซ้ำ สะท้อนถึงภาระทางสังคมและเศรษฐกิจที่รุนแรง ประเด็นนี้ สอดคล้อง กับงานวิจัยของ Peacock et al.[18] ที่ทำการศึกษาภาวะพึ่งพาสารเสพติดในระดับโลก ซึ่งพบว่าเพศชายในวัยแรงงานมีอัตราการเข้าถึงยาเสพติดสูงกว่าและมีปัจจัยกดดันด้านบรรทัดฐานทางสังคมที่ส่งเสริมให้เกิดการเสพซ้ำ อย่างไรก็ตามมีข้อเห็นต่างที่น่าสนใจจากงานวิจัยของ Becker et al.[19] ที่ระบุว่า แม้สถิติผู้เสพเพศชายจะสูงกว่า แต่ผู้เสพเพศหญิงมักมีพยาธิสภาพทางจิตเวชร่วมที่รุนแรงกว่าและดำเนินไปสู่ภาวะติดยาเร็วกว่าการที่งานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงน้อยอาจทำให้มองข้ามความละเอียดอ่อนทางเพศสภาพในการออกแบบระบบบำบัดไปได้

สำหรับประเด็นความแม่นยำในการคัดกรองและกลุ่มอาการทางจิตแฝงการพบผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชแฝงในกลุ่ม Non-SMIV ถึง 6.42% สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมบัติ ท้ายเรือคำ และคณะ[11] ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบการคัดกรองในโรงพยาบาลชุมชนมักมุ่งเน้นเฉพาะผู้ที่มีอาการคลั่งอาละวาด (Overt Aggression) จนละเลยกลุ่มที่มีอาการทางจิตแบบเงียบซึ่งเสี่ยงต่อการเสพซ้ำสูง งานวิจัยนี้จึงช่วยปิดช่องว่าง (Gap) ของการคัดกรองแบบเดิม แต่ในขณะเดียวกันอาจมีข้อ เห็นต่าง ในแง่ของเครื่องมือ โดยงานวิจัยของ Stahl et al.[20] เสนอว่าการใช้มาตรวัด OAS เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการตรวจจับกลุ่มอาการทางจิตแฝง ควรมีการบูรณาการแบบประเมินเชิงลึกร่วมด้วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดในระยะเริ่มต้น

ส่วนประสิทธิภาพของระบบ CBTx และอัตราการคงอยู่ในระบบ (Treatment Retention) ผลลัพธ์ที่น่าทึ่งคืออัตราการบำบัดครบโปรแกรมสูงถึง 92.22% และไม่มีการขาดการติดต่อ (Loss to follow-up) ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่ามาตรฐานสากลอย่างมาก ประเด็นนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization [WHO][21] ที่สนับสนุนการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่าการกักตัวบำบัด อย่างไรก็ตาม มีมุมมองและการตั้งข้อสังเกตเชิงวิพากษ์ว่าผลลัพธ์ที่ “สมบูรณ์แบบเกินไป” นี้อาจเกิดจากความเข้มแข็งจำเพาะของบริบทสังคมไทย หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งในงานวิจัยของ Meyers et al.[22] ชี้ให้เห็นว่าในบริบทตะวันตก การทำให้อัตราการขาดการติดต่อเป็นศูนย์นั้นแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยเนื่องจากปัจจัยด้านสิทธิส่วนบุคคลและการย้ายถิ่นฐาน และความสำเร็จในการหยุดเสพต่อเนื่อง 81.13% หลังติดตาม 1 ปี ยืนยันถึงความยั่งยืนของรูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น งานวิจัยนี้ไม่ได้เป็นเพียงการบำบัดยาเสพติด แต่เป็นการสร้าง “โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม” ที่มีประสิทธิภาพ

จุดเด่นของงานวิจัยครั้งนี้ คือ (1) การตอบโจทย์ช่องว่างทางคลินิกที่สำคัญ จุดเด่นที่สุดของงานวิจัยนี้คือการมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วย “Dual Diagnosis” (ยาเสพติดร่วมกับอาการทางจิต) ซึ่งเป็นกลุ่มที่รักษาได้ยากที่สุดในระบบสุขภาพ งานวิจัยสามารถระบุ “ช่องว่างเชิงระบบ” (Systemic Gap) ระหว่างการบำบัดระยะสั้นที่ประสบความสำเร็จแต่ล้มเหลวในระยะยาวได้อย่างชัดเจน การนำเสนอโมเดลที่ปิดรอยต่อนี้จึงมีคุณค่าสูง (High Impact) ในระดับนโยบายและมาตรฐานสากล (2) ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เข้มข้นการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ช่วยให้งานวิจัยมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทจริง ไม่ใช่เพียงการทดลองในห้องปฏิบัติการ แต่เป็นการสร้างนวัตกรรมจากปัญหาหน้างานจริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (3) นวัตกรรมการจัดการรายกรณีแบบบูรณาการการพัฒนาโครงสร้าง 6 ขั้นตอนที่เชื่อมโยงกับ Modified Matrix Program และการใช้กลไก

ชุมชน (CBTx) แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการมิติทางชีวการแพทย์เข้ากับมิติทางสังคมสงเคราะห์ อย่างเป็นระบบ การที่งานวิจัยสามารถดึงเอา “ตัวกลาง” อย่าง Case Manager มาเป็นแกนกลางช่วยแก้ปัญหาการทำงานแบบแยกส่วน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (4) ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่โดดเด่น อัตราการหยุดเสพต่อเนื่องที่สูงถึงร้อยละ 81.13 และการไม่มีผู้ป่วยขาดการติดต่อ เป็นตัวชี้วัดที่ทรงพลัง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนทางสังคมที่งานวิจัยสร้างขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ (1) ข้อจำกัดด้านการสรุปอ้างอิงสู่ประชากรในวงกว้างเนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่เฉพาะ (อำเภอเกษตรวิสัย) ผลลัพธ์ที่ได้อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนจากความเข้มแข็งของเครือข่ายท้องถิ่นนั้นๆ ทำให้การนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทสังคมหรือทรัพยากรต่างกันอาจไม่ได้ผลลัพธ์ที่เท่าเทียมกัน (2) มิติด้านความยั่งยืนในระยะยาว) งานวิจัยรายงานผลที่ระยะ 1 ปี แต่พยาธิสภาพของยาเสพติดและโรคจิตเวชมีความเสี่ยงในการกำเริบได้ตลอดชีวิต ข้อจำกัดคือยังขาดข้อมูลการติดตามผลในระยะที่ยาวกว่านั้น (เช่น 3-5 ปี) รวมถึงภาระงานของพยาบาลที่เป็น Case Manager หากต้องขยายผลสู่ระดับจังหวัดหรือประเทศ อาจเกิดปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลและความยั่งยืนของรูปแบบ (3) การขาดกลุ่มควบคุมเชิงเปรียบเทียบ การไม่ได้ใช้ระเบียบวิธีแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) อาจทำให้ความเชื่อมั่นในแง่ของ “ความเป็นเหตุเป็นผล”ลดลง เนื่องจากอัตราความสำเร็จอาจมาจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่ไม่ใช่เพียงรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว (4) ความละเอียดอ่อนด้านเพศสภาพจากข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 เป็นเพศชาย ทำให้งานวิจัยนี้อาจขาดความครอบคลุม ในการอธิบายพฤติกรรมการเสพซ้ำและอาการทางจิตในกลุ่มผู้ป่วยหญิง ซึ่งมักมีปัจจัยกระตุ้นและพยาธิสภาพที่แตกต่างจากเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ระดับนโยบายควรผลักดันรูปแบบการพยาบาลจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน ให้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพื่อลดรอยต่อระหว่างการบำบัดในสถานพยาบาลและการดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน

2) ระดับปฏิบัติการสถานพยาบาลควรแต่งตั้ง “พยาบาลจัดการรายกรณี” ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านยาเสพติดและจิตเวชร่วมเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานงานสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

3) การบูรณาการเครื่องมือ ควรนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่มีความไวสูง เช่น Modified Matrix Program และมาตรวัด OAS มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินอาการทางจิตแฝงในผู้ป่วยยาเสพติดทุกราย เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงก่อนเกิดเหตุรุนแรง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) การศึกษาเชิงเปรียบเทียบควรมีการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติในระดับเขตสุขภาพที่กว้างขึ้น

2) การศึกษาเชิงระยะยาวควรมีการติดตามผลลัพธ์การหยุดเสพและการคืนสู่สังคมในระยะที่ยาวขึ้น (เช่น 3-5 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพซ้ำในระยะยาว

3) การประเมินความคุ้มค่า ควรมีการวิจัยเชิงวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลเพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าในการลดภาระทางเศรษฐกิจจากการลดอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ

4) การพัฒนานวัตกรรมสนับสนุนวิจัยและพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อช่วยลดภาระงานของ Case Manager และเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังแบบเรียลไทม์ (Real-time Monitoring) ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: UNODC; 2023.
2. ปิยกัณญา แก่นวิชา, สุณี อาวรณ์, วิไลลักษณ์ ดวงบุปผา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):230-41.
3. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. รายงานประจำปี 2566. ขอนแก่น: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์; 2566.
4. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. แนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี; 2567.
5. UNODC/WHO. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality. Discussion paper; 2013.
6. World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: WHO; 2014.
7. Mendiola T C, Rosanne M J, Avegale C A, Marie T W O, Donald J M. B, et.al. Examining the impact of community-based behavioral drug treatment: A case study from the Philippines. The Journal of Behavioral Science Division. 2020;2(15):1-15.
8. สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2562.
9. McMillan J H, Schumacher S. Research in education: a conceptual introduction. 5th ed. New York: Longman; 2001.
10. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2561.
11. Somabat T, Meethong K, Thaitae S. Effectiveness of a continuous care model for substance-dependent patients with co-occurring mental disorders in community settings: A mixed-methods study. J Health Res. 2022;36(4):452-65.
12. Volkow N D, Han B, Blanco C, Compton W M. Psychosis and substance use disorders: A dual challenge for global health systems. Lancet Psychiatry. 2021;8(12):1098-112.
13. Hesselberg F, Gjestad R, Lystad J, Thørrisen M M. Cognitive impairment in patients with dual diagnosis: Implications for treatment engagement and relapse prevention. Front Psychiatry. 2022;13:914522.
14. McGinty E E, Daumit G L, Stone E M, Dickerson F B, Kennedy-Hendricks A, Richardson S, et al. Integrated care models for people with serious mental illness and substance use disorders: A systematic review. Adm Policy Ment Health. 2020;47(5):734-51.
15. Morse D S, Wilson J L, McMahon J M, Dozier A M, Quinn J R, Cerulli C. Integrated health care and case management for women with substance use and mental health disorders. J Subst Abuse Treat. 2021;124:108287.
16. Greenwood R M, Manning R M, Bodganovic S, Manning A, Collins J, Hean S, et al. Implementing integrated services for individuals with dual diagnosis: A systematic review of barriers and facilitators. Int J Drug Policy. 2020;83:102831.
17. McHugh R K, Hearon B A, Otto M W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders

in the context of co-occurring psychiatric conditions. Annu Rev Clin Psychol. 2023;19:351-76.

18. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2022 status report. Addiction. 2023;118(1):122-35.
19. Becker J B, Chang A S. Sex differences in the onset and progression of drug addiction: A review of clinical and preclinical studies. Front Neuroendocrinol. 2022;66:101015.
20. Stahl S, Laks J, Oliveira IR. Clinical challenges in the screening of co-occurring psychotic disorders and substance use: Beyond overt aggression. Int Clin Psychopharmacol. 2021;36(5):241-9.
21. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results from field-testing. Geneva: World Health Organization; 2020.
22. Meyers K, Belenko S, Dembo R. Barriers and facilitators of treatment retention in community-based drug rehabilitation: A cross-cultural perspective. J Subst Abuse Treat. 2023;145:108923.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patient with type 2 diabetes to Achieve diabetes remission through behavior modification based on health literacy: Two Case Studies

ศรีทอง อสุรพงค์*
Srithong Asurapong
Corresponding author: E-mail; Srithong.A1970@gmail.com
(Received: February 21, 2026; Revised: February 28, 2026; Accepted: March 28, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยใช้กระบวนการพยาบาลการในการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

รูปแบบการศึกษา : เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี (Case study) ศึกษาเปรียบเทียบกัน 2 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา : ทำการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา โดยเลือกกลุ่มเป้าหมาย 2 ราย โดย คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นกรณีศึกษาแบบเจาะจงโดยความสมัครใจ 2 ราย โดยใช้เกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเมืองสรวงในช่วงเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนธันวาคม 2568 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

ผลการศึกษา : จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงลึกที่เป็นสาเหตุและปัจจัยของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม จากการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารแต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองในเรื่องการรับประทานอาหารได้ และขาดความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หลังปรับพฤติกรรมครบ 6 เดือนพบว่าความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ดีกว่าเดิม แต่ยังไม่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ ดังนั้นแม้จะสิ้นสุดการดำเนินการศึกษาแล้วต้องมีการติดตามดูแลผู้ป่วยรายนี้ต่อไป ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองในเรื่องการรับประทานอาหารได้แต่ยังขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายที่ 1 หลังปรับพฤติกรรมครบ 6 เดือนพบว่าความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนกว่าเพราะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลให้เข้าสู่ระยะสงบทำได้ยากกว่า

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้นั้น ต้องอาศัยทั้งความรู้และความสามารถแห่งตน โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถประเมินอาการผิดปกติ ตลอดจนการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถ

พิจารณาและสนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นการลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้เข้าสู่ระยะสงบได้

คำสำคัญ : พยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; การปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

Abstract

Purposes : To study case studies and propose nursing care plans for patients with uncontrolled type 2 diabetes to Achieve diabetes remission , using the nursing process of behavioral modification based on health literacy to enable them to properly manage their health.

Study design : Case Study.

Materials and Methods : A case study was conducted using a purposive sampling method, selecting two diabetic patients on a voluntary basis. The criteria for selection were that the patients were diagnosed with diabetes and received treatment at Muang Suang Hospital between January 2025 and December 2025, and had poorly controlled blood sugar levels.

Main findings : A deep analysis of the underlying causes and factors contributing to uncontrolled blood sugar levels revealed that inappropriate dietary behaviors were not a major problem. Data collected using a questionnaire on desirable health behaviors in both patients showed that Patient 1 possessed health literacy regarding diet but was unable to modify their eating habits and lacked knowledge and understanding of exercise-related behaviors. After six months of behavior modification, blood sugar control improved but did not reach remission. Therefore, continued follow-up is necessary even after the study concludes. Patient 2 also demonstrated health literacy regarding diet but, like Patient 1, was unable to modify their eating habits. After six months of behavior modification, blood sugar control improved and reached remission. The study also found that Patient 1 had more complex health issues, including co-existing hypertension, making behavior modification and achieving blood sugar remission more challenging.

Conclusion and Recommendations : The study of these two patients showed that promoting knowledge about diabetes, proper self-care, and the ability to integrate it into their lifestyles, including engaging in independent health activities, making decisions, and demonstrating self-care behaviors, requires both knowledge and self-efficacy. Specifically, when illness occurs, patients must be able to adapt their self-care behaviors to their specific condition, assess abnormalities, and make decisions about self-change. Patients need to recognize their own capabilities and gain confidence in their ability to modify their behaviors. Exhibiting various self-care behaviors will enable patients to consider and become interested in changing their self-care habits, thereby reducing the risk of complications and helping to control blood sugar levels, ultimately leading to remission.

Keywords : Nursing Care for Patient with type 2 diabetes; Health literacy-based behavior modification

* Registered Nurse Professional Level, Muang Suang Hospital.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – Communication Diseases) หรือโรคเอ็นซีดี (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลกและประเทศไทย[1] ซึ่งโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเอ็นซีดี (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โรคเบาหวาน คือ โรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่หลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ หรือเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินซึ่งพบได้ในโรคอ้วน[2] สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน[3] การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (Case Study) เป็นการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยความสมัครใจ จำนวน 2 ราย โดยใช้เกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเมืองสรวงในช่วงเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2568 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy องค์การอนามัยโลก[4] นิยามว่า ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy; HL) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูล และบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลตนเอง หรือจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้คงรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีตลอดไป[5] โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า Diabetes Remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้ นายแพทย์กรภัทร มยุระสาครุ[6] ได้ให้คำจำกัดความของโรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง การที่ผู้เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้น้อยกว่า 6.5% เกิน 3 เดือนโดยไม่ใช้ยาเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ในผู้เป็นเบาหวาน ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เป็นเบาหวานเอง หรือด้วยการรักษาด้วยยาร่วมด้วย และในบางกรณีหลังจากหยุดยาเบาหวาน ผู้เป็นเบาหวานบางรายก็ยังสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้โดยเฉพาะในผู้ซึ่งเป็นเบาหวานมาไม่นาน ซึ่งภาวะดังกล่าวเรียกว่า เบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมวิชาชีพ ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อนำไปสู่โรคเบาหวานระยะสงบนั้นจะเน้นที่การจัดการด้านการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 3 ถึง 6 เดือน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักลงได้ ร้อยละ 10-15[7] จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัวจะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ สำหรับผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบซึ่งการเข้าสู่โรคเบาหวาน ระยะสงบสามารถทำได้ 3 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการใช้ยา ซึ่งอาจใช้ร่วมกันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ท้าความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และท้าทายความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง[8] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาวเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วย การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตัวเอง และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการรักษา ผลลัพธ์ของการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น การจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละรายบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค คาดหวังให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานอย่างยั่งยืน รวมถึงลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ได้[9] ซึ่งมักจะพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและด้านโรคและการรักษาทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาจเนื่องจากขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นลักษณะของบุคคลและทักษะทางสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจ ใช้ข้อมูล และการใช้บริการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพหากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น[10] ผู้ศึกษาจึงศึกษาผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 2 ราย ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ให้เข้าสู่ระยะสงบโดยใช้กระบวนการพยาบาลการในการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยรายกรณีศึกษาเปรียบเทียบกัน 2 ราย

กลุ่มเป้าหมาย เลือกกลุ่มเป้าหมาย 2 ราย โดย คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นกรณีศึกษาแบบเจาะจงโดยความสมัครใจ จำนวน 2 ราย โดยใช้เกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเมืองสรวง ในช่วงเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนธันวาคม 2568 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่พัฒนามาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด

3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพทีพึงประสงค์ และ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่พัฒนามาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพทีพึงประสงค์ และ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งผู้ศึกษานำมาพัฒนาโดยปรับปรุงเนื้อหาให้เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่ดำเนินการศึกษารายกรณีนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในเวชระเบียน และจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงลึกที่เป็นสาเหตุและปัจจัยของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้กระบวนทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดแนวคิดเรื่อง Health literacy ของ ดอน นัทบีม (Don Nutbeam)[8] และกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)[11] ซึ่งกรอบแนวคิดแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็น อุปสรรคต่อการทำหน้าที่ โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ[11] แบบแผนเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิตการปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เริ่มจากการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและชัดเจนก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำเอกสารแสดงความยินยอมให้ผู้ป่วยและญาติอ่านและลงนามโดยสมัครใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษา จะไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการทางด้านสุขภาพในอนาคต และการศึกษาในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 1712567 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงลึกที่เป็นสาเหตุและปัจจัยของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม จากการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารแต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองในเรื่องการรับประทานอาหารได้ และขาดความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หลังปรับพฤติกรรมครบ 6 เดือน พบว่าความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ดีกว่าเดิมแต่ยังไม่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ ดังนั้นทำให้ต้องมีการติดตามดูแลผู้ป่วยรายนี้ต่อไป ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองในเรื่องการรับประทานอาหารได้แต่ยังขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายเช่นเดียวกัน หลังปรับพฤติกรรมครบ 6 เดือน พบว่าความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ แต่ยังไม่สามารถ

งดยาได้ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนกว่าเพราะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาให้เข้าสู่ระยะสงบทำได้ยากกว่า

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล

1. ค้นหาข้อมูลจาการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และข้อมูลการรักษาในฐานข้อมูล HOSxP ร่วมกับใช้แบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ประเมินก่อนให้การพยาบาล)

2. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นเวลา 6 เดือน โดยใช้กระบวนทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดแนวคิดเรื่อง Health literacy ของ ดอน นัทบีม (Don Nutbeam)[8] และกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)[11]

3. ประเมินผลการพยาบาล ผลการตอบแบบสอบถามก่อนให้การพยาบาล ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่พัฒนามาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพทีพึงประสงค์ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งผลการตอบแบบสอบถามก่อนให้การพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้น พบว่า ในข้อ 2.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องทุกข้อ ได้คะแนนเต็มในข้อ 2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และข้อ 2.3 การตอบโต้/ซักถามแลกเปลี่ยนเพื่อความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่ได้มีความแตกต่างกัน คือ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้จากสถานบริการทางสุขภาพ คือ รพ.สต. และ รพช. สามารถสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ได้โดยตรงจากการไปรับบริการในแต่ละครั้ง รวมถึงสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆที่มีการประชาสัมพันธ์ และในส่วนของสื่อทางอินเทอร์เน็ตเข้าถึงเป็นส่วนน้อยเนื่องจากใช้โทรศัพท์มือถือแบบที่เปิดสัญญาณอินเทอร์เน็ตเป็นครั้งคราว และจอโทรศัพท์เล็กไม่สะดวกในการอ่านข้อมูลสุขภาพ สะดวกในการอ่านจากสื่อสิ่งพิมพ์ แผ่นพับต่างๆ มากกว่า และมีการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นบางครั้ง ในส่วนของข้อ 2.4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ข้อ 2.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเอง และข้อ 2.6 การบอกต่อ ซึ่งคะแนนในข้อ 2.2 ถึงข้อ 2.6 ของผู้ป่วยรายที่ 1 ได้คะแนนร้อยละ 51.25, คะแนนของผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ร้อยละ 50 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควรจะเป็นแม้จะมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ ในข้อ 2.1 และในส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยได้คะแนนเท่ากันที่ร้อยละ 78.12

กระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ ดอน นัท บีม

1. การประเมิน (Assessment) ประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 6 ด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจ, ทักษะการสื่อสาร, การตัดสินใจและความสามารถในการจัดการตนเอง รวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ เช่น ผลตรวจ FBS, HbA1C ครั้งล่าสุด น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ประเมินภาวะแทรกซ้อน (Complication) อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ประเมินความรู้ พฤติกรรมของและการจัดการตนเอง การดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. การวินิจฉัยและการวางแผน (Diagnosis &

Planning) วิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรม การวางแผนพัฒนาทักษะ โดยเน้นการสร้างความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive HL) และวิจารณญาณ (Critical HL) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้

3. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจผ่านการสื่อสารที่ชัดเจน (ใช้ภาษาง่าย, สื่อที่เหมาะสม) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

4. การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) เช่น ระดับความดันโลหิตหรือน้ำตาลที่ลดลงประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เช่น การดูแลตนเองที่ดีขึ้น ประเมินระดับความรอบรู้ที่เพิ่มขึ้น (ความเข้าใจและการนำไปใช้ ติดตามประเมินผลลัพธ์ในเดือนที่ 1, 3, 5 ติดตามทางโทรศัพท์ เดือนที่ 4 และ 6 ติดตามจากการมาตามนัดของผู้ป่วยเพื่อประเมิน BMI ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-4 และครบระยะเวลา 6 เดือน ประเมินสุขภาพ ตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดัชนีมวลกาย

ตารางที่ 1 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพเกษตรกร แพทย์วินิจฉัยโรคเบาหวานครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ประวัติจากฐานข้อมูลสารสนเทศ HOSxP ของคลินิกเบาหวานเดือนมกราคม 2568 พบว่า ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง FBS 131 mg./dl. , HbA1C 7.8% และ LDL 178 mg./dl. ปัจจุบันมีการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา Metformin (500) 1x2 PC, ยารักษาความดันโลหิตสูง Amlodipine (5mg.) 2x1 PC, ยาลดไขมันในเลือด Losartan (50mg.) 1 tab OD	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพเกษตรกร แพทย์วินิจฉัยโรคเบาหวานครั้งแรก และเริ่มทำการรักษาเมื่อ พ.ศ. 2566 ประวัติจากฐานข้อมูลสารสนเทศ HOSxP ของคลินิกเบาหวานเดือนมกราคม 2568 พบว่า ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง FBS 127 mg./dl., HbA1C 7.5% และ LDL 167 mg./dl. ปัจจุบันมีการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา Metformin (500) 1x1 PC, ยาลดไขมันในเลือด Simvastatin (20 mg.) 1 tab HS
การประเมินภาวะสุขภาพ จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย	**การประเมินภาวะสุขภาพ จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย**
ด้านร่างกาย	**ด้านร่างกาย**
1. สภาพทางกายภาพ: รูปร่างค่อนข้างอ้วน น้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 31.25	1. สภาพทางกายภาพ: รูปร่างอวบ น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 27.11

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 1 ครั้ง/ต่อนาที, ความดันโลหิต 123/78 มิลลิเมตรปรอท	2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/ต่อนาที, ความดันโลหิต 121/67 มิลลิเมตรปรอท
3. ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งในร่างกายเมื่อรับการสัมผัสได้ ไม่มีอาการชาบริเวณปลายมือและปลายเท้า	3. ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งในร่างกายเมื่อรับการสัมผัสได้ ไม่มีอาการชาบริเวณปลายมือและปลายเท้า
4. ผิวหนัง: ผิวสองสี ไม่มีรอยแตกความชุ่มชื่นและการตึงตัวของผิวดี ไม่มีจ้ำเลือดตามร่างกาย เล็บมือไม่ซีด ไม่มีนิ้วปุ้ม ไม่มีบาดแผล เล็บมือตัดสั้นสะอาด บริเวณเท้าแห้งเล็กน้อย มีรอยแตกของผิวหนังที่บริเวณส้นเท้าทั้ง 2 ข้าง	4. ผิวหนัง: ผิวสองสี ไม่มีรอยแตก ความชุ่มชื่นและการตึงตัวของผิวดี ไม่มีจ้ำเลือดตามร่างกาย เล็บมือไม่ซีด ไม่มีนิ้วปุ้ม ไม่มีบาดแผล เล็บมือตัดสั้นสะอาด ไม่ซีด ไม่มีนิ้วปุ้ม ไม่มีบาดแผล บริเวณเท้าแห้งเล็กน้อย
5. ศีรษะและใบหน้า: ผมยาวประบ่าสีดำสลับขาว คลำ ไม่พบตุ่มหรือก้อนนูน ต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะ ไม่บวมโต และกดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างสมมาตรกันดี มีหนังตาตกเล็กน้อย ปฏิกิริยาต่อแสงของตาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน เส้นผ่าศูนย์กลางม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร เลนส์ตาไม่ขุ่น การมองเห็นชัดเจน การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ ทั้ง 2 ข้างในทุกทิศทาง ใบหน้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มี Moon face ไม่มี Malar rash ลักษณะภายนอกของใบหูและจมูก สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง คอไม่มีตุ่ม ก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ริมฝีปากแห้งเล็กน้อยไม่มีแผล ภายในช่องปากไม่มีบาดแผล ฟันปกติ ไม่มีสวมใส่ฟันปลอม กระพุ้งแก้มและเหงือกสีชมพู เพดานไม่โหว่ ทอนซิลไม่บวมโต คอไม่แดง Gag reflex ตอบสนองปกติ	5. ศีรษะและใบหน้า: ผมยาวระดับต้นคอสีดำ คลำไม่พบตุ่มหรือก้อนนูน ต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะ ไม่บวมโต และกดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างสมมาตรกันดี หนังตาตกเล็กน้อย ปฏิกิริยาต่อแสงของตาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน เส้นผ่าศูนย์กลางม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร เลนส์ตาไม่ขุ่น การมองเห็นชัดเจนไม่สวมแว่นตา การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ ทั้ง 2 ข้างในทุกทิศทาง ใบหน้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มี Moon face ไม่มี Malar rash ลักษณะภายนอกของใบหูและจมูกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง คอไม่มีตุ่ม ก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ริมฝีปากแห้งเล็กน้อยไม่มีแผล ภายในช่องปากไม่มีบาดแผล ฟันปกติ ไม่มีสวมใส่ฟันปลอม กระพุ้งแก้มและเหงือกสีชมพู เพดานไม่โหว่ ทอนซิลไม่บวมโต คอไม่แดง Gag reflex ตอบสนองปกติ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีอกบุ๋ม การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจสมมาตรดี อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มี Wheezing และ Crepitation	6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีอกบุ๋ม การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจสมมาตรดี อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มี Wheezing และ Crepitation
7. หัวใจและหลอดเลือด: ไม่พบเส้นเลือดที่คอเต้นผิดจังหวะและโป่งพอง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจรและอัตราการเต้น 80 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่พบเส้นเลือดขอดที่ขา	7. หัวใจและหลอดเลือด: ไม่พบเส้นเลือดที่คอเต้นผิดจังหวะและโป่งพอง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจรและอัตราการเต้น 78 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่พบเส้นเลือดขอดที่ขา
8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง หน้าท้องนุ่มดี ไม่มี Tenderness ไม่มีภาวะ Ascites ท้องไม่อืดคลำไม่พบตับและม้าม	8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรกันไม่มีก้อนไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง หน้าท้องนุ่มดี ไม่มี Tenderness ไม่มี Rebound tenderness ไม่มีภาวะ Ascites ท้องไม่อืด คลำไม่พบตับและม้าม
9. กล้ามเนื้อและกระดูก: Motor power grade 5 โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่พบการโค้งงอของกระดูกสันหลังและแขนขา ไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดรูป	9. กล้ามเนื้อและกระดูก: Motor power grade 5 โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่พบการโค้งงอของกระดูกสันหลังและแขนขา ไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดรูป
ด้านจิตสังคม	**ด้านจิตสังคม**
1. สภาพจิตใจ: ผู้ป่วยอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส	1. สภาพจิตใจ: ผู้ป่วยอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. อัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง	2. อัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง
3. ความทรงจำ: ผู้ป่วยมีความจำเรื่องราวในชีวิตได้ สามารถสื่อสารและถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ ได้	3. ความทรงจำ: ผู้ป่วยมีความจำเรื่องราวในชีวิตได้ สามารถสื่อสารและถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ ได้
4. การรับรู้: ผู้ป่วยสามารถระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ ไม่มีประวัติหูแว่วและไม่มีประสาทหลอน	4. การรับรู้: ผู้ป่วยสามารถระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ ไม่มีประวัติหูแว่วและไม่มีประสาทหลอน
5. กระบวนการคิด: ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่	5. กระบวนการคิด: ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สมเหตุสมผล ไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ	สมเหตุสมผล ไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ
6. การดูแลตนเอง: ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง	6. การดูแลตนเอง: ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง
7. แบบแผนการเผชิญปัญหา: ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาอย่างสมเหตุสมผล โดยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยมีโรคประจำตัวต้องรับประทานยาประจำ	7. แบบแผนการเผชิญปัญหา: ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาอย่างสมเหตุสมผล โดยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยมีโรคประจำตัวต้องรับประทานยาประจำ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
วันที่ตรวจ มกราคม 2568	วันที่ตรวจ มกราคม 2568
FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 131 mg./dl.	FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 127 mg./dl.
HbA1C (<7%) ผลตรวจ 7.8%	HbA1C (<7%) ผลตรวจ 7.5%
LDL (<100 mg./dl.) ผลตรวจ 178 mg./dl.	LDL (<100 mg./dl.) ผลตรวจ 167 mg./dl.
BMI 31.64	BMI 27.11
วันที่ตรวจ มีนาคม 2568	วันที่ตรวจ มีนาคม 2568
FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 132 mg./dl.	FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 134 mg./dl.
วันที่ตรวจ พฤษภาคม 2568	วันที่ตรวจ พฤษภาคม 2568
FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 124 mg./dl.	FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 125 mg./dl.
BMI 31.25	BMI 26.56
วันที่ตรวจ กรกฎาคม 2568	วันที่ตรวจ กรกฎาคม 2568
FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 129 mg./dl.	FBS (70 – 110 mg./dl.) ผลตรวจ 120 mg./dl.
HbA1C (<7%) ผลตรวจ 7.5%	HbA1C (<7%) ผลตรวจ 6.9%
BMI 31.25	BMI 26.48

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1**
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย และแผลที่เท้า	ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย และแผลที่เท้า

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แผนการพยาบาล 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีผลกระทบต่อโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด 2. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร 3. เสริมพลังสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนจากครอบครัว 4. ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินนับก้าว 5. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการควบคุมปริมาณแคลอรี 6. ประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ 7. ประสานงานกับนักโภชนาการและแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม	**แผนการพยาบาล** 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีผลกระทบต่อโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด 2. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร 3. เสริมพลังสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนจากครอบครัว 4. ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินนับก้าว 5. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการควบคุมปริมาณแคลอรี 6. ประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ 7. ประสานงานกับนักโภชนาการและแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
การประเมินผล หลังให้การพยาบาลและติดตามผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อโรคมากขึ้นมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มลดลงเล็กน้อย น้ำหนักตัวและ BMI ไม่ลดลง แต่สุขภาพจิตและมีกำลังใจดีขึ้นในการดูแลตัวเอง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ แต่ผู้ป่วยยังติดในรสชาติของความหวาน เช่น ยังดื่มกาแฟเย็นและน้ำอัดลมเป็นบางครั้ง	**การประเมินผล** หลังให้การพยาบาลและติดตามผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อโรคมากขึ้นมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มลดลงตามลำดับ น้ำหนักตัวและ BMI ลดลง สุขภาพจิตดีขึ้นมีกำลังใจในการดูแลตัวเอง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ มีการปฏิบัติตัวและปรับพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมขึ้น

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
โดยเฉพาะในวันที่มีอากาศร้อน แต่มีการดื่มลดลงกว่าเดิม แม้จะทำการศึกษาครบ 6 เดือนแล้ว ยังคงต้องติดตามในเรื่องการปฏิบัติตัวและปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยรายนี้ต่อไป	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2**
การดูแลตนเองไม่เพียงพอ เนื่องจากยังมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะในการรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายยังไม่เหมาะสม	การดูแลตนเองไม่เพียงพอ เนื่องจากยังมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะในการรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายยังไม่เหมาะสม
กิจกรรมการพยาบาล	**กิจกรรมการพยาบาล**
1. ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อโรคเบาหวาน 2. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3. แนะนำโภชนาการที่เหมาะสม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และลดการดื่มกาแฟเย็น น้ำอัดลม 4. สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย ช่วยออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 5. ดูแลสุขภาพจิต ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดและส่งเสริมการพูดคุยกับครอบครัว	1. ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อโรคเบาหวาน 2. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3. แนะนำโภชนาการที่เหมาะสม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และลดการดื่มกาแฟเย็น น้ำอัดลม 4. สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย ช่วยออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 5. ดูแลสุขภาพจิต ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดและส่งเสริมการพูดคุยกับครอบครัว
การประเมินผล	**การประเมินผล**
ผู้ป่วยเข้าใจถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ส่งผลต่อโรคเบาหวานและพยายามลดปริมาณการดื่มกาแฟเย็น ค่า HbA1C ลดลงเล็กน้อยเนื่องจากการควบคุมอาหารดีขึ้น แต่ยังไม่เป็นไป	ผู้ป่วยเข้าใจถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ส่งผลดีต่อโรคเบาหวานและสามารถลดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมได้ ค่า HbA1C ลดลงอย่างชัดเจน น้ำหนักตัวลดลง ค่า BMI ลดลง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ตามเกณฑ์ น้ำหนักตัวและค่า BMI ยังไม่ลดลง ผู้ป่วยเริ่มมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นแต่ยังขาดความสม่ำเสมอ สุขภาพจิตดีขึ้น และมีการพักผ่อนนอนหลับที่เหมาะสม	เนื่องจากการควบคุมอาหารดีขึ้น มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและออกกำลังกายสม่ำเสมอสุขภาพจิตดีขึ้น และมีการพักผ่อนนอนหลับที่เหมาะสม

การเปรียบเทียบผลการพยาบาลกรณีศึกษาระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

1. ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 โดยสามารถลดปริมาณการรับประทานอาหารที่ติดรสหวานได้ดีกว่า และมีน้ำหนักตัวและค่า BMI ที่ลดลง ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังไม่สามารถเลิกรับประทานกาแฟเย็นและการติดอาหารรสชาติหวานได้ดีเท่าที่ควร สามารถควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวได้ แต่ยังไม่สามารถลดน้ำหนักและค่า BMI ได้

2. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยรายที่ 2 มีแนวโน้มลดลงและสามารถควบคุมได้ดีกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งยังมีระดับน้ำตาลที่สูงกว่าแต่ก็ไม่ได้สูงมากและไม่มีการปรับเพิ่มยาเบาหวาน

3. ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเริ่มมีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอขึ้นและมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม

4. ด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเครียดลดลงหลังได้รับการให้คำปรึกษา และสนับสนุนจากครอบครัว และมีความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปรับพฤติกรรม

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษากรณีศึกษาในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น การพยาบาลที่เน้นการให้ความรู้ การสนับสนุนทางอารมณ์และการดูแลแบบองค์รวมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการศึกษาในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้นั้น ต้องอาศัยทั้งความรู้และความสามารถแห่งตน โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถประเมินอาการผิดปกติ ตลอดจนการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะต่าง ๆ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาและสนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นการลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ให้เข้าสู่ระยะสงบได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังคงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

2. จัดกิจกรรมให้ความรู้และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเบาหวานได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีในการดูแลสุขภาพกัน

3. สนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยผู้ป่วย

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

4. ใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เช่น การให้รางวัล และการสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

5. แนะนำช่องทางในการหาข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่ายให้แก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2563-2566.กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. สิระ กอไพศาล. การรักษาโรคเบาหวาน สาเหตุและวิธีแก้ไขได้ที่นี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/diabetes-treatment-guidelines/
3. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606
4. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland. Marilyn Langfeld; 1998.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 stcentury. Health Promotion Int. 2000;15(3):259-67.
6. กรภัทร มยุระสาคร. การควบคุมเบาหวานด้วยโภชนาการรายบุคคล (personalized diabetes nutrition). วารสารเบาหวาน. 2565;54(2):70-84.
7. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข.กรุงเทพฯ:พัชรินทร์ โพธิ์ทอง (พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พริ้นท์); 2565.
8. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. 2000:15(3);259-67.
9. สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย, และคนอื่นๆ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.
10. จิรภัค สุวรรณเจริญ, ช่อเอื้อง อุทิตะสาร, อนุรักษ์ เร่งรัด, วัยวุฑฒ์ อยู่ในศิล, จิตรา ดุษฎีเมธา. การศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564:4(2);139-48.
11. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of service management model to reduce waiting time in outpatient department using LEAN CONCEPTS, Plapphlachai Hospital, Buriram Province

จินตนา ราชประโคน*

Jintana Rachprakhon

Corresponding author: Email: jinjin8791@gmail.com

(Received: February 22, 2026; Revised: March 1, 2026; Accepted: March 30, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบท พัฒนาขั้นตอนและปรับปรุงกระบวนการ และประเมินผลการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 106 คน และกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วม จำนวน 10 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้การการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจ และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาช 0.98 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย : สภาพปัญหาการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกพบว่าระยะเวลารอคอยนาน 142.3 นาที ซึ่งเกินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) กำหนดไม่เกิน 120 นาที และผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ มีการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออก และควบรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนเข้าด้วยกันจาก 11 ขั้นตอนเหลือ 9 ขั้นตอนการให้บริการ และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 142.3 นาทีลดลงเหลือ 119.01 นาที และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพบว่าทั้งผู้ป่วยนอกและกลุ่มสหวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : การพัฒนารูปแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีน สามารถลดขั้นตอน และลดเวลารอคอยเหลืออยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยนอกและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จึงควรนำแนวทางการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนไปใช้ในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อลดความสูญเปล่า ลดความล่าช้า และเพิ่มคุณค่าแก่ผู้รับบริการ โดยต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่บุคลากรทุกระดับ

ความสำคัญ : รูปแบบการจัดบริการ; ระยะเวลารอคอย; LEAN CONCEPTS

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

Abstract

Purposes : To examine the existing problems and contextual factors, develop and improve operational procedures, and evaluate the service delivery process to reduce waiting times in the outpatient department of Plubplachai Hospital, Buriram Province.

Study design : Participatory Action Research : PAR).

Materials and Methods : The study included 106 patients attending the outpatient department of Plubplachai Hospital, Buriram Province, and 10 multidisciplinary team members involved in the service process. Data were collected from May 1, 2025 to October 31, 2025. Research instruments consisted of a satisfaction questionnaire and an in-depth interview guideline. The questionnaire demonstrated high reliability (Cronbach's alpha = 0.98). Data were analyzed using paired sample t-test.

Main findings : The results indicated that the average waiting time for outpatient services was 142.3 minutes, exceeding the Hospital Accreditation (HA) standard of 120 minutes. After implementing the developed service delivery model, unnecessary procedures were removed and redundant steps were integrated, reducing the process from 11 to 9 service steps. Consequently, the average waiting time decreased from 142.3 minutes to 119.01 minutes. In addition, comparisons of satisfaction levels before and after the intervention showed that both outpatients and multidisciplinary team members reported significantly higher satisfaction levels ($p < .05$).

Conclusion and Recommendations : The development of a service model through the application of Lean concepts can streamline processes and reduce waiting times to meet standard benchmarks. As a result, both outpatients and multidisciplinary teams demonstrate increased satisfaction. Therefore, the application of Lean principles should be extended to outpatient service units in other hospitals to minimize waste, reduce delays, and enhance value for patients. This implementation requires fostering a correct understanding of Lean concepts among personnel at all levels.

Keywords : Service management model; Waiting time; LEAN CONCEPTS

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Phlabplachai Hospital.

บทนำ

สถานการณ์สาธารณสุขโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการเข้าถึงการรับบริการของผู้รับบริการ การบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพจึงเริ่มมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน ส่งผลให้เกิดการแข่งขันในเรื่องการให้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐที่พบว่ามีปัญหามากมายขณะที่ผู้รับบริการด้านสุขภาพในยุคปัจจุบัน[1] ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่เป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศเพื่อมุ่งสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งเป็นระยะที่ 5 ปีที่ 2 ของยุทธศาสตร์ชาติ ส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์มูลค่าสูง[2] นำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี เพื่อขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข ไว้ 4 ประเด็น คือ 1) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) การบริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล[3] โดยมีโรงพยาบาลชุมชนซึ่งดำเนินงานใกล้ชิดกับประชาชนร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสู่เป้าหมายความสำเร็จประชาชนมีสุขภาพดีตลอดช่วงวัย

การให้บริการสุขภาพของในประเทศและต่างประเทศจะให้การบริการที่เน้นคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมาก[4] สำหรับในประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ระบุว่า “บุคคลสิทธิของบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กำหนดไว้ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคมโลกไม่ว่าเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การเมือง เทคโนโลยี รวมไปถึงลักษณะของสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้มีการพัฒนาประเทศเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง มีการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ เพราะเป็นการบริการขั้นพื้นฐานที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ง่าย[5]

จะเห็นว่านโยบายของรัฐจะมุ่งเน้นคุณภาพการบริการเพิ่มขีดความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย การพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ และยังมีการทบทวนปัญหา ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานเป็นหัวใจของการให้บริการสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงการบริการแก่ประชาชนในลำดับต้นๆ จึงมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการบริการสุขภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งประเทศและต่างประเทศกว่า 20 ปี มีการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล เช่น การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA (Hospital Accreditation) หรือการนำแนวคิดต่าง ๆ มีประยุกต์ปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งแนวคิด นิยมกันอย่างแพร่หลาย คือ การใช้แนวคิดลีน (Lean) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบของการบริการสุขภาพจะเห็นว่าแนวคิดดังกล่าวทำให้เกิดคุณภาพของการบริการสุขภาพโดยลดเวลาการบริการ ลดเวลาการรอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของการให้บริการ เป็นแนวทางเพื่อวางแผนควบคุมการไหลทั้งไปและกลับอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อนำมาปรับปรุงการบริการสุขภาพใหม่ ขั้นตอนการดำเนินงาน ลดลง ช่วยให้งานบริการสุขภาพที่มีระบบเชื่อมโยงทั้งเครือข่ายซึ่งดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพตาม

การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการบริการและความต้องการของผู้ใช้บริการ[6]

โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 ที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 20,645 คน 24,010 คน และ 28,150 คน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 118 คนต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์แล้วยังมีจำนวนที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้แผนกผู้ป่วยนอกมีความแออัดของผู้มารับบริการเป็นอย่างมากซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกเป็นแผนกหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการจนกลับบ้าน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นอย่างมากจากการวิเคราะห์สถานการณ์จากการประชุมทีมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2566 พบว่าระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ที่รอรับบริการใช้เวลาในการรอคอยตั้งแต่เข้ามารับบริการจนสิ้นสุดที่รับยากลับบ้านมีระยะเวลาที่ยาวนานเมือเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลารอยคอย 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ ปี พ.ศ.2563, พ.ศ.2564 และปี พ.ศ.2565 จากข้อมูลมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 136 นาที 148 นาที และ 169 นาที ตามลำดับ ซึ่งมีระยะเวลารอคอยในแต่ละปีมีแนวโนวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีระยะเวลานานกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลองค์การมหาชน ในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) ที่ได้เสนอแนะไม่ควรเกิน 120 นาที[7] และจากการทบทวนข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพลับพลาชัย ใน พ.ศ. 2564, พ.ศ.2565 และ พ.ศ.2566 พบว่ามีระดับความพึงพอใจต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล ร้อยละ 88.60 ร้อยละ 84.5 และร้อยละ 82.6 ตามลาดับ ระดับความพึงพอใจที่ลดลงมีค่าต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กระทรวงได้กำหนดคือมีค่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 85.00[8]

จากสถานการณ์การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าจำนวนผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความแออัดและทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ไม่เกิน 120 นาที อีกทั้งระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการยังมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แม้ว่าการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยจะเป็นประเด็นสำคัญของระบบบริการสุขภาพ แม้ว่าการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการจะเป็นประเด็นสำคัญของระบบบริการสุขภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนา “รูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยนอกโดยประยุกต์ใช้แนวคิด Lean Concepts” ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวในการลดระยะเวลารอคอยและยกระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริบทของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ จึงสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างขององค์ความรู้ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและมุ่งศึกษาการจัดการ และพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีคุณภาพของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย โดยการใช้ LEAN CONCEPTS เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอันจะนำไปสู่การปรับปรุงระบบบริหารจัดการอย่างมีคุณภาพ พัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วย ให้ขั้นตอนการปฏิบัติงานภายในองค์กรมีระบบ นำไปสู่การพัฒนาระบบการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบท พัฒนาขั้นตอนและปรับปรุงกระบวนการ และประเมินผลการจัดบริการเพื่อลด

เวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)[9]

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสหวิชาชีพ และประชาชนที่มารับบริการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) สามารถอ่านออกเขียนได้

2) เป็นผู้รับบริการอยู่ในเขตความรับผิดชอบ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2) ไม่ยินยอมเจ้าร่วมการวิจัย

3) มีปัญหาด้านการอ่านและเขียน

ขนาดตัวอย่างของกลุ่มเป้าหมายของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 106 คน ได้จากวิธีคำนวณโดยใช้สูตรการประเมินค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบประชากร[10]

จากสูตร $n = \frac{x^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+x^2P(1-P)}$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.1

$\mathcal{X}$ = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\mathcal{X}^2$ = 3.481)

P = ค่าสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการบริการมีค่าเฉลี่ย มีค่าเท่ากับ 4.69 ดังนั้น P = 0.46[6] ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี พบว่า สัดส่วนความพึงพอใจต่อการบริการของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการ เท่ากับ 4.69

แทนค่าในสูตร $= \frac{(3.841)(40,150x0.46)(1.0.46)}{(0.1)^2(40,149)+(3.841)(0.46)(0.54)}$

n = 95.18 หรือเท่ากับ 96 คน

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 95 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้เท่ากับ 105.5 หรือเท่ากับ 106 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่ต้องการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 106 คน ผู้วิจัยจะทำการเก็บตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนา 106 คน และหลังพัฒนา 106 คน

กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

เลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกได้ โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ดีที่สุด (Key Informant) และบุคคลที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถใช้โปรแกรมในการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ เช่น โทรศัพท์, Line, Skype, Zoom, Google meet เป็นต้น เป็นผู้ที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ซึ่งจะคัดเลือกบุคคลที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกรวมทั้งสิ้น 13 คน โดยพิจารณาคัดเลือก ดังนี้

1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลับพลาชัย 1 คน

2) หัวหน้ากลุ่มงานต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 8 คน ในการให้บริการผู้ป่วยนอก

3) ตัวแทน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน

เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 10 คน ทั้งนี้กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้ แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เชิงปริมาณ ดังนี้

1. การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะสร้างแบบสอบถามและกำหนดขอบเขตเนื้อหาแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ นิยามศัพท์เฉพาะ และกรอบแนวคิดในการวิจัย

2) ดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม และแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นนำแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก มาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปทดลองใช้

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ 1) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมแล้วนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป 2) การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดย ผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งในแต่ละข้อคำถามต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องไม่ต่ำกว่า 0.5[11] ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้นำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และ 3) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ แล้ว นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item Total Correlation) ซึ่งจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 - 0.8 หากข้อใดมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้[12] และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือกระบวนการในการพัฒนา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้กับกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน เช่น การประชุมการทบทวนปัญหา การวิเคราะห์สภาพปัญหาในมิติต่างๆ การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา จำนวนครั้งที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก สิทธิ์ที่ใช้ในการเข้ารักษา และเหตุผลที่เลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยลักษณะของคำถามแล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดจำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงใช้แนวคิด

ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของ Parasuraman et al.[13]ในการสร้างเครื่องมือ จำนวน 20 ข้อโดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นประเด็นคำถามด้านการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และการลดระยะเวลารอคอย เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ กำหนดไว้ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 1) พบเจ้าหน้าที่คัดกรองลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน 2) ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง 3) จุดซักประวัติผู้ป่วย 4) รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด 5) รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ 6) พบพยาบาลหลังเจาะเลือด 7) รับการตรวจจากแพทย์ 8) พบพยาบาลหลังจากแพทย์ 9) ตรวจชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และ 10) รับยากลับบ้าน ให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ และส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา จำนวนครั้งที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก สิทธิ์ที่ใช้ในการเข้ารักษา และเหตุผลที่เลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) ระดับความพึงพอใจ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับความสุขในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปแล้วแยกเป็นหมวดหมู่ เพื่อสรุปประเด็นเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับ โดยในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น และผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2568 เลขที่ BRO 2024-199

ผลการวิจัย

1. ขั้นตอนการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานหลักของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยใช้แผนผังการไหล พบว่า ขั้นตอนการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการในคลินิกโรคทั่วไปที่ไม่ต้องพบแพทย์และคลินิกผู้ป่วยนอกที่แพทย์นัดตรวจมีขั้นตอนการบริการจำนวนมาก ซึ่งอาจทำให้การบริการ

มีความล่าช้า ซ้ำซ้อน ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ การศึกษานี้จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์กระบวนการหลัก และคุณค่าของกิจกรรม นำทฤษฎีลีนมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1.1 คลินิกผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปที่ไม่ต้องพบแพทย์ ก่อนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน การตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการในคลินิกโรคทั่วไปที่ไม่ต้องพบแพทย์ ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 10 ขั้นตอนได้แก่ 1) ผู้รับบริการยื่นบัตรประจำตัวประชาชนที่เจ้าหน้าที่คัดกรอง 2) ผู้รับบริการรอตรวจสอบสิทธิการรักษา 3) การตรวจสอบสิทธิการรักษา 4) รับบัตรคิว 5) รอรับบริการที่หน่วยคัดกรอง 6) รับการเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ 7) ส่งตัวอย่างเลือดไปที่ห้องปฏิบัติการ 8) รอรับการซักประวัติ 9) พยาบาลซักประวัติ และ 10) บันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์พร้อมส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นโดยไม่ต้องพบแพทย์ เช่น รับยา, รับใบนัด

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนได้ดำเนินการในขั้นตอนหลัก หลังจากผู้ป่วยได้รับบัตรคิวจนถึงได้รับการซักประวัติ โดยการลดขั้นตอน (Eliminate) ในส่วนของรวมขั้นตอนการตรวจสอบสิทธ์และรับบัตรคิว ณ จุดเดียวกัน (Combine) การจัดลำดับขั้นตอนใหม่ (Rearrange) โดยจัดแยกเป็นผู้ป่วยที่ไม่ต้องพบแพทย์ไม่ต้องรวมกับผู้ป่วยตรวจทั่วไป ทำให้สามารถลดขั้นตอนหลังจากผู้ป่วยได้รับบัตรคิวจนถึงการซักประวัติจาก 4 ขั้นตอนเหลือ 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) รับบัตรคิว 2) ขึ้นไปเจาะเลือดที่ห้องปฏิบัติการ ดังรายละเอียดในภาคผนวกและขั้นตอนโดยรวมทั้งหมด จาก 10 ขั้นตอน เหลือ 6 ขั้นตอน

เมื่อวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรมตามแผนภูมิกระบวนงาน พบว่า ก่อนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน ระบบการตรวจคัดกรองและประเมินอาการของผู้รับบริการคลินิกโรคทั่วไปที่ไม่ต้องพบแพทย์ ประกอบด้วย 15 ขั้นตอน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการ 7 ขั้นตอน การเคลื่อนย้าย 4 ขั้นตอน การรอคอย 3 ขั้นตอน และการตรวจสอบ 1 ขั้นตอน หลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนประกอบด้วย 11 ขั้นตอน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน การเคลื่อนย้าย 2 ขั้นตอน การรอคอย 2 ขั้นตอน และการตรวจสอบ 1 ขั้นตอน

1.2 คลินิกผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปที่ต้องพบแพทย์ ก่อนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน การตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการในคลินิกศัลยกรรม ผู้ป่วยนอกที่แพทย์นัดตรวจ ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) ผู้รับบริการยื่นบัตรที่ห้องเวชระเบียน 2) ผู้รับบริการรอตรวจสอบสิทธิการรักษาที่ห้องเวชระเบียน 3) การตรวจสอบสิทธิการรักษา 4) รับบัตรคิว 5) รอรับบริการที่หน่วยคัดกรอง 6) รับแฟ้มประวัติผู้ป่วย 7) รอรับการซักประวัติ และ 8) พยาบาลซักประวัติ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนได้ดำเนินการในขั้นตอนหลัก หลังจากผู้รับบริการได้รับบัตรคิวจนถึงได้รับการซักประวัติ โดยการลดขั้นตอน (Eliminate) ผู้รับบริการไม่ต้องยื่นบัตร รับบริการไม่ต้องตรวจสอบสิทธิ์การรักษาที่ห้องบัตร และเจ้าหน้าที่ห้องบัตรไม่ต้องเดินนำแฟ้มประวัติผู้ป่วยมาให้ที่จุกซักประวัติ การรวมขั้นตอน (Combine) โดยรวมการยื่นบัตรนัด การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาและรับบัตรคิวที่จุดเดียว ณ จุดรับผู้ป่วยด้านหน้า การจัดลำดับขั้นตอนใหม่ (Rearrange) โดยให้ผู้รับบริการมายื่นบัตรนัดที่จุดรับผู้ป่วยด้านหน้า และเจ้าหน้าที่ใช้ใบสื่อสารแทนแฟ้มประวัติ ทำให้สามารถลดขั้นตอนจาก 6 ขั้นตอนเหลือ 4 ขั้นตอน รายละเอียดในภาคผนวก และขั้นตอนโดยรวมทั้งหมด จาก 8 ขั้นตอนลดลงเหลือ 6 ขั้นตอน

เมื่อวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรมตามแผนภูมิกระบวนงาน พบว่าก่อนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน ระบบการตรวจคัดกรองและประเมินอาการของผู้ป่วยนอกที่แพทย์นัดตรวจคลินิกศัลยกรรม ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน การเคลื่อนย้าย 4 ขั้นตอน การรอคอย 3 ขั้นตอน และการตรวจสอบ 1 ขั้นตอน หลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน การเคลื่อนย้าย 2 ขั้นตอน และการอคอย 2 ขั้นตอน

ในภาพรวมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนในระบบตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยนอก ในคลินิกโรคทั่วไปที่ไม่ต้องพบแพทย์สามารถลดขั้นตอนจาก 15 ขั้นตอนเหลือ 12 ขั้นตอนส่วนคลินิกศัลยกรรมในผู้ป่วยที่แพทย์นัดสามารถลดขั้นตอนจาก 12 ขั้นตอนเหลือ 8 ขั้นตอน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนขั้นตอนของระบบตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์คลินิกโรคทั่วไปเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ต้องพบแพทย์ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน

กิจกรรม	การปฏิบัติ	
	ก่อนประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน	หลังประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน
ยื่นบัตรที่จุดคัดกรอง	/	/
รอตรวจสอบสิทธิการรักษา	/	
ตรวจสอบสิทธิการรักษา	/	
รับบัตรคิว	/	/
รับแฟ้มประวัติ		
ยื่นแฟ้มประวัติที่หน่วยคัดกรอง		
รับบริการที่หน่วยคัดกรอง	/	/
รับการเจาะเลือด	/	/
ส่งตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ	/	/
รอรับการซักประวัติ	/	/
พยาบาลซักประวัติ	/	/
บันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์	/	/
ส่งผู้ป่วยรับบริการที่หน่วยบริการอื่นที่ไม่ต้องพบแพทย์		
รวม	10	8

/ หมายถึง ขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนขั้นตอนของระบบตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์คลินิกโรคทั่วไปเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน

กิจกรรม	การปฏิบัติ	
	ก่อนประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน	หลังประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน
ยื่นบัตรที่ห้องเวชระเบียน	/	/
รอตรวจสอบสิทธิการรักษา	/	
ตรวจสอบสิทธิการรักษา	/	
รับบัตรคิว	/	/
รับแฟ้มประวัติ		
ยื่นแฟ้มประวัติที่หน่วยคัดกรอง		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรม	การปฏิบัติ	
	ก่อนประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน	หลังประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน
รับบริการที่หน่วยคัดกรอง	/	
วัดสัญญานชีพด้วยเครื่องอัตโนมัติ		/
ส่งตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ	/	/
รอรับการซักประวัติ	/	/
พยาบาลซักประวัติ	/	/
รวม	**8**	**6**

/ หมายถึง ขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวนขั้นตอนและประเภทกิจกรรมของระบบตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน

ประเภทกิจกรรม	จำนวนขั้นตอน		
	ก่อนประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน	หลังประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน	ลดลง
คลินิกโรคทั่วไปเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ต้องพบแพทย์			
การปฏิบัติการ	7	6	1
การเคลื่อนย้าย	4	3	1
การรอคอย	3	2	1
การตรวจสอบ	1	1	-
รวม	**15**	**12**	**3**
คลินิกโรคทั่วไปเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์			
การปฏิบัติการ	4	4	-
การเคลื่อนย้าย	4	2	2
การรอคอย	3	2	1
การตรวจสอบ	1	-	1
รวม	**12**	**8**	**4**

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้เกิดโอกาสในการพัฒนางานในโรงพยาบาล จากการที่เกิดเครือข่ายในการทำงาน ทำให้เกิดการเริ่มต้นการสร้างทีมงานขึ้นมา

ทำให้เกิดการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อดูแลประชาชนผู้มารับบริการอย่างทั่วถึง

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยมีดังนี้

2.1 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

1) คุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.4%) อายุเฉลี่ยระหว่าง 51-60 ปี (22.6%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (66.0%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (54.7%) อาชีพเกษตรกรรม (52.8%) รายได้อยู่ในช่วงมากกว่า 10,000 บาท (55.6%) ภูมิลำเนาในเขตอำเภอ (83.1%) และจำนวนครั้งที่เคยมาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก มากกว่า 10 (51.1%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (n=106)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	49(40.6)
	หญิง	63(59.4)
ช่วงอายุ (ปี)	น้อยกว่า 5 ปี	1(0.9)
	5 – 10 ปี	4(3.8)
	11 – 20 ปี	5(4.7)
	21 – 30 ปี	8(7.5)
	31 – 40 ปี	19(18.1)
	41 – 50 ปี	22(20.7)
	51 – 60 ปี	24(22.6)
	60 ปีขึ้นไป	23(21.7)
(Mean= 59.19, SD. = 7.743, Min = 3, Max = 72)		
สถานภาพสมรม	โสด	28(26.5)
	คู่	70(66.0)
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8(7.5)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	1(0.9)
	ประถมศึกษา	28(26.5)
	มัธยมศึกษา	58(54.7)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	19(17.9)
อาชีพ	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	10(9.4)
	รับจ้าง	20(18.8)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
	ค้าขาย	12(11.3)
	เกษตรกรรม	56(52.8)
	ข้าราชการ	6(5.6)
	อื่นๆ	2(1.8)
รายได้ (บาท/เดือน)	น้อยกว่า 5,000	14(13.2)
	5,001 – 10,000	32(30.2)
	มากกว่า 10,000	59(55.6)
ภูมิลำเนา	ในเขตอำเภอ	88(83.1)
	นอกเขตอำเภอ	18(16.9)
จำนวนครั้งที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก		
	น้อยกว่า 5 ครั้ง	32(30.1)
	5 – 10 ครั้ง	20(18.8)
	มากกว่า 10 ครั้ง	54(51.1)

2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.4 หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.3 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS (n=106)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก		
ระดับปานกลาง	4(3.9)	2(1.8)
ระดับมาก	80(75.4)	82(77.3)
ระดับมากที่สุด	22(20.7)	24(20.9)

ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.96 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10

และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 2.08 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมการพัฒนาของผู้ป่วยนอก

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
คะแนนความพึงพอใจ	3.33(0.19)	3.96(0.10)	2.08	1.686 - 2.582	<.001

2.2 ผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มสหวิชาชีพ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย

1) กลุ่มสหวิชาชีพ ในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (60%) อายุเฉลี่ย 30 ปีขึ้นไป (80.0%) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (60.0%) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสหวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก (n=10)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	4(40.0)
	หญิง	6(60.0)
ช่วงอายุ (ปี)	20 – 30 ปี	2(20.0)
	30 ปีขึ้นไป	8(80.0)
(Mean= 44.91, SD. = 11.43, Min = 22, Max = 54)		
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	6(60.0)
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	4(40.0)

2) ก่อนการพัฒนากลุ่มสหวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (50.0%) หลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจของกลุ่มสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด เพิ่มขึ้นเป็น(60.0%) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของกลุ่มสหวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS (n=10)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับความพึงพอใจของกลุ่มสหวิชาชีพ		
ปานกลาง	2(20.0)	0(0.0)
มาก	3(30.0)	4(40.0)
มากที่สุด	5(50.0)	6(60.0)

ระดับความพึงพอใจของกลุ่มสหวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 3.69 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28 หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของกลุ่มสหวิชาชีพก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 2.03 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมการพัฒนาของกลุ่มสหวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก (n=10)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
ระดับความพึงพอใจ	3.69(0.28)	4.62(0.23)	2.03	1.136 - 1.856	<.001

3. ผลการประเมินรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS

เมื่อมีกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN CONCEPTS โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และการมีส่วนร่วม ของสหวิชาชีพโดยบุคลากร ทุกคน มีความเห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนทำให้ขั้นตอนการบริการลดลง ระยะเวลารอคอยลดลง และผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก

การให้บริการผู้ป่วยนอก	ก่อนพัฒนา(นาที)	หลังพัฒนา (นาที)	แปลผล
1. ระยะเวลาในการทำบัตร	2.52	1.24	ลด
2. ระยะเวลารอคอย	7.25	5.6	ลด
3. เวลาคัดกรอง	3.20	4.56	เพิ่ม
4. ระยะเวลารอคอยซักประวัติ	18.45	15.35	ลด
5. เวลาการซักประวัติ	3.62	3.60	ลด

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การให้บริการผู้ป่วยนอก	ก่อนพัฒนา(นาที)	หลังพัฒนา (นาที)	แปลผล
6. ระยะเวลารอพบแพทย์	80.06	62.36	ลด
7. ระยะเวลาแพทย์ตรวจ	4.30	4.33	เพิ่ม
8. ระยะเวลารอคอยคำแนะนำหลังตรวจ	3.56	3.42	ลด
9. เวลาในการให้คำแนะนำหลังตรวจ	4.32	4.30	ลด
10. ระยะเวลารอรับยา	15.02	14.25	ลด
เฉลี่ยแต่ละจุด	**14.23**	**11.90**	**ลด**
รวม	**142.3**	**119.01**	**ลด**

วิจารณ์

1. สภาพปัญหาและบริบทการจัดบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกจากผลการศึกษา พบว่าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพลับพลาชัยมีปัญหาความแออัดและระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน อันเนื่องมาจากจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ทรัพยากรบุคลากรและระบบบริการยังคงมีข้อจำกัด ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการให้บริการ โดยเฉพาะขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนและกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า เช่น การรอคอยและการเคลื่อนย้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joosten et al.[14] ที่ระบุว่าปัญหาหลักของระบบบริการสุขภาพมักเกิดจากกระบวนการที่ไม่มีประสิทธิภาพมากกว่าการขาดทรัพยากรเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ลักษณะการให้บริการที่ยังคงแยกส่วนและขาดการบูรณาการยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้า สอดคล้องกับ Toussaint & Berry[15] ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพมักมีความสูญเปล่าแฝงอยู่ในหลายขั้นตอนของกระบวนการ

อีกทั้งพบว่ามีกิจกรรมที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก เช่น การตรวจสอบสิทธิซ้ำ การส่งต่อแฟ้มเอกสาร และการรอคิวในหลายจุด ซึ่งเป็นลักษณะของความสูญเปล่าตามแนวคิด Lean ได้แก่ ความสูญเปล่าจากการรอคอยและการเคลื่อนย้าย สอดคล้องกับ Womack & Jones[16] ที่อธิบายว่ากระบวนการที่มีหลายขั้นตอนโดยไม่เพิ่มคุณค่าจะส่งผลให้เกิดความล่าช้าและลดประสิทธิภาพของระบบบริการ ดังนั้น สภาพปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงกระบวนการให้มีความกระชับและลดความซ้ำซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก

2. ขั้นตอนและปรับปรุงกระบวนการการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย พบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด Lean สามารถลดจำนวนขั้นตอนของกระบวนการให้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น การรวมขั้นตอน และการจัดลำดับขั้นตอนใหม่ ส่งผลให้จำนวนขั้นตอนลดลงและกระบวนการมีความคล่องตัวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al.[17] ที่พบว่าการนำ Lean มาใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการไหลของผู้ป่วยและลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก

นอกจากนี้ การลดกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า เช่น การรอคอยและการเคลื่อนย้าย ยังช่วยให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ Dickson et al.[18] ที่พบว่าการปรับปรุงกระบวนการโดย Lean สามารถลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งการใช้เครื่องมือวิเคราะห์กระบวนการ เช่น Value Stream Mapping ยังช่วยให้สามารถมองเห็นจุดคอขวดของระบบได้อย่างชัดเจน และนำไปสู่การออกแบบกระบวนการใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Rother & Shook[19]

ผลการพัฒนานี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าการปรับปรุงกระบวนการโดยใช้ Lean ไม่เพียงแต่ช่วยลดระยะเวลารอคอย แต่ยังช่วยเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ และ

สนับสนุนการทำงานของทีมสหวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการดำเนินการขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมและความเข้าใจของบุคลากรในองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

3. ประเมินผลการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า

1) ระยะเวลาในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์หลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน

จากผลการศึกษานี้การประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการนับตั้งแต่ยื่นบัตรเพื่อเข้ารับบริการตรวจรักษาจนถึงพยาบาลตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยในคลินิกโรคทั่วไป สามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยโดยรวมโดยได้ 23.29 นาที กล่าวได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน บรรลุวัตถุประสงค์ในการลดระยะเวลาในการให้บริการ ทั้งนี้เกิดจากการใช้เครื่องมือแผนผังการไหล (Flow diagram) และ แผนภูมิกระบวนงาน (Process chart) มาใช้ในการวิเคราะห์กิจกรรมในระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกโดย การวิเคราะห์ว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ หรือไม่มีประโยชน์ มีความสูญเปล่าเกิดขึ้น การใช้เทคนิค ECRS มาใช้ในการปรับปรุงเพื่อลดความสูญเปล่า ทำให้ผู้วิเคราะห์มีมุมมองในการจัดระบบงานใหม่โดยอาศัยทางเลือกทั้ง 4 ด้านของเทคนิค ECRS ได้แก่การขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป หรือใช้การรวมขั้นตอนเข้าด้วยกัน หรือการจัดลำดับขั้นตอนใหม่ หรือการปรับปรุงวิธีการให้ง่ายขึ้น

ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการลดขั้นตอนการปฏิบัติของการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์[20] ซึ่งสามารถลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 189.20 นาทีลดลง 121.33 นาที ลดลงถึง 67.87 นาที และกระบวนการรอรับบริการที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบลีนสามารถลดระยะเวลาการรอรับบริการคิวรอแทรกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล หลังการพัฒนา จากเดิม 2 ชั่วโมง 35 นาที เป็นเวลา 1ชั่วโมง 34 นาที ซึ่งสามารถลดระยะเวลาของผู้รับบริการจาก 61 นาที[21] อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่สามารถลดได้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากโครงการของโรงพยาบาลพลับพลาชัย ได้มีการลดระยะทางซึ่งผู้รับบริการต้องเดินจากอาคารหนึ่งไปยังอีกอาคารหนึ่งถึง 124 เมตร จึงทำให้สามารถลดระยะเวลาที่ต้องใช้ในการเดินลง แต่ในส่วนของโรงพยาบาลพลับพลาชัยมีปัญหาจึงไม่สามารถลดระยะเวลาที่ผู้รับบริการต้องใช้ในการเดินได้อีก

2) ความพึงพอใจต่อการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์หลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีน

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโดยการใช้ LEAN โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จากผลการวิจัยจะพบว่า ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และกลุ่มสหวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก เพิ่มมากขึ้นก่อนการพัฒนา และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่า ระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพบว่ามีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เดิมอยู่ระดับปานกลาง 3.29 เพิ่มเป็นระดับมากที่สุด 4.61 ($p<.001$)[20]

จุดเด่นของงานวิจัย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนอย่างเป็นระบบ ลดความสูญเปล่าและเพิ่มประสิทธิภาพ ประเมินผลการพัฒนาได้ชัดเจน วัดผลทั้งระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจ สามารถพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับหน่วยบริการที่คล้ายคลึงกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย ระยะเวลาติดตามผลยังไม่สะท้อนความยั่งยืนระยะยาว ความพึงพอใจ อาจมีอคติจากการตอบแบบสอบถาม และผลสำเร็จขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความเข้าใจของบุคลากรในองค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกแห่งซึ่งยังมีปัญหาความล่าช้าในการบริการ ความสับสนในขั้นตอนบริการสามารถนำแนวทางการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกให้สอดคล้องกับความต้องการ และเพิ่มคุณค่าให้กับผู้รับบริการลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นในระบบบริการ

2) การรวมขั้นตอนเข้าด้วยกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อลดระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ นับตั้งแต่ผู้รับบริการยื่นบัตรโรงพยาบาลจนถึงได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจคัดกรองและประเมินอาการได้เร็วขึ้น

3) การนำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบงานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้างาน ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีทัศนคติที่ดีต่อการนำทฤษฎีลีนมาประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นประโยชน์ของทฤษฎีลีนที่เป็นการลดความสูญเปล่าจากการทำงานไม่ใช่เป็นการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องทำงานให้หนักขึ้นหรือเร็วขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยนอกโดยรวมลดมากยิ่งขึ้น ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลีนในส่วนอื่น ๆ ของระบบบริการผู้ป่วยนอกทั้งระบบ เช่น การทำหัตถการ การฉีดยา การจัดระบบส่งผู้รับบริการไปตรวจเอ็กซ์เรย์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องจ่ายยา และห้องรับเงิน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Department of Health Statistics and Information Systems. 2014. Health Statistics and Information Systems; 2014.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2565.
3. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
4. พันธิภา พิญญะคุณ, อารี ชีวเกษมสุข, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชจังหวัดสุพรรณบุรี. วารพยาบาลทหารบท. 2560;18(พิเศษ):280-90.
5. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):15-24.
6. คัทลิยา วสุธาดา. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2560;28(1):80-9.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน. การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ha.or.th.
8. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริการสุขภาพครบวงจร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.
9. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. Krejcie, R V, Morgan D W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–10.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2553.

12. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2551.
13. Parasuraman A, Zeithaml V A, Leonard B L. SERVQUAL A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of retailing. 1988;64(1):12-40.
14. Joosten T, Bongers I, Janssen R. Application of lean thinking to health care: issues and observations. Int J Qual Health Care. 2009;21(5):341–7.
15. Toussaint J S, Berry L L. The promise of Lean in health care. Mayo Clin Proc. 2013;88(1):74–82.
16. Womack J P, Jones D T. Lean Thinking. New York: Simon & Schuster; 2003.
17. Kim C S, Spahlinger D A, Billi J E. Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker?. J Hosp Med. 2006;1(3):191–9.
18. Dickson E W, Singh S, Cheung D S, Wyatt C C, Nugent A S. Application of lean manufacturing techniques in the emergency department. J Emerg Med. 2009;37(2):177–82.
19. 19. Rother M, Shook J. Learning to See: Value Stream Mapping. Brookline: Lean Enterprise Institute; 2003.
20. กฤษฎา วรรณจักร, สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล, พัดชา หิรัญวัฒนกุล. การพัฒนารูปแบบการจัดบริกาเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2566;12(3):82-91
21. อานีซะ ติงกูแว. การพัฒนาการลดระยะเวลารอรับบริการคิวรอแทรก แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2563.

ประสิทธิผลการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดต่อความรู้และทักษะของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Effectiveness of Clean Intermittent Self-Catheterization Education on Knowledge and Skills in Patients with Neurogenic Bladder Admitted to Roi Et Hospital

คัทรียา ชิณโย*

Cattareeya Chinyo

Corresponding author: E-mail: cattaree2519@gmail.com

(Received: February 22, 2026; Revised: March 1, 2026; Accepted: March 30, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการก่อนและหลังได้รับการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่เข้ารับบริการในห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 และไม่เคยได้รับการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองมาก่อน จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการคือ คู่มือการสอนสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด แผนการสอน และสื่อต่างๆ เช่น หุ่นจำลอง และวิดีทัศน์ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน

ผลการวิจัย : ก่อนการสอนการสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0.30 และ 15.00 คะแนนตามลำดับ หลังการสอนการสวนปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.00 และ 45.00 คะแนน ตามลำดับ คะแนนความรู้และทักษะหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .002$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดโดยพยาบาลมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ และสามารถนำไปใช้ในทางคลินิกได้

คำสำคัญ : การสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด; ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ; การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare the knowledge and skills of patients with neurogenic bladder regarding Clean Intermittent Catheterization (CIC) before and after receiving instruction.

Study design : This study employed a quasi-experimental research design with a one-group pretest-posttest design.

Materials and Methods : A purposive sample of 10 patients with neurogenic bladder who had never received prior instruction on CIC was selected. The participants were attending the Rehabilitation Medicine Outpatient Clinic at Roi Et Hospital between July 2025 to December 2025. The research instruments included a CIC instruction manual, lesson plans, and instructional media such as anatomical models and videos. Data collection tools consisted of a knowledge assessment form and a CIC skill assessment form. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Main findings : Prior to the intervention, the participants had low levels of knowledge and skills regarding CIC, with mean scores of 0.30 and 15.00, respectively. After the intervention, knowledge and skills significantly improved, with mean scores increasing to 12.00 and 45.00, respectively. The post-instruction knowledge and skill scores were significantly higher than the pre-instruction scores ($p < .05$).

Conclusion and Recommendations : Nurse-led instruction on Clean Intermittent Catheterization is effective in enhancing the knowledge and skills of patients with neurogenic bladder and can be effectively applied in clinical practice.

Keywords : Clean intermittent self-catheterization; Neurogenic bladder; Nursing practice

* Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

กระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะดังกล่าว อาจเกิดจากโรคหรือภาวะทางระบบประสาทหลายประการ เช่น การบาดเจ็บของไขสันหลัง โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน หรือเบาหวานที่มีผลกระทบต่อเส้นประสาทส่วนปลาย[1] ผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการมักประสบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือการปัสสาวะไม่สุด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ และภาวะไตเสื่อมในระยะยาว ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

หนึ่งในวิธีการจัดการกับภาวะดังกล่าวที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ การสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด (Clean Intermittent Catheterization: CIC) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะได้อย่างสม่ำเสมอ ลดการคั่งค้างของปัสสาวะ และลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ[2] อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ หรือมีข้อจำกัดทางร่างกายและจิตใจในการเรียนรู้

แนวคิดในการให้การศึกษาผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Education) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยอิงตามทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา[3] ซึ่งกล่าวถึง “การเรียนรู้แบบสังเกตและการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy)” ว่ามีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การจัดกิจกรรมสอนสวนปัสสาวะแบบสะอาด จึงควรมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

จากการศึกษาของ Schott-Baer พบว่า การให้ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองมีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้ ความมั่นใจ และการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ[4] นอกจากนี้ การศึกษาของ Lee[5] ยังระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างเป็นระบบมีอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนอย่างชัดเจน

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 820 เตียง พบว่า ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามแนวโน้มของโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ ที่มาบริการห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูสถิติในปี พ.ศ.2564 – 2567 มีจำนวน 156 ราย[6] อย่างไรก็ตาม จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าการให้ความรู้และการฝึกอบรมตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบสังเกตและการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง จะพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะการสวนปัสสาวะด้วยตนเองในระยะสั้น แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังคงเผชิญกับอุปสรรคสำคัญในการรักษาความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการสั่งการของกล้ามเนื้อมือ (Fine motor impairment) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนแรงของร่างกายส่วนบน ซึ่งส่งผลให้การหยิบจับอุปกรณ์และการจัดท่าทางมีความยากลำบากมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่การวัดผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้และเทคนิคการสวนปัสสาวะภายในสถานพยาบาล แต่ยังขาดการศึกษาถึงปัจจัยสนับสนุนด้าน “นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยสวน (Assistive Devices)” และ “สื่อการเรียนรู้ดิจิทัลแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactive Digital Media)” ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามขีดจำกัดทางกายภาพและลดภาวะวิตกกังวลเมื่อต้องปฏิบัติ CIC ด้วยตนเองที่บ้านเพียงลำพัง และจากการสังเกตของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึง

ความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการสอนแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่รวบรวมการใช้ อุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกร่วมกับการประยุกต์ใช้สื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ให้ครอบคลุมทั้งมิติด้านทักษะกายภาพและมิติด้านจิตวิทยา อันจะนำไปสู่การปฏิบัติ CIC อย่างยั่งยืน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการให้ดียิ่งขึ้นในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการก่อนและหลังได้รับการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการแทรกแซง (One-group pretest–posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่เข้ารับบริการในห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ เข้ารับบริการที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ 2568 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระเพาะปัสสาวะพิการ สามารถสื่อสารและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก คือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเดินปัสสาวะเฉียบพลัน หรือไม่สามารถปฏิบัติการสวนปัสสาวะด้วยตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่

1. คู่มือการสอนสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด (CIC)

2. โปรแกรมแผนการสอน และสื่อต่าง ๆ เช่น หุ่นจำลอง และวิดีทัศน์ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลที่บ้าน (Care giver) โรคร่วมอื่นๆ และผู้เรียนสวนปัสสาวะ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด คะแนนเต็ม 15 คะแนน

3. แบบประเมินทักษะการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด คะแนนเต็ม 45 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบประเมินความรู้การสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด และแบบประเมินทักษะการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมข้อความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC = 1.00) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach’s Alpha = 1.00)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนการสอน (Pre-test) จากนั้นดำเนินการสอนตามคู่มือทั้งภาคทฤษฎีและการสาธิตปฏิบัติเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดโดยพยาบาล ตามโปรแกรมที่พัฒนาไว้ ซึ่งประกอบด้วยการอธิบาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง จากนั้นติดตามผลผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน Line (ภายใน 24 ชม. และ 1 สัปดาห์) แล้วจึงประเมินผลหลังการสอน (Post-test) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (1 - 3 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติอนุมาน Wilcoxon signed-ranks test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการสอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE057/2568 วันที่ 10 มิถุนายน 2568 โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 60.0%, มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 70.0%, มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 50.0%, ประกอบอาชีพเกษตรกร 70.0%, ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส 60.0% ไม่มีโรคประจำตัว 90.0% ผู้ป่วยสวนปัสสาวะด้วยตัวเอง 100.0% (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
เพศ	
ชาย	6(60.0)
หญิง	4(40.0)
อายุ (ปี)	
< 30 ปี	2(20.0)
30 – 39 ปี	1(10.0)
40 – 49 ปี	7(70.0)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	1(10.0)
ประถมศึกษา	5(50.0)
มัธยมศึกษา	3(30.0)
ปวช./ปวส.	1(10.0)
อาชีพ	
เกษตรกร	7(70.0)
ค้าขาย	1(10.0)
พนักงานเอกชน	1(10.0)
รับราชการ	1(10.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
ผู้ดูแลที่บ้าน	
ภรรยา/สามี	6(60.0)
บุตร หลาน	1(10.0)
ญาติพี่น้อง	3(30.0)
โรคร่วมอื่นๆ	
ไม่มี	9(90.0)
เบาหวาน	1(10.0)
ผู้เรียนสวน	
ผู้ป่วย	10(100.0)

ก่อนการให้ความรู้การสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ มีความรู้เกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่อง การล้างมือที่ถูกวิธีมี 6 ขั้นตอน 30.0% รองลงมาคือ กระเพาะปัสสาวะพิการ หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของกระเพาะปัสสาวะที่ผิดปกติ อาจเกิดจาก การมีรอยโรคในระบบประสาท ทำให้ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ หรือปัสสาวะเองได้แต่ปัสสาวะออกไม่หมดทำให้ปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ 10.0% หลังการใช้ความรู้การสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ มีความรู้เกี่ยวกับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดที่ถูกต้องทั้งหมด 100.0% (ตาราง ที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด (n=10)

ข้อที่	ความรู้	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้
		ร้อยละ	ร้อยละ
1.	กระเพาะปัสสาวะพิการ หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของกระเพาะปัสสาวะที่ผิดปกติ อาจเกิดจากการมีรอยโรคในระบบประสาท ทำให้ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ หรือปัสสาวะเองได้แต่ปัสสาวะออกไม่หมด ทำให้ปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ	10.0	100.0
2.	เป้าหมายสำหรับการสวนปัสสาวะด้วยตนเองในคนผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการคือ ไม่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะและรักษาการทำงานของไต	0.0	100.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อที่	ความรู้	ก่อนให้ความรู้ ร้อยละ	หลังให้ความรู้ ร้อยละ
3.	การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยหรือญาติ สอดใส่สายสวนปัสสาวะ (Urinary catheter) เข้าไปในท่อปัสสาวะจนถึงกระเพาะปัสสาวะ ด้วยวิธีสะอาดเพื่อระบายปัสสาวะ	0.0	100.0
4.	เปลี่ยนน้ำยาที่แช่สายสวนปัสสาวะทุก 24 ชั่วโมง	0.0	100.0
5.	การล้างทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ทำโดยการใช้สบู่	0.0	100.0
6.	การล้างมือที่ถูกวิธีมี 6 ขั้นตอน	30.0	100.0
7.	การสายสวนปัสสาวะแบบสะอาดต้องสวนตามตารางที่แพทย์แนะนำ	0.0	100.0
8.	จำนวนครั้งการสวนปัสสาวะในแต่ละวัน ถ้าปัสสาวะที่ค้างอยู่ในช่วง 200-299 ml ให้สวนปัสสาวะ 2 ครั้งต่อวัน	0.0	100.0
9.	ผู้ป่วยสวนปัสสาวะด้วยตัวเอง ต้องปรับการดื่มน้ำให้เหมาะสม โดยการกระจายการดื่มน้ำ	0.0	100.0
10.	การสายสวนปัสสาวะแบบสะอาด หากพบว่า ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน มีเลือดออก ปวดท้อง มีไข้ ให้ไปพบแพทย์	0.0	100.0
11.	หากผู้ป่วยปัสสาวะออกเองได้มากขึ้น สามารถงดสวนได้เลย โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์	0.0	100.0
12.	สายสวนปัสสาวะ เพศหญิงและเพศชาย มีขนาดและความยาวเท่ากัน	0.0	100.0
13.	ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการมีความผิดปกติในการปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไม่ออก	0.0	100.0
14.	หากผู้ป่วยปวดปัสสาวะและปัสสาวะไม่ออก แต่ยังไม่ถึงเวลาสวน ให้รอจนกว่าจะถึงเวลาสวนค่อยทำการสวน	0.0	100.0
15.	การสายสวนปัสสาวะแบบสะอาด ต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น	0.0	100.0

เมื่อพิจารณาความรู้ก่อนและหลังการสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด พบว่าก่อนให้ความรู้การสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น 100.0% หลังให้ความรู้ ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการมีความรู้เพิ่มขึ้น 100.0% (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด (n=10)

ระดับความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ต่ำ (0 - 8 คะแนน)	10(100.0)	0(0.0)
ปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)
สูง (12-15 คะแนน)	0(0.0)	10(100.0)
รวม	**10(100.0)**	**10(100.0)**

Mean = .300, SD. = .483, Min = .00, Max = 1.0

Mean = 12, SD. = .000, Min = 12, Max = 12.0

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดเท่ากับ 0.30 หลังการให้ความรู้การสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด เท่ากับ 12.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้ความรู้การสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด

ความรู้	Median (IQR)	z	p
ก่อนการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด	0 (3)	-2.919	.004
หลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด	12 (2)		

สำหรับทักษะการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดก่อนการสอนสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ มีทักษะเกี่ยวกับสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น 100.0% หลังการสอนสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ มีทักษะเกี่ยวกับสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดเพิ่มขึ้น คิดเป็น 100.0% (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ จำแนกตามคะแนนทักษะสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดที่ตอบถูกก่อนและหลังการสอนสวนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด (n=10)

ข้อที่	ข้อความ	ก่อนการปฏิบัติ			ก่อนการปฏิบัติ		
		ร้อยละ			ร้อยละ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	ท่านเตรียมอุปกรณ์ครบถ้วนทุกครั้งก่อนสวนปัสสาวะ ได้แก่ 1) สายสวนปัสสาวะ 2) เจลหล่อลื่น 3) น้ำสะอาด 4) ถ้วยรองปัสสาวะ และ 5) กระจก	0	0	10	10	0	0
2.	ท่านทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนทำการสวนปัสสาวะ	0	0	10	10	0	0
3.	ท่านล้างมือสะอาด 6 ขั้นตอน	0	0	10	10	0	0
4.	ท่านใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับบริเวณจุกสีฟ้าดึงสายสวนขึ้นจากหลอดบรรจุที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ มือข้างที่ถนัดจับสายสวน มือข้างที่ไม่ถนัดดึงจุกฟ้าออก	0	0	10	10	0	0
5.	ท่านใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับขวดน้ำสะอาดล้างสายสวนปัสสาวะ	0	0	10	10	0	0
6.	ท่านใช้มือข้างที่ไม่ถนัดบีบน้ำยาหล่อลื่นใส่บริเวณสายสวนปัสสาวะ	0	0	10	10	0	0
7.	เพศชาย ท่านใช้มือข้างที่ไม่ถนัดรูดหนังหุ้มปลายลง จับองคชาติตั้ง 60 องศาค่อยๆ ใส่สายสวนปัสสาวะด้วยความนุ่มนวล ไม่ใช้แรงดัน สอดสายสวนปัสสาวะเข้าไปจนสุดสาย เพศหญิง ท่านจัดท่าให้ถนัด ให้เห็นรูเปิดท่อปัสสาวะชัดเจนในกระจก ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดแหวกอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยนิ้วชี้ นิ้วกลาง ดึงรั้งขึ้นด้านบนเล็กน้อย ส่องดูท่อปัสสาวะทางกระจกจนเห็นชัดเจน ใช้มือข้างที่ถนัด	0	0	10	10	0	0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ก่อนการปฏิบัติ			ก่อนการปฏิบัติ		
		ร้อยละ			ร้อยละ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	จับสายสวนปัสสาวะค่อยๆสอดสายเข้าด้วยความนุ่มนวล เมื่อมีปัสสาวะไหลให้สอดสายสวนปัสสาวะเข้าไปจนสุดสาย						
8.	ท่านใช้ถ้วยรองปัสสาวะ รองปัสสาวะที่ออกมาจากสายสวน	0	0	10	10	0	0
9.	เมื่อปัสสาวะหยุดไหลท่าน ค่อยๆดึงสายสวนปัสสาวะออกมาแล้ว (เพศชายรูดหนังหุ้มปลายขึ้น)	0	0	10	10	0	0
10.	ท่านสังเกตลักษณะ สี กลิ่นปัสสาวะที่ออกมาและตวงปริมาณปัสสาวะ	0	0	10	10	0	0
11.	หลังทำการสวนท่านล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่	0	0	10	10	0	0
12.	การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะทำโดยต้มสายสวนปัสสาวะในน้ำต้มเดือด 20 นาที แช่นาน 3-5 นาที 1ครั้ง/สัปดาห์	0	0	10	10	0	0
13.	ท่านเปลี่ยนน้ำยาที่แช่สายสวนทุก 24 ชั่วโมง โดยเติมน้ำยาฆ่าเชื้อ ให้อยู่ระดับเส้นสีดำด้านบน	0	0	10	10	0	0
14.	ท่านล้างอุปกรณ์ให้สะอาดแล้วผึ่งให้แห้ง	0	0	10	10	0	0
15.	การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ทำโดยต้มสายสวนปัสสาวะในน้ำต้มเดือด 20 นาที แช่นาน 3-5 นาที 1 ครั้ง/สัปดาห์	0	0	10	10	0	0

เมื่อพิจารณาระดับทักษะสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดก่อนและหลังการสอนสวนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด พบว่าทักษะก่อนการสอนสวนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดอยู่ในระดับต่ำ หลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดมีทักษะการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดเลย เพิ่มขึ้น คิดเป็น 100.0% (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ จำแนกตามทักษะก่อนและหลังการสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบสะอาด

ระดับทักษะ	ก่อน	หลัง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ต่ำ (15 – 26 คะแนน)	10(100.0)	0(0.0)
ปานกลาง (27 – 35 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)
สูง (36 คะแนนขึ้นไป)	0(0.0)	10(100.0)
รวม	**10(100.0)**	**10(100.0)**

Mean= 15.0, SD. = .000, Min = 15.0, Max = 15.0

Mean = 45.0, SD. = .000, Min = 45.0, Max = 45.0

เปรียบเทียบคะแนนทักษะก่อนและหลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาดเท่ากับ 15 ทักษะหลังการสอนสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด เท่ากับ 45 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะหลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบสะอาด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะก่อนและหลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด

ทักษะ	Median (IQR)	z	p
ก่อนการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด	15 (0)	-3.162	.002
หลังการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองแบบสะอาด	45 (0)		

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หลังการได้รับโปรแกรมการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด (CIC) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Multimodal Learning) ผ่านกระบวนการสอนอย่างเป็นระบบที่ใช้เวลา 90 นาที ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยการใช้สื่อวิดีโอประกอบการบรรยายช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพขั้นตอนที่ชัดเจนและลดความวิตกกังวลในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yildiz[7] ที่พบว่าสื่อวิดีโอช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง (Return Demonstration) ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของพยาบาลชำนาญการด้านการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วย

ได้รับการแก้ไขเทคนิคที่ซับซ้อนได้ทันที โดยเฉพาะเรื่องความสะอาดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kim[8] ที่เน้นย้ำว่าการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงและเข้มข้นช่วยเพิ่มความถูกต้องในการปฏิบัติตน (Compliance) ในระยะยาว อีกทั้งการใช้เครื่องมือประเมินที่มีความเที่ยงตรงตามแนวทางของ Pinder ยังช่วยยืนยันถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม[9]

โดยสรุป ความสำเร็จของโปรแกรมนี้เกิดจากการบูรณาการความรู้ทางสรีรวิทยาเข้ากับทักษะการดูแลตนเองเชิงรุก ซึ่งตอกย้ำบทบาทสำคัญของพยาบาลในการเสริมสร้างศักยภาพ (Empowerment) และเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการได้อย่างยั่งยืน

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดโดยพยาบาลมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดการสอนอย่างเป็นระบบที่เน้นการอธิบาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการในทางคลินิก

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ ความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลหลังการรักษาเกิดจากการผสานกลยุทธ์การดูแลอย่างเป็นระบบใน 3 มิติหลัก โดยเริ่มต้นจากการประยุกต์ใช้ สื่อประสม (Multimedia Integration) ที่มีความหลากหลาย ทั้งในรูปแบบวิดีทัศน์ที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและหุ่นจำลองที่สร้างประสบการณ์เรียนรู้เสมือนจริง การใช้สื่อในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเห็นภาพขั้นตอนการดูแลตนเองที่ชัดเจนเท่านั้น แต่ยังมีส่วนสำคัญในการลดความกังวลต่อสภาวะโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านจิตใจในการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูอย่างมั่นใจ

นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล จึงได้กำหนดกลไก การติดตามผลเชิงรุก (Proactive Follow-up) ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายอย่างแอปพลิเคชัน Line และการโทรศัพท์ติดตามอาการ โดยมุ่งเน้นช่วงเวลาวิกฤต (Critical Period) คือภายใน 24 ชั่วโมงแรก และต่อเนื่องจนครบ 1 สัปดาห์หลังกลับบ้าน ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักเผชิญกับอุปสรรคหรือต้องการคำแนะนำเร่งด่วนที่สุด การติดตามผลอย่างใกล้ชิดนี้ช่วยให้ทีมประสานงานสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที และสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับผู้ป่วยแม้จะอยู่นอกโรงพยาบาลเหนือสิ่งอื่นใด ประสิทธิภาพของระบบการดูแลดังกล่าวขับเคลื่อนด้วย ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialized Expertise) ของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านการฟื้นฟูสภาพโดยตรง ความเชี่ยวชาญนี้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การถ่ายทอดทักษะและการให้คำปรึกษามีความแม่นยำสูง สามารถตอบสนองต่อปัญหาทางกายภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด ส่งผลให้การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างก้าวกระโดดและมีมาตรฐานทางวิชาชีพที่น่าเชื่อถือ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการขาดความรู้และทักษะการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าเป็นกระเพาะปัสสาวะพิการควรมาพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพและรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. พยาบาลควรจัดให้มีโปรแกรมการสอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดในรูปแบบที่เป็นระบบตั้งแต่วันแรกที่เริ่มการรักษา

3. พยาบาลควรมีการติดตามประเมินผลซ้ำหลังการสอนเพื่อเสริมทักษะและแก้ไขข้อผิดพลาดของผู้ป่วย

4. ควรศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลของการสอนต่ออัตราการติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการสวนปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง

1. Wyndaele J J. Complications of intermittent catheterization: Their prevention and treatment. Spinal Cord. 2016;54(6):528-32.
2. Lapides J, Diokno AC, Silber S J, Lowe B S. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. J Urol. 1972;107(3):458–61.
3. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
4. Schott-Baer D, Fisher L, Gregory C. Dependent care, caregiver burden, and self-care agency of spouses. Sch Inq Nurs Pract. 1995;9(1):65-73.
5. Lee B S, Kim D K, Choi H, Lee S J. Effects of a structured education program on urinary tract infection recurrence in patients using clean intermittent catheterization. Int Neurourol J. 2020;24(2):144-50.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ ปี 2564-2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567.
7. Yildiz S, Bagcivan G, Terzi Erdemir S, Akça Ö, Akpinar H. The effect of video-based training on the knowledge, skills, and anxiety levels of patients performing clean intermittent catheterization. Journal of Clinical Nursing. 2022;31(15-16):2245-56.
8. Kim M H, Cho S T, Lee K W, Cho A J, Cho S, Kim J C, et al. Effectiveness of Intensive Education for Clean Intermittent Catheterization in Patients with Neurogenic Bladder. Journal of Korean Medical Science. 2018;33(25):e165.
9. Pinder B, Sahai A, Fowler C J, Dasgupta P, Khan M S. Development and validation of a knowledge-based questionnaire for patients on clean intermittent self-catheterisation. Journal of Clinical Nursing. 2012;21(9-10):1244-51.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Development of Nursing Care Guidelines for Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Medical Intensive Care Unit 5, Roi Et Hospital

โสภิต อุทิศพงษ์* จารุพักตร์ สุขุมาลพิทักษ์**
Sopit Utitpong, Jarupak Sukhumalpitak
Corresponding author: E-mail: Sopitkolo@gmail.com
(Received: February 26, 2026; Revised: March 5, 2026; Accepted: April 5, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติ และศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดวงจรการเปลี่ยนแปลง Look-Think-Act

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรทางการพยาบาลและผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการเพื่อศึกษาสถานการณ์ และทบทวนวรรณกรรม 2) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติผ่านการสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุง VAP Bundle ให้เข้ากับบริบทหน่วยงาน 3) ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติร่วมกับการสังเกตและนิเทศ และ 4) ระยะประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น แบบสังเกตการปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

ผลการวิจัย : ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น บุคลากรทางการพยาบาลมีการปฏิบัติในการป้องกัน VAP ที่ถูกต้องมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างชัดเจน ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลดลงเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก เนื่องจากมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในบริบทของหน่วยงานได้จริง เช่น การปรับวิธีการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยให้บุคลากรเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน ข้อเสนอแนะคือควรมีการนิเทศการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และขยายผลการใช้แนวปฏิบัติไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมของโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล; ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP); การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม; ความปลอดภัยของผู้ป่วย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : This study aimed to identify clinical problems, develop nursing care guidelines, and evaluate the effectiveness of these guidelines in preventing Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) in Medical Intensive Care Unit (MICU) 5 at Roi Et Hospital.

Study design : Participatory Action Research (PAR) based on the Look-Think-Act cycle.

Materials and Methods : The participants included nursing staff and patients requiring mechanical ventilation in MICU 5. The research was conducted in four phases: 1) Preparation phase (situation analysis and literature review), 2) Development phase (focus group discussions to refine the VAP bundle to fit the local context), 3) Implementation phase (pilot testing with clinical supervision and observation), and 4) Evaluation phase. The research instruments included the developed nursing care guidelines, a nursing practice observation form, and a satisfaction questionnaire.

Main findings : The results revealed that after the implementation of the developed guidelines, nursing staff demonstrated significantly higher compliance with VAP prevention protocols compared to the pre-implementation period. Consequently, the incidence rate of VAP showed a substantial decrease. Furthermore, nursing staff reported a high level of satisfaction with the guidelines, noting that they were clear, easy to follow, and addressed specific practical challenges within the unit's context, such as modified oral care techniques for unconscious patients.

Conclusion and recommendations: Developing nursing guidelines through a participatory process fosters a sense of ownership among staff, leading to sustainable clinical practice. It is recommended that continuous clinical supervision be maintained to ensure long-term compliance. Additionally, these guidelines should be expanded to other critical care units to enhance the overall standard of safety for ventilated patients within the hospital.

Keywords : Nursing care guideline development; Ventilator-Associated Pneumonia (VAP); Participatory Action Research (PAR); Medical Intensive Care Unit (MICU); Patient safety

*Professional Nurse (Senior Professional Level) Roi Et Hospital.

**Professional Nurse (Expert Professional Level) Roi Et Hospital.

บทนำ

ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) จัดเป็นหนึ่งในการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการดูแลในโรงพยาบาล (Healthcare-Associated Infections: HAIs) ที่ร้ายแรงและท้าทายที่สุดในหอผู้ป่วยวิกฤต[1] ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือการติดเชื้อในปอดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (บางการศึกษาพบว่าสูงถึง 25%–50%) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก[2-3] การจัดการภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงต้องอาศัยการประสานงานที่ดีและการปฏิบัติตามแนวทางที่เข้มงวด

ในประเทศไทย ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ตามรายงานของหน่วยงานควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติหรือระดับภูมิภาค พบว่า อุบัติการณ์ VAP เฉลี่ยในโรงพยาบาลเครือข่ายยังคงอยู่ในช่วง 4.0 ถึง 8.0 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ[4] และยังคงเป็นเป้าหมายที่ต้องปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศยังชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เกิด VAP มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้นโดยเฉลี่ย 5–15 วัน ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[5] ในส่วนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำปีงบประมาณล่าสุด (พ.ศ. 2565–2567) ชี้ให้เห็นว่าอุบัติการณ์ VAP ยังคงเป็นปัญหาติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดเป็นอันดับต้น ๆ โดยมีอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ 5.76, 5.90, 4.47 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ ในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) อุบัติการณ์ VAP โดยภาพรวม มีอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ 8.06, 7.28, 6.22 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 (MICU5) อุบัติการณ์ VAP มีอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ NA, 4.93, 9.24 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้[6]

ปัญหาและอุปสรรคจากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ผู้วิจัยพบประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิด VAP ในหน่วยงานจากการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติเดิมไม่ชัดเจนและเป็นทฤษฎีเกินไป : บุคลากรระบุว่าบางกิจกรรมอ่านแล้วไม่เข้าใจ เรียงลำดับขั้นตอนไม่ชัดเจน เช่น การทำความสะอาดมือควรระบุวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนกว่า “Hygienic hand washing” 2) ความไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน : พยาบาลมีการปฏิบัติ ที่ไม่เหมือนกัน เช่น ลำดับการดูดเสมหะในปากและท่อช่วยหายใจที่สลับกัน หรือการไม่ได้วัดความดันกระเปาะลม (Cuff pressure) ทุก 8 ชั่วโมงตามมาตรฐาน 3) ข้อจำกัดเชิงบริบทเฉพาะ: พยาบาลไม่สามารถใช้ไม้พันสำลีทำความสะอาดช่องปากได้ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและมีพฤติกรรมกัดไม้พันสำลี ทำให้การป้องกัน VAP ในหมวด การดูแลช่องปากทำได้ไม่สมบูรณ์ 4) ประสบการณ์ของบุคลากร: มีพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่เพิ่งย้ายเข้าปฏิบัติงานซึ่งยังมีประสบการณ์น้อย (ต่ำสุด 4 เดือน) และยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้น การป้องกัน VAP ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะเจาะจง โดยการวิจัยนี้เลือกใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน และสุดท้ายคือการลดอุบัติการณ์ VAP ในหอผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติ และศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดวงจร Look-Think-Act ของ Kurt Lewin

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน MICU5 จำนวน 15 คน

2) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน MICU5 ระหว่างเดือนเมษายน-ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive sampling) คือ ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อนมีระดับความรู้สึกตัวดี ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองหรือกรณีที่มีภาวะง่วงซึม ซึมมากหมดสติ ผู้วิจัยจะขอความยินยอมโดยผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายเป็นผู้ให้การยินยอม

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมชายและหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อน
3. ผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองหรือกรณีที่มีภาวะง่วงซึม ซึมมากหมดสติ ผู้วิจัยจะขอความยินยอมโดยผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายเป็นผู้ให้การยินยอม

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่แรกรับแต่ได้รับการวินิจฉัยภายหลัง
2. ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการวิจัย
3. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในระหว่างดำเนินการวิจัยน้อยกว่า 48 ชั่วโมง
4. เกิดปอดอักเสบใน 48 ชั่วโมงแรกของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ได้จากการพัฒนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.4 แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบความเที่ยงดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 97, 91, 90 และ 98 ตามลำดับหลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ต่อไป

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบความเที่ยง ดังนี้

2.1 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ นำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โดยผู้สังเกต 2 คน คือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการสังเกต 10 ครั้ง เหมือนกัน 9 ครั้ง ต่างกัน 1 ครั้ง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Interrater Reliability) โดยใช้ สูตรการหาค่าความเที่ยงของโพลิทและสัลกอร์ (Polit and Hungler)[7] ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.9

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ นำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 ซึ่งมีลักษณะของผู้ป่วยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจะศึกษา จำนวน 10 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ (Look) 2) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ (Think) ผ่านการสนทนากลุ่ม 3) ระยะทดลองใช้ (Act) ร่วมกับการนิเทศ และ 4) ระยะประเมินผล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (1 -30 เมษายน พ.ศ.2568)

1) ศึกษาสถานการณ์อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2) สังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3) นำเสนอรายงานสถานการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน พ.ศ.2568)

1) ขอความร่วมมือในการวิจัย

2) สนทนากลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจฉบับปัจจุบัน

3) ศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และร่วมกันทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

4) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ตามประเด็นการสนทนากลุ่ม

5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

6) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ตามประเด็นการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

7) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

8) ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (1 กรกฎาคม – 30 กันยายน พ.ศ.2568)

1) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ

2) บันทึกการสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล

3) เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจและข้อมูลการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล (1 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568)

1) เปรียบเทียบการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

2) เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

3) ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น

ระยะเวลาดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน 2568 – ตุลาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปและอุบัติการณ์วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย) และเปรียบเทียบการปฏิบัติถูกต้องก่อน-หลังด้วยสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test และ

เปรียบเทียบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE 059/2568 ลงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด คือ การปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยการลงรหัสแทนชื่อ นามสกุล การรักษาความปลอดภัยในการจัดเก็บข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ระยะเตรียมการ)

พบว่าปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่ออุบัติการณ์ VAP ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 คือความไม่ชัดเจนของแนวปฏิบัติเดิมที่ทำให้พยาบาลปฏิบัติงานไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย (น้อยที่สุด 4 เดือน) ยังขาดทักษะเฉพาะด้าน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่กัดท่อช่วยหายใจซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขอนามัยช่องปาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP จากการศึกษานำร่องและการสัมภาษณ์ (n=15)

ประเด็นปัญหา	รายละเอียดอุปสรรคที่พบ	ผลกระทบต่อการเกิด VAP
1. แนวปฏิบัติเดิม	ข้อความไม่ชัดเจน เป็นทฤษฎีมากเกินไป และลำดับขั้นตอนสับสน	พยาบาลเข้าใจไม่ตรงกันและนำไปสู่การปฏิบัติที่ผิดพลาด
2. ทักษะและการปฏิบัติ	ขาดความสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการวัด Cuff pressure และการเปลี่ยน Oral airway	เชื้อโรคเล็ดลอดเข้าสู่ปอด และเกิดการสะสมของเชื้อในช่องปาก
3. ประสบการณ์บุคลากร	มีพยาบาลใหม่ที่ยังไม่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ	ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตลดลง
4. ข้อจำกัดของผู้ป่วย	ผู้ป่วยบางรายไม่รู้สึกตัวและกัดไม้พันสาลี/Oral airway	ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ตามมาตรฐาน

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP (ระยะพัฒนา)

แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติจากเดิมที่เน้นเพียงการปฏิบัติงานตามมาตรฐานทั่วไป (Traditional Care) มาสู่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงและเป็นรูปธรรมมากขึ้น (Evidence-based & Task-oriented) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบองค์ประกอบของแนวปฏิบัติเดิมกับแนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วม

หมวดกิจกรรม (7 หมวด)	แนวปฏิบัติเดิม (Traditional)	แนวปฏิบัติใหม่ (Developed by PAR)
1. การทำความสะอาดมือ	ระบุเป็นวิธี Hygienic hand washing ทั่วไป	เน้นการล้างมือครบ 6 ขั้นตอน และครอบคลุม 5 Moments โดยเฉพาะ “ก่อน” สัมผัสผู้ป่วยและอุปกรณ์
2. การทำความสะอาดช่องปากและฟัน	ใช้ไม้พันสาลีเช็ด (พบปัญหาผู้ป่วยกัดไม้/ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง)	ใช้แปรงสีฟันขนนุ่มร่วมกับน้ำยาฆ่าเชื้อ และต้องเปลี่ยน Oral airway ทุกวัน
3. การจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัว	พลิกตัวตามรอบปกติ (อาจมีช่วงศีรษะต่ำขณะทำหัตถการ)	จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา “ตลอดเวลา” และตรวจสอบระดับองศาให้แม่นยำทุกเวร
4. การให้อาหารทางสายยาง	ตรวจสอบ Gastric residual volume (GRV) ตามดุลยพินิจ	ตรวจสอบ GRV ทุก 4 ชม. หาก >250 ml ให้รายงานแพทย์ และคงการนอนศีรษะสูงหลังให้อาหารอย่างน้อย 1 ชม.
5. การดูดเสมหะ (Suction)	ดูดเสมหะเมื่อมีเสียงเสมหะหรือตามความเหมาะสม	ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) เคร่งครัด และดูดเสมหะในช่องปากก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ
6. การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning)	ประเมินโดยพยาบาลเจ้าของไข้ และรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์	ใช้โปรโตคอลประเมินความพร้อม (SAT/SBT) ทุกเช้า และสื่อสารผ่าน SBAR เพื่อให้หย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด
7. การดูแลท่อช่วยหายใจ เรื่อง การจัดการ Cuff Pressure	ไม่มีการระบุรอบการตรวจสอบที่ชัดเจน หรือใช้การสัมผัส (Palpation)	ใช้เครื่องวัด Cuff Pressure Gauge กำหนดค่า 20-30 mmHg วัดทุก 8 ชม. (02.00, 10.00 และ 18.00 น.)

3. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล (ระยะประเมินผล)

3.1 เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

พบว่า ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการป้องกัน VAP ของเจ้าหน้าที่ (n=18) มีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจนในทุกกิจกรรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n=15)

กิจกรรมการพยาบาลหลัก	Pre	Post	Z	95%CI	p
	n(%)	n(%)			
1. การทำความสะอาดมือ	64.20	85.70	-2.12*	0.05 - 0.38	.034
2. การทำความสะอาดช่องปากและฟัน	68.50	100.00	-2.65*	0.12 - 0.51	.008
3. การจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัว	85.00	96.60	-1.89	-0.02 - 0.25	.059
4. การให้อาหารทางสายยาง	96.60	100.00	-1.00	-0.05 - 0.12	.317
5. การดูดเสมหะ (Suction)	90.89	96.96	-1.41	-0.04 - 0.16	.157
6. การหย่าเครื่องช่วยหายใจ	72.00	96.60	-2.41*	0.08 - 0.41	.016
7. การดูแลท่อช่วยหายใจ	78.50	100.00	-2.53*	0.10 - 0.33	.011

หมายเหตุ: * $p < .05$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยกลุ่มหลังการวิจัยมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มก่อนการวิจัย (65.12 ปี) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคไตเรื้อรัง (ESRD) อย่างไรก็ตาม พบว่าหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยลดลงจาก 8.5 วัน เหลือเพียง 5.2 วัน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนการวิจัย (n=30)	กลุ่มหลังการวิจัย (n=30)
เพศ (ชาย : หญิง)	24:6	21:9
อายุเฉลี่ย (ปี)	58.45	65.12
โรคประจำตัวที่พบบ่อย	ESRD, Pulmonary TB, HT	ESRD, HT, DM
ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย (วัน)	8.5	5.2
ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	18.2	14.5

ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

ผลลัพธ์ทางคลินิกพบความสำเร็จอย่างยิ่ง โดยอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลดลงจาก 5 รายในกลุ่มแรก เหลือ 0 ราย (ร้อยละ 0) ในกลุ่มหลังการวิจัย ซึ่งส่งผลให้อัตราการจำหน่ายผู้ป่วยในสถานะอาการดีขึ้นเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 86.6 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากบริบทจริงของหน่วยงานมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ก่อนการวิจัย (n=30)	หลังการวิจัย (n=30)	Z	95%CI	p
จำนวนผู้ป่วยที่เกิด VAP (ราย)	5	0	-2.36*	0.03 - 0.30	.018
อัตราการเกิด VAP (ครั้ง/1,000 วันใส่ท่อ)	6.8	0	-2.61*	0.00 - 5.42	.009
ผลการตรวจพบเชื้อในเสมหะ	A. baumannii, K. pneumoniae	ไม่พบเชื้อ	-	-	-
สถานภาพการจำหน่าย (ดีขึ้น/ย้ายออก) (ร้อยละ)	70.0	86.6	-1.55	-0.04 - 0.37	.121

หมายเหตุ: * $p < .05$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อแนวปฏิบัติฯ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 86.67) อายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 80.00) ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำสุด 4 เดือน สูงสุด 29 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 66.67) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.33) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 66.67) เคยอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 10 คน (ร้อยละ 66.67)

ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.71, SD. = 0.54)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n=15)

รายการ	Mean	SD.	ระดับ
1. ท่านเข้าใจและให้ความสำคัญต่อวิธีปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดภาวะติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	3.83	.56	มาก
2. วิธีปฏิบัติทางการพยาบาลมีความชัดเจน	3.79	.41	มาก
3. ขั้นตอนของวิธีปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการปฏิบัติ	3.50	.51	มาก
4. ท่านปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดภาวะติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทุกครั้ง	3.67	.65	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

รายการ	Mean	SD.	ระดับ
5. วิธีปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดภาวะติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเหมาะสมกับการใช้ในหน่วยงาน	3.75	.61	มาก
6. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้วิธีปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดภาวะติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	3.71	.55	มาก
รวม	**3.71**	**.54**	**มาก**

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. สภาพปัญหาและบริบทการดูแลผู้ป่วย (Look)

จากการศึกษาสภาพปัญหาพบว่า เดิมบุคลากรมีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการดูดเสมหะและการดูแลความสะอาดช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Huang et al.[8] ที่ระบุว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลเป็นปัจจัยหลักในการเกิด VAP นอกจากนี้ บริบทของหน่วยงานที่พบเชื้อดื้อยาอย่าง A. baumannii และ K. pneumoniae ยิ่งตอกย้ำความจำเป็นในการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม (Think & Act)

จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือการใช้กระบวนการ Participatory Action Research (PAR) โดยนำแนวคิดวงจร Look-Think-Act มาใช้ ทำให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (VAP Bundle) ไม่ได้มาจากทฤษฎีเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการระดมสมองของพยาบาลหน้างานเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะจุด เช่น การปรับวิธีแปรงฟันและการควบคุมแรงดัน Cuff pressure ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของดวงมาลย์ คำหม่อม[9] ที่พบว่าการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยอาศัยการนิเทศและการมีส่วนร่วม ช่วยให้พยาบาลเกิดความตระหนักและปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น และจันทรรัตน์ และคณะ[10] ที่ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานในบริบทโรงพยาบาลระดับจังหวัดสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้จริง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ออกมาดีอย่างมีนัยสำคัญคือ “การมีส่วนร่วม” ของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดของเลวิน (Lewin)[11] ที่ระบุว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะยั่งยืนเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและตัดสินใจด้วยตนเอง (Participatory Action) การที่พยาบาลในหน่วยงานร่วมกันร่างแนวปฏิบัติเองทำให้เกิดความตระหนัก (Awareness) และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน (Nursing Compliance) เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tabaei et al.[12] ที่พบว่ากระบวนการ PAR ช่วยยกระดับคุณภาพการควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างยั่งยืน

3. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ (Evaluation)

3.1 ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ อัตราการเกิด VAP ลดลงจาก 6.8 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อ เหลือ 0 ครั้ง (Zero VAP) และความสม่ำเสมอในการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1) การดูแลช่องปาก ผลที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 เกิดจากการปรับปรุงขั้นตอนการดูแลช่องปากจากการใช้เพียงสำลีเช็ดเป็นการแปรงฟันร่วมกับน้ำยาบ้วนปากและการดูดเสมหะเหนือกะเปาะ (Subglottic suction) ก่อนทำความสะอาด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Kalil et al.[13] และ Girish & Chawla[1] ที่ระบุว่ากิจกรรมพยาบาลพื้นฐานที่เข้มงวดคือหัวใจของการป้องกัน VAP ประเด็นนี้ยังสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ

Papazian et al.[14] และ Li et al.[15] ที่ยืนยันว่าการดูแลช่องปากอย่างทั่วถึงด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการลดปริมาณเชื้อแบคทีเรียที่จะสำลักลงสู่ปอด

2) การหย่าเครื่องช่วยหายใจและการดูแลท่อช่วยหายใจ การที่พยาบาลปฏิบัติได้ดีขึ้นช่วยให้ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง (จาก 8.5 เหลือ 5.2 วัน) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการลดโอกาสติดเชื้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Alshuraydi et al.[16] ที่พบว่าความร่วมมือใน VAP Bundle ของพยาบาลส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วย (Patient Outcomes)

3.2 ผลการศึกษาที่พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับสูง สามารถอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิดและงานวิจัยที่ทบทวนไว้ ดังนี้

1) ผลจากการมีส่วนร่วมตามแนวคิด PAR ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจริงได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและร่างแนวปฏิบัติด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Reason & Bradbury[17] ที่ระบุว่าการให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และทำให้แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง (Feasible) มากกว่าการใช้คำสั่งจากภายนอก

2) การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท (Contextualization) การที่บุคลากรพึงพอใจมากขึ้นเนื่องจากแนวปฏิบัติใหม่ได้แก้ไขจุดอ่อนเดิม เช่น การระบุวิธีการล้างมือที่ชัดเจน หรือการกำหนดทางเลือกในการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและชอบกัดไม้พันสำลี ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Melnyk & Fineout-Overholt[18] ที่เน้นย้ำว่าหัวใจของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) มาใช้ คือการต้องผนวกหลักฐานทางวิชาการเข้ากับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและบริบทเฉพาะของหน่วยงาน เพื่อให้ แนวปฏิบัติ “เหมาะสม” และ “ทำได้จริง” ณ ข้างเตียงผู้ป่วย

3) ความชัดเจนและการลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยลดความสับสนในการลำดับขั้นตอนการทำงาน (เช่น ลำดับการดูดเสมหะในปากและท่อช่วยหายใจ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Institute of Medicine[19] และ Dodek et al.[3] ที่ระบุว่าการพัฒนา Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ดีจะช่วยลดความแปรปรวนของการปฏิบัติงาน (Variation in Practice) และทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

4) ผลลัพธ์ต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เมื่อแนวปฏิบัติใช้งานง่ายและบุคลากรปฏิบัติตามได้อย่างสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิด VAP ลดลง ซึ่งความสำเร็จในการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความภาคภูมิใจและความพึงพอใจในวิชาชีพให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล สอดคล้องกับเป้าหมายของการใช้ VAP Care Bundle ที่เน้นความร่วมมือและความสม่ำเสมอเพื่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุด

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย

1. จุดเด่น (Strengths)

1.1 ความยั่งยืน (Sustainability) การใช้ PAR ทำให้พยาบาลรู้สึกเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ (Ownership) ส่งผลให้การปฏิบัติมีความต่อเนื่องมากกว่าการออกคำสั่งเพียงอย่างเดียว

1.2 ต่อบริบท (Context-Specific) แนวปฏิบัติถูกออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาใน MICU5 โดยตรง ทำให้แนวปฏิบัติ “ทำได้จริง” ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่จับต้องได้จริงคือการไม่พบเชื้อก่อโรคเดิมในกลุ่มหลังการวิจัยและพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก

1.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกเด่นชัด: (Clinical Excellence) งานวิจัยสามารถแสดงผลลัพธ์ที่จับต้องได้ทั้งในเชิงพฤติกรรม (Compliance เพิ่มขึ้น) และเชิงผลลัพธ์ผู้ป่วย (VAP Rate เป็นศูนย์)

2. ข้อจำกัด (Limitations)

2.1 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลา เนื่องจากการวิจัยเน้นการเปรียบเทียบภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง (n=30) ในช่วงเวลาที่ต่างกัน ปัจจัยด้านพยาธิสภาพเฉพาะราย

ของผู้ป่วยอาจมีผลต่อระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจที่ต่างกันได้ อาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปอ้างอิงในหอผู้ป่วยที่มีบริบทต่างกันอย่างสิ้นเชิง (เช่น หอผู้ป่วยเด็กหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

2.2 การขยายผล (Generalizability) เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติที่ปรับให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยเฉพาะ การนำไปใช้ในโรงพยาบาลขนาดอื่นหรือแผนกอื่นอาจต้องมีการปรับปรุงขั้นตอน (Fine-tune) ให้เหมาะสมกับอุปกรณ์และภาระงานในที่นั้นๆ

2.3 ปัจจัยรบกวนภาระงาน (Workload) แม้ความรู้และความพึงพอใจจะสูง แต่ในสถานการณ์วิกฤตที่มีภาระงานมาก อาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการปฏิบัติบางกิจกรรม เช่น การล้างมือที่ยังพบช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษามาตรฐานความถูกต้อง
2. ควรขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ และบุคลากรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Girish R, Chawla A. Ventilator-associated pneumonia: A brief review. Cureus. 2022;14(12):e32420.
2. Almeida B J, Diniz S S, Reis C E D. Impact of COVID-19 on the incidence, mortality, and costs associated with ventilator-associated pneumonia (VAP): A systematic review. J Crit Care. 2024;80:154567.
3. Dodek P, Keenan S, Hurford D, Martin C. Ventilator-associated pneumonia prevention. Can J Crit Care Nurs. 2020;31(3):48–56.
4. สุปรีดา สุขสวัสดิ์, กิตติพงษ์ สนธิสวัสดิ์, วราลักษณ์ โพธิ์พุฒ. แนวโน้มอุบัติการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย: พ.ศ. 2563–2566. วารสารการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ. 2567;10(1):45-56.
5. ชลธิชา วงศ์คำเปิน, ปิยนุช มณีศรี, สุวรรณา จันทรเกษมกุล. ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล. วารสารพยาบาลสาร. 2563;47(4):118-28.
6. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานสรุปอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2565–2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567.
7. Polit D F, Hungler B P. Nursing research: Principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
8. Huang Q, Zhang Y, Wang C, Li T, Wang Q, Li H, et al. Knowledge, attitude, and practice of nurses in ICU on preventing ventilator-associated pneumonia: A cross-sectional study in Gansu Province, China. Front Med. 2025;12:1591582.
9. ดวงมาลย์ คำหม่อม. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่. วารสารสาธารณสุขจังหวัดแพร่เพื่อการพัฒนา. 2567;3(2):1–15.
10. จันทรรัตน์ สิทธิบุศย์, สิงหเทพ นามวิเศษ, โยธานันท์ อิ่มเอิบ. การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2568;26(1):1-10.

11. Lewin K. Action research and minority problems. J Soc Issues. 1946;2(4):34–46.
12. Tabaei S, Alhani F, Ahmadi F, Alavi M. Promoting the quality of ventilator-associated pneumonia control in intensive care units: An action research. Tanaffos. 2020;19(3):223–34.
13. Kalil A C, Metersky M L, Klompas J, Muscedere J, Sweeney D A, Palmer L B, et al. Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis. 2016;63(5):e61–e111.
14. Papazian L, Penot A, Foucault C, Joffin L, Alby-Laurent F, Martin C, et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. J Intensive Med. 2023;3(2):115–25.
15. Li S, Huang Y, Xie H. The effectiveness of mouthwash solutions in preventing ventilator-associated pneumonia (VAP): A systematic review. Siriraj Med Bull. 2025; 18(2):1–12.
16. Alshuraydi N M, Al-Fayez F T, Al-Azzam M, Al-Zoubi M, Al-Zoubi S R. Nurses' compliance to ventilator-associated pneumonia prevention bundle and its effect on patient outcomes in intensive care units. J Clin Nurs. 2025;34 (15–16):1–12.
17. Reason P, Bradbury H, editors. Handbook of action research: Concise paperback edition. London: SAGE Publications; 2021.
18. Melnyk B M, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
19. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. Washington (DC): National Academies Press; 2011.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา
Nursing Care for Breast Cancer Patients Who Have Undergone Mastectomy and Received Chemotherapy: A Case Study

ปวริศา ธนโชติกรณ์*
Pawarisa Thanachotikon
Corresponding author: Email: Natebenjapon@gmail.com
(Received: February 28, 2026; Revised: March 7, 2026; Accepted: April 7, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์และศึกษาแนวทางการประเมินผู้ป่วย ค้นหาปัญหาความเสี่ยง ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา เลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างเดือนมกราคม- เดือนตุลาคม 2568 ศึกษาจากการปฏิบัติงานและจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ 60 ปี ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน จากคลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้ายมา 1 เดือน ได้รับการตรวจแมมโมแกรม ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ แพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม BIRADS-5 จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเอาแนวคิดกระบวนการพยาบาลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ขณะ หลังผ่าตัด รวมถึงการพยาบาลก่อน ขณะ หลังได้รับยาเคมีบำบัด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ให้ความสำคัญในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ภายใต้ความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษาของตนเอง ได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา จำนวน 8 ครั้ง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น สามารถควบคุมโรคได้

สรุปและข้อเสนอแนะ : กรณีศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม; การผ่าตัดเต้านม; การได้รับยาเคมีบำบัด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมธานี

Abstract

Purpose : To analyze and study patient assessment guidelines, find risk problems, as well as nursing planning to prevent complications that occur in breast cancer patients who have undergone mastectomy and received chemotherapy.

Study design : Case study.

Material and Methods : The study was conducted as a case study. Select breast cancer patients who have undergone mastectomy and received chemotherapy at the surgical outpatient department, Pathum Thani Hospital between January - October 2025, study from practice and from medical records.

Main finding : Case study: A 60-year-old female was referred from a community hospital after a lump was found in her left breast for one month. The patient underwent mammogram and biopsy. The doctor diagnosed her with BIRADS-5 breast cancer. From the assessment of the health status, the researcher therefore analyzed the data by using nursing process concepts to determine nursing decisions before, during, and after surgery. And nursing care before, during, and after receiving chemotherapy. Covers the physical, mental, emotional, social, and spiritual aspects, emphasizing the provision of information to patients and relatives. Emphasis is placed on communication with the multidisciplinary team caring for the patient under knowledge and experience from past operations. It was found that the patient and relatives participated in decision-making regarding their treatment plan, completed the full course of 8 rounds of chemotherapy, and experienced no complications, and showed no metastasis to other organs, the disease was under control.

Conclusion and recommendation : This case study can be used as a guideline for providing nursing care to breast cancer patients who have undergone mastectomy and received chemotherapy.

Keywords : Nursing care for breast cancer patients; Mastectomy; Chemotherapy

*Registered Nurse Professional Level, Pathum Thani Hospital.

บทนำ

มะเร็งเต้านมเกิดจากการแบ่งตัวอย่างผิดปกติบริเวณของเซลล์เต้านมในตำแหน่งหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปเซลล์มะเร็งจะเริ่มกินเนื้อเยื่อเต้านมปกติข้างเคียง และกระจายไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ช่วยกรองสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย เมื่อมะเร็งกระจายไปบริเวณต่อมน้ำเหลือง เซลล์มะเร็งจะสามารถแพร่กระจายไปได้ในทุกส่วนของร่างกาย ฉะนั้นระยะของมะเร็งจึงขึ้นกับการกระจายของโรคร่วมด้วย[1] มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโรคมะเร็งในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย แนวโน้มของโรคมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นมากขึ้น[2] การรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การรักษาด้วยฮอร์โมน และการรักษาแบบมุ่งเป้า โดยการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง และสภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาแบบผสมผสานเป็นแนวทางที่นิยมใช้เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและลดการกลับเป็นซ้ำของโรค[3] การผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) เป็นวิธีการรักษาหลักที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดก้อนมะเร็งออกจากร่างกาย โดยอาจเป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมดหรือบางส่วนและมักมีการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ร่วมด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปวดแผล การติดเชื้อ แผลหายช้า การเคลื่อนไหวของแขนลดลง และภาวะบวมน้ำของแขน (Lymphedema)[4] นอกจากนี้การสูญเสียเต้านมยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของร่างกาย ความภาคภูมิใจในตนเอง และบทบาททางสังคมของผู้ป่วย ในด้านการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ซึ่งเป็นการรักษาแบบระบบมีบทบาทสำคัญในการทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยสามารถให้ก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant) หรือหลังการผ่าตัด (Adjuvant) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา อย่างไรก็ตามยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงหลายประการ เช่น คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย ผมร่วง ภาวะกดไขกระดูก ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และภาวะปลายประสาทเสื่อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก[5] ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและยาเคมีบำบัดจึงต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค ความเครียดจากผลข้างเคียงของการรักษา รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและครอบครัว[6]

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและยาเคมีบำบัดเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลแบบองค์รวม โดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี[7] พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกมิติ การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นฟู และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลเวชระเบียนของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดในปี พ.ศ.2565-2568 จำนวน 114, 72, 22 และ 81 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนลดลงจากแพทย์ที่ให้ยาเคมีบำบัดลาออกในปี พ.ศ.2567 ส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และในปี พ.ศ.2568 มีแพทย์สำเร็จการศึกษาด้านศัลยกรรมเต้านมมาดูแลการให้ยาเคมีบำบัดจึงมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของพยาบาลต้องเพิ่มอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วยตามภาระงาน ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล และแนวทางที่กำหนดไว้แต่ยังพบว่ามีการดูแลที่แตกต่างกันในพยาบาลที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางและพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรม และการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยแต่ละรายยังไม่ครอบคลุมการดูแลติดตามต่อเนื่องหลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ศึกษาได้มีการทบทวนเอกสาร

วิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การศึกษารายกรณีจึงเป็นวิธีการศึกษาที่ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งในบริบทจริง สามารถวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และศึกษาแนวทางการประเมินผู้ป่วย ค้นหาปัญหาความเสี่ยง ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ทำการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา (Case study) เลือกผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนตุลาคม 2568 ศึกษาจากการปฏิบัติงานและจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

กลุ่มเป้าหมาย เลือกกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 60 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธการแพ้ยา ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน จากคลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้ายมา 1 เดือน ได้รับการตรวจแมมโมแกรม ตรวจอัลตร้าซาวด์ ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ แพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม BIRADS-5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[8] มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด[9] มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด[10] แนวคิดกระบวนการพยาบาล[11]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติร่วมกับการสังเกตผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในทุกระยะ และได้รับยาเคมีบำบัดทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานการใช้เหตุผล[12] โดยแบ่งตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคือ ระยะก่อน ขณะ หลังการผ่าตัด ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู[9] รวมถึงการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้ง ระยะก่อน ขณะ หลังได้รับยาเคมีบำบัด[10] การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่มีประวัติการผ่าตัดมาก่อน ผู้ป่วยคลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้ายมา 1 เดือน ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลปทุมธานี สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร แพทย์ได้ตรวจด้วยการทำเมมโมแกรม ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) และผ่าตัดเต้านมครั้งแรกแบบผ่าตัดเล็ก

(Minor Surgery) เพื่อเก็บตัวอย่างก้อนเนื้อที่สงสัยในเต้านมหรือเนื้อเยื่ออ่อน โดยใช้ Ultrasound ช่วยนำทางเข็มเจาะแกนกลาง (Core Needle Biopsy: CNB) เพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อที่แม่นยำมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยาโดยไม่ต้องผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้าย BIRADS category 5 และได้รับการผ่าตัดครั้งที่สองเป็นการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมแบบสงวนเต้า (Breast Conserving Surgery: BCS) โดยใช้ Ultrasound นำทางเพื่อตัดก้อนเนื้อออก ร่วมกับการตรวจหาและตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel Lymph Node Biopsy: SLNB) ที่รักแร้เพื่อประเมินการแพร่กระจายโดยไม่ตัดต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดออกและให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) จำนวน 8 ครั้ง ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเต้านมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัว คลายความกังวล และผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนขณะและหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health Perception-Health Management Pattern)	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงในอดีต ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน เมื่อทราบผลการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม มีความตกใจและวิตกกังวล แต่ยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือดี - มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง เช่น รับประทานอาหารทั่วไป ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ สรุป: มีการรับรู้สุขภาพดี แต่ยังขาดความรู้เฉพาะเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง
2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ (Nutritional–Metabolic Pattern)	- รับประทานอาหารได้วันละ 3 มื้อ ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร น้ำหนักตัวคงที่ ไม่มีภาวะผอม หรืออ้วนเกิน - ผิวหนังปกติไม่มีแผล ยกเว้นพบก้อนบริเวณเต้านม ไม่มีแผลเปิด ไม่มีอาการอ่อนเพลีย สรุป: ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี
3. แบบแผนการขับถ่าย (Elimination Pattern)	- การขับถ่ายปัสสาวะปกติ ไม่มีอาการแสบขัด อุจจาระวันละครั้ง ลักษณะปกติ ไม่มีท้องผูกหรือท้องเสีย สรุป: การขับถ่ายปกติ
4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity–Exercise Pattern)	- สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น เดิน ทำงานบ้าน ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย - ไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
	สรุป: ความสามารถในการทำกิจกรรมปกติ แต่ขาดการออกกำลังกาย
5. แบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ (Sleep–Rest Pattern)	- นอนหลับประมาณ 6–7 ชั่วโมง/คืน มีปัญหานอนหลับยากเล็กน้อยหลังทราบผลการวินิจฉัย เนื่องจากความวิตกกังวล สรุป: การนอนหลับถูกรบกวนจากความเครียด
6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive–Perceptual Pattern)	- รู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ การสื่อสารเข้าใจดี ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยิน - มีอาการปวดบริเวณเต้านมเล็กน้อย (Pain score 3/10) สรุป: การรับรู้ปกติ มีอาการปวดเล็กน้อย
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception–Self-Concept Pattern)	- ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการสูญเสียเต้านม กลัวสูญเสียความเป็นหญิง - รู้สึกไม่มั่นใจในรูปร่างในอนาคต สรุป: มีความเสี่ยงต่อภาพลักษณ์ตนเองบกพร่อง
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role–Relationship Pattern)	- ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นภรรยาและมารดา มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุตร - ไม่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ สรุป: ระบบสนับสนุนทางสังคมดี
9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality–Reproductive Pattern)	- ผู้ป่วยหมดประจำเดือนแล้ว ไม่มีปัญหาด้านระบบสืบพันธุ์ - มีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นหญิงและความสัมพันธ์กับคู่สมรสภายหลังการผ่าตัด สรุป: มีความกังวลด้านภาพลักษณ์และบทบาททางเพศ
10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและการปรับตัว (Coping–Stress Tolerance Pattern)	- ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาแต่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี - ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการพูดคุยกับครอบครัว และยอมรับการรักษา สรุป: มีความสามารถในการปรับตัวดีแต่ยังมีความเครียดระดับปานกลาง
11. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (Value–Belief Pattern)	- ผู้ป่วยมีความเชื่อทางศาสนา (พุทธ) เชื่อว่าการรักษาจะช่วยให้หายหรือดีขึ้น

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แบบแผนของกอร์ดอน	กรณีศึกษา
	- มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ สรุป: มีค่านิยมและความเชื่อที่สนับสนุนการรักษา

จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายโดยรวมดี ไม่มีโรคร่วม แต่มีปัญหาหลักด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด และความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ตนเอง รวมถึงการนอนหลับที่ถูกรบกวน ในด้านสังคมผู้ป่วยมีครอบครัวสนับสนุนดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวและการรักษา ข้อมูลจากการประเมินสามารถนำไปใช้ในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด	
1. ผู้ป่วยวิตกกังวลจากการรับรู้โรคและการผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงภายใน 24–48 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกและความกังวลได้ 3) ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อโรคและการรักษาได้ 4) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินและสังเกตพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย มือสั่น ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและความเชื่อ/ทัศนคติ ประเมินระบบสนับสนุน เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล 2. สร้างความไว้วางใจ พยาบาลแนะนำตนเองใช้น้ำเสียงนุ่มนวล อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกใช้คำถามปลายเปิด เช่น “รู้สึกกังวลเรื่องอะไรบ้าง” 3. อธิบายโรคและแผนการรักษา ทั้งขั้นตอนการผ่าตัด การฟื้นตัว โดยใช้สื่อประกอบ เช่น รูปภาพ โมเดล ให้ข้อมูลตามความพร้อมของผู้ป่วย 4. สอนเทคนิคผ่อนคลาย การหายใจลึก ส่งเสริมความคิดเชิงบวก สนับสนุนด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ญาติร่วมรับฟังข้อมูลและส่งเสริมการให้กำลังใจ 5. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด อธิบายขั้นตอนก่อน–หลังผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัว ตอบข้อสงสัย 6. ดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด ประเมินความวิตกกังวลซ้ำ สนับสนุนการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ ให้คำปรึกษา

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล: ผู้ป่วยเล่าระบายถึงความวิตกกังวลและวิตกกังวลลดลง เข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ มีสีหน้าและพฤติกรรมผ่อนคลายขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา
ระยะผ่าตัด	
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและยาสลบ	**กิจกรรมการพยาบาล:**
วัตถุประสงค์การพยาบาล: 1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนใน 24–72 ชั่วโมงแรก 2) สัญญาณชีพคงที่ 3) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและยาสลบ 4) ฟื้นตัวได้ตามเกณฑ์	1. ประเมินสัญญาณชีพ baseline ตรวจผล Lab (CBC, Electrolytes) ประเมินระบบหายใจและหัวใจ NPO 6–8 ชั่วโมง 2. เตรียมระบบหายใจ สอน Deep breathing, Coughing Incentive spirometry เพื่อป้องกันปอดแฟบ ระยะขณะผ่าตัด (Intraoperative Care) 1. การเฝ้าระวังโดย Monitor สัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ประเมิน Oxygenation จัดท่าที่เหมาะสม เพื่อป้องกัน Pressure injury และ Nerve damage 2. ควบคุมความปลอดภัย โดยตรวจสอบ Surgical site ตามหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกัน infection ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Care) 1. ป้องกันภาวะทางเดินหายใจ โดย ประเมิน RR, O2 saturation จัดท่า Semi-Fowler สอน Deep breathing / Coughing ให้ O_2 therapy ตามแผน การเฝ้าระวังการเสียเลือดที่ผิดปกติ โดยประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15–30 นาที (ระยะแรก) ตรวจแผลและ Drain สังเกตอาการซีด เหงื่อออก 2. ป้องกันการติดเชื้อ โดยให้การดูแลตามหลัก Aseptic wound care ประเมินแผล (แดง บวม หนอง) Hand hygiene 3. ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยให้ Antiemetic งดอาหารจนกว่าจะรู้สึกตัวดี เริ่มอาหารอ่อน 4. จัดการความปวด ประเมิน Pain score ให้ Analgesic จัดท่าลดปวด เพื่อลด Stress และภาวะแทรกซ้อน 5. ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยส่งเสริม Early ambulation บริหารแขน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน **การประเมินผล:** ผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ O2 sat=96-100% ไม่มีอาการหายใจลำบาก แผลไม่มีเลือดออกผิดปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยฟื้นตัวดี เคลื่อนไหวได้ดี
ระยะหลังผ่าตัด	
3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงภายใน 24–48 ชั่วโมง 2) Pain score ≤ 3/10 3) ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้ 4) สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมได้ตามเหมาะสม	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินระดับความปวดใช้ Pain scale (0–10) ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ประเมินลักษณะความปวด ตำแหน่ง ลักษณะ ระยะเวลา และประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น Paracetamol, NSAIDs, Opioids และประเมินผลหลังให้ยา 30–60 นาที 3. จัดท่าที่เหมาะสม เช่น Semi-Fowler ใช้หมอนรองแขน เพื่อลดแรงตึงแผล สอนเทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด 4. ประเมินแผลว่ามีอาการบวม แดง มีเลือดซึม ดูแล Drain ไม่ให้ดึงรั้ง ส่งเสริม Early ambulation สอนบริหารแขน 5. รับฟังความรู้สึกและให้กำลังใจ อธิบายสาเหตุของความปวด แนะนำวิธีจัดการความปวด **การประเมินผล:** Pain score = 4 คะแนน ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดไป 1 ครั้ง สีหน้าผ่อนคลาย สามารถนอนหลับได้ต่อเนื่อง สัญญาณชีพปกติ
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อใน 3–5 วันแรก 2) แผลผ่าตัดสะอาดแห้งดี 3) แผลหายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด สี (แดง/ซีด) บวม ร้อน เจ็บมีหนอง หรือ Discharge ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ประเมินปริมาณและลักษณะสารคัดหลั่งจาก Drain ทั้งสี กลิ่น ปริมาณ 2. ทำแผลตามแผนการรักษาใช้อุปกรณ์ Sterile เปลี่ยนผ้าปิดแผลเมื่อเปียก/สกปรก สังเกตอาการผิดปกติ ตรวจสอบการทำงานของ Drain ไม่ให้หักงอ ไม่อุดตัน และบันทึกปริมาณสารคัดหลั่ง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4) ผู้ป่วยสามารถดูแลแผลได้อย่างถูกต้อง	3. ล้างมือก่อน–หลังให้การพยาบาล ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ขณะทำแผล ขณะดูแล Drain เพื่อป้องกันการปนเปื้อน 4. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียง 5. การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ สอนการดูแลแผล แนะนำอาการที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้แผลแดงบวม สอนการล้างมือ **การประเมินผล:** แผลแห้ง ไม่มี Discharge ซึม ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส แผลหายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยดูแลแผลได้ถูกต้อง
5. เสี่ยงต่อภาวะภาวะบวมน้ำเหลือง (Lymphedema) **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการบวมของแขนภายใน 3–5 วันหลังผ่าตัด และตลอดระยะเวลาที่มีการติดตาม 2) ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีป้องกัน Lymphedema ได้ถูกต้อง 3) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้เหมาะสม	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินลักษณะแขนข้างผ่าตัด โดย วัดรอบแขน เปรียบเทียบสองข้าง ประเมินอาการบวม ตึง หนัก หรือปวด ประเมินการเคลื่อนไหวของแขน ทั้งไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ประเมินสัญญาณการติดเชื้อ เช่น อาการแดง ร้อน ปวด มีไข้ 2. ป้องกันภาวะบวมน้ำเหลือง โดยการจัดท่าแขนให้สูงกว่าระดับหัวใจใช้หมอนรองแขน หลีกเลี่ยงการใช้แขนข้างผ่าตัด ห้ามวัดความดัน ห้ามเจาะเลือด/ฉีดยา ส่งเสริมการเคลื่อนไหวแขน ระยะเริ่มต้น (วันแรก–วันที่3) ให้กำมือ–คลายมือ, งอ–เหยียดข้อศอก ระยะต่อมายกแขนระดับไหล่ ไต่ผนัง หลีกเลี่ยงการยกของหนัก (>2–3 กก.) 3. การดูแลผิวหนัง โดย รักษาความสะอาดผิวหนัง หลีกเลี่ยงการเกิดแผล/รอยขีดข่วน ใช้ครีมบำรุงผิว 4. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของ Lymphedema เช่น แขนบวม หนัก ตึง แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้ารัดแน่น หลีกเลี่ยงความร้อน (เช่น แช่น้ำร้อน) แนะนำการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ การติดตามต่อเนื่อง นัดติดตามประเมินขนาดแขน ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย **การประเมินผล:** แขนข้างผ่าตัดไม่มีอาการบวม วัดรอบแขนไม่แตกต่างจากอีกข้าง ไม่มีอาการปวด ตึง หรือหนักแขน ผู้ป่วย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	สามารถอธิบายวิธีป้องกันได้ ไม่เกิดภาวะ Lymphedema ไม่มีการติดเชื้อ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง
6. สูญเสียความมั่นใจจากภาพลักษณ์ตนเองบกพร่องจากการผ่าตัดเต้านม **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายได้ 2) ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ตนเอง 3) สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างมั่นใจ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ตนเอง ความรู้สึกต่อร่างกาย การยอมรับการเปลี่ยนแปลง ประเมินปฏิกิริยาทางอารมณ์ เศร้า วิตกกังวล อาย เพื่อระบุระดับปัญหาทางจิตใจ 2. สร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ โดยรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อลดความเครียดทางอารมณ์ 3. ส่งเสริมการยอมรับตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองแผลเมื่อพร้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เพื่อช่วยให้ปรับตัวต่อความเป็นจริง 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นตัวอธิบายว่าความรู้สึกจะดีขึ้นตามเวลา **การประเมินผล:** ผู้ป่วยสามารถพูดถึงความรู้สึกได้ กล้ามองแผลผ่าตัด แสดงความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยยอมรับร่างกาย มีความมั่นใจมากขึ้น สามารถกลับไปทำกิจกรรมได้
<u>**ก่อนให้ยาเคมีบำบัด**</u>	
7. วิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงก่อนให้ยาเคมีบำบัด 2) สามารถอธิบายผลข้างเคียงและวิธีดูแลตนเองได้ 3) ผู้ป่วยสามารถเผชิญและจัดการผลข้างเคียงได้ 4) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบแผนการรักษา	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินระดับความวิตกกังวล สังเกตพฤติกรรม สีหน้าท่าทาง ประเมินความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัด ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียง ประเมินความเชื่อและทัศนคติ ความกลัว เช่น ผมร่วง เสียชีวิตเพื่อวางแผนการให้ข้อมูล 2. อธิบายการทำงานของยาเคมีบำบัด โดยอธิบายผลข้างเคียงที่ “อาจเกิด”คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง เม็ดเลือดขาวต่ำ เน้นว่าผลข้างเคียง“สามารถควบคุมได้” 3. แนะนำการป้องกันคลื่นไส้โดยรับประทานอาหารอ่อน เรื่องผมร่วงเตรียมหมวก/วิก การป้องกันการติดเชื้อล้างมือ หลีกเลี่ยงคนป่วย สอนเทคนิคผ่อนคลาย ส่งเสริมความคิดเชิงบวก ให้ญาติร่วม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รับฟังข้อมูลและส่งเสริมกำลังใจ 4. เตรียมความพร้อมก่อนให้ยา ตรวจ CBC เตรียม Antiemetic และอธิบายขั้นตอนการให้ยา 5. ติดตามการดูแลต่อเนื่องโดยประเมินความวิตกกังวลทุก Cycle เพื่อปรับการดูแลให้เหมาะสม **การประเมินผล:** ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลลดลง สีหน้าผ่อนคลาย สามารถอธิบายผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ครบตามแผน ไม่การหยุดยา
<u>ขณะให้ยาเคมีบำบัด</u>	
8. เสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด 2) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น Anaphylaxis, Extravasation 3) ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ครบตามแผนการรักษา	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ชนิดยา ขนาดยา อัตราการให้ เพื่อป้องกัน Medication error 2. ประเมินสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC: WBC, Hb, Platelet) ประเมินหลอดเลือดดำ เลือกเส้นที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยง Extravasation 3. การเตรียมความพร้อมในการให้ยา โดยเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน, Oxygen, Adrenaline, Antihistamine เพื่อพร้อมต่อการป้องกันการเกิด Anaphylaxis 4. ให้ Premedication ตามแผนการรักษา 5. เฝ้าระวังอาการแพ้ยา โดยสังเกตอาการ ผื่น คัน หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หากพบอาการหยุดยาทันที แจ้งแพทย์ ให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน เฝ้าระวัง Extravasation สังเกตอาการปวด บวมแดง บริเวณให้ยา หากพบอาการหยุดยาทันที ดูแลตาม Protocol เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยประเมินอาการเป็นระยะ ให้ยาแก้คลื่นไส้ ปรับท่าทาง เฝ้าระวังสัญญาณชีพวัด BP, HR, RR ทุก 15–30 นาที 6. การให้สารน้ำตามแผน เพื่อลด Toxicity ของยา **การประเมินผล:** ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา ไม่มี Extravasation

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	สัญญาณปกติ ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษาอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับควบคุมได้
<u>หลังให้ยาเคมีบำบัด</u>	
9. ไม่สุขสบายเนื่องจากคลื่นไส้อาเจียน **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงภายใน 24–72 ชั่วโมง 2) สามารถรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น 3) ภาวะโภชนาการและสมดุลน้ำคงที่	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวนครั้ง/วัน ความรุนแรง ประเมินภาวะขาดน้ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง ปริมาณปัสสาวะ ประเมินภาวะโภชนาการ ปริมาณอาหารที่รับประทาน 2. ให้ยาแก้คลื่นไส้ตามแผนการรักษาติดตามผลข้างเคียงของยา 3. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารแห้ง เช่น ขนมปังกรอบ รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง 4. จัดห้องให้มีอากาศถ่ายเท หลีกเลี่ยงกลิ่นรบกวน ให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ จัดท่าศีรษะสูง 5. ให้สารน้ำ IV หากจำเป็น เฝ้าระวัง Electrolyte imbalance 6. อธิบายว่าเป็นอาการชั่วคราว แนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน **การประเมินผล:** ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงจากการให้ครั้งแรก รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาเจียนซ้ำ
10. สูญเสียความมั่นใจเนื่องจากภาพลักษณ์ตนเองบกพร่อง (ผมร่วง) **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** 1) ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับผมร่วงได้ 2) ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ลดลง 3) ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง 4) สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตได้อย่างมั่นใจ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ประเมินการรับรู้ภาพลักษณ์ตนเอง ความรู้สึกต่อผมร่วง ประเมินผลกระทบทางจิตใจ ความเครียด ความเศร้า ประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว 2. สร้างความไว้วางใจโดย รับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย 3. อธิบายว่าเป็นผลชั่วคราวผมสามารถงอกใหม่หลังหยุดยา แนะนำการใช้วิก หมวก ผ้าคลุมศีรษะ แนะนำการแต่งหน้าดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ 4. ชื่นชมจุดแข็งของผู้ป่วย สนับสนุนกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ให้ความรู้ครอบครัว โดยแนะนำวิธีให้กำลังใจ หลีกเลี่ยงคำพูดกระทบจิตใจ ส่งเสริมการพูดคุยกับครอบครัว 6. ประเมินความรู้สึกต่อเนื่อง ประเมินการปรับตัว เพื่อปรับแผนการดูแลที่เหมาะสม **การประเมินผล:** ผู้ป่วยสามารถพูดถึงความรู้สึกได้ ระดับความกังวลลดลง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น กลับเข้าสังคมได้

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่มีความเสี่ยงสูง (BIRADS 5) และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดจำนวน 8 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ในด้านร่างกาย (Physical aspect) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ ปวดแผลหลังผ่าตัด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการรักษาด้วยการผ่าตัดและยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinkle & Cheever[13] ที่ระบุว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักมีอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) และมีผลข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal side effects) จากเคมีบำบัด นอกจากนี้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำยังเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเสี่ยงต่อภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) และภาวะติดเชื้อ (Infection) สูง[14] ในด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological aspect) พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะความกลัวเกี่ยวกับโรค ความกังวลต่อผลข้างเคียง ภาพลักษณ์ตนเองบกพร่องจากผมร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Montazeri[15] ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาด้านภาพลักษณ์และภาวะซึมเศร้าหลังการรักษา การที่ผู้ป่วยสามารถเปิดเผยความรู้สึกและได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากพยาบาลและครอบครัว ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการพยาบาลในการดูแลทางด้านจิตสังคม (Psychosocial care) ในด้านสังคมและบทบาท (Social aspect) พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมในช่วงที่มีผมร่วงและอ่อนเพลีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fobair et al.[16] ที่ระบุว่าภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลต่อความมั่นใจและการเข้าสังคม การส่งเสริมการใช้วิกผม การแต่งกาย และการสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น สำหรับบทบาทของพยาบาลผู้ดูแลในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมการประเมินแบบองค์รวม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem’s Self-Care Theory[17] ที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการพยาบาลจากการดูแลอย่างต่อเนื่องพบว่า อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยลดลง สามารถจัดการอาการข้างเคียงได้ มีการปรับตัวด้านจิตใจดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลแบบองค์รวมมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) มีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ลดความวิตกกังวล ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษา

อย่างครบถ้วน ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยคือการดูแลติดตามระยะยาวและการเฝ้าระวังซ้ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing model) จัดโปรแกรมให้ความรู้ก่อน-หลังเคมีบำบัด และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง

3. จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็ง พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มการติดตามผู้ป่วยระยะยาว

4. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ พัฒนาแนวทางปฏิบัติด้าน Psychosocial support และศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaibreast.org/TH/knowledge/breast_cancer_risk_factors.html.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel R L, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
3. Waks A G, Winer E P. Breast cancer treatment: a review. JAMA. 2019;321(3):288-300.
4. Bland K I, Copeland E M, Klimberg V S, Gradishar W J. The breast: comprehensive management of benign and malignant diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
5. National Cancer Institute. Chemotherapy and you: support for people with cancer [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 19]. Available from: https://www.cancer.gov.
6. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2023–2024 [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 19]. Available from: https://www.cancer.org.
7. Potter P A, Perry A G, Stockert P A, Hall A M. Fundamentals of nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
8. รัชนก คชไกร, เวหา เกษมสุข. การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรซ; 2562.
9. โศภิษฐ์ สุวรรณเกษาวงศ์, ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล, ธีรพร สถิรอังกูล, วชิรา โพธิใส, สุพัสตรา เสนสาย. มาตรฐานและการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
10. กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. การบริหารยาเคมีบำบัด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-030.pdf.
11. อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ Nursing Process : Theory to Practice. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนอรุณการพิมพ์ จำกัด; 2565.
12. พรศิริ พันธศรี. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก Nursing process & functional health pattern: application in clinical practice. พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์; 2563.
13. Hinkle J L, Cheever K H. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 14th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
14. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer; 2023.
15. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review. Support Care Cancer. 2008;16(3):223–34.
16. Fobair P, Stewart S L, Chang S, D'Onofrio C, Banks P J, Bloom J R. Body image and sexual problems in young women with breast cancer.

Psychooncology. 2006;15(7):579–94.

17. Orem D E. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

ประสิทธิผลของโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

Effectiveness of the “Thung Mon Kitchen, Reduce Salt, Reduce Risk” Program through Community Participation in Controlling Blood Pressure among the Pre-hypertension Group at Thung Mon Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Phanom Province

จีระนันท์ เสริฐศรี*
Jeeranan Sertsee
Corresponding author: E-mail: tongmon13979@gmail.com
(Received: March 4, 2026; Revised: March 11, 2026; Accepted: April 11, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 142 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 71 คน และกลุ่มควบคุม 71 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” ระยะเวลา 8 สัปดาห์, เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล, แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรม สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและการทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย : ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสามารถในการดัดแปลงพฤติกรรมและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างเป็นรูปธรรม มีข้อเสนอแนะให้นำรูปแบบ “ครัวสาธิต” ไปขยายผลเป็นมาตรฐานการบริการเชิงรุกในสถานพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง; พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม; การมีส่วนร่วมของชุมชน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน

Abstract

Purposes : To compare the blood pressure levels, Health Belief Model scores, and sodium consumption behaviors among the pre-hypertension group before and after participating in the program, and to compare the outcomes between the experimental and control groups.

Study design : A quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design.

Materials and Methods : The sample consisted of 142 individuals aged 35 years and older with pre-hypertension. They were divided into an experimental group (n=71) and a control group (n=71), selected through multi-stage sampling. The research instruments included the 8-week "Thung Mon Kitchen, Reduce Salt, Reduce Risk" program, a digital blood pressure monitor, a health belief questionnaire, and a behavioral questionnaire. The statistics used for data analysis included descriptive statistics, dependent samples t-test (paired samples t-test), and independent samples t-test.

Main findings : After the experiment, the experimental group showed a statistically significant decrease in mean systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) ($p<.001$), and their mean blood pressure was significantly lower than that of the control group ($p<.001$). Furthermore, the Health Belief Model scores and sodium consumption behaviors significantly improved compared to the pre-experiment phase and were significantly better than those of the control group ($p<.001$).

Conclusion and recommendations : The program is highly effective in tangibly modifying behaviors and reducing blood pressure levels. It is recommended to expand the "Demonstration Kitchen" model as a proactive standard of care in healthcare settings.

Keyword : Pre-hypertension group; Sodium consumption behavior; Community participation

* Registered Nurse, Professional Level, Thung Mon Sub-District Health Promoting Hospital.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นความท้าทายระดับโลกในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งได้รับการขนานนามว่าเป็น "ฆาตกรเงียบ" เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงในระยะเริ่มต้น แต่ภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจะส่งผลทำลายหลอดเลือดและอวัยวะสำคัญภายในร่างกาย นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคไตเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก (WHO)[1] ประมาณการว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมากกว่า 1.28 พันล้านคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงถึง 25.4%[2] ปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีอิทธิพลสูงสุดที่กระตุ้นให้เกิดโรคคือ "พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม" ที่ล้นเกิน โดยพบว่าคนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ยถึง 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำคือไม่ควรเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ถึงเกือบสองเท่า[3]

สาเหตุหลักของภาวะความดันโลหิตสูงในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความซับซ้อนและผูกพันกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม การบริโภคอาหารอย่างแยกไม่ออก วิถีชีวิตดั้งเดิมของชาวอีสานนิยมรับประทานอาหารที่มีรสจัดและพึ่งพาการถนอมอาหารเพื่อให้เก็บไว้รับประทานได้นาน เครื่องปรุงรสหลักที่แทบทุกครัวเรือนขาดไม่ได้คือ "ปลาร้า" หรือ "ปลาแดก" ตลอดจนการบริโภคอาหารหมักดอง ผงชูรส และวัฒนธรรมการจิ้มข้าวเหนียวกับน้ำแกงหรือน้ำส้มตำ พฤติกรรมความเคยชินเหล่านี้ทำให้เกิดสภาวะ "โซเดียมแฝง" และ "โซเดียมซ้ำซ้อน" ในมื้ออาหารแต่ละวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อพิจารณาข้อมูลระดับพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่ากำลังเผชิญกับวิกฤตสุขภาพดังกล่าวเช่นเดียวกัน โดยอัตราการพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี ที่สำคัญคือพบประชากรกลุ่มเสี่ยง (Pre-hypertension) ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-139 / 80-89 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหากกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ไม่ได้รับการจัดการพฤติกรรมอย่างทันท่วงที จะพัฒนากลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเต็มขั้นในอนาคตอันใกล้

แม้ที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมนจะมีการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า รูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic) ส่วนใหญ่มักเป็นเพียงการให้สุขศึกษาแบบสื่อสารทางเดียว (One-way communication) ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับอันตรายของโซเดียมและการอ่านฉลากโภชนาการ แต่ไม่ได้เข้าไปจัดการกับ "สิ่งแวดล้อมด้านอาหารในระดับครัวเรือน รวมถึงไม่ได้ให้ทักษะเชิงปฏิบัติในการดัดแปลงอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของชาวบ้าน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงไม่สามารถเอาชนะความยึดติดในรสชาติอาหารดั้งเดิมได้ การรับรู้ว่า "อาหารลดเค็มคืออาหารที่ไม่อร่อย" จึงกลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ความพยายามในการลดโซเดียมในระดับชุมชนล้มเหลว ช่องว่างสำคัญที่ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตในพื้นที่ภาคอีสานไม่ได้ผลลัพธ์เท่าที่ควร คือความเชื่อที่ฝังรากลึกว่าอาหารลดเค็มคืออาหารที่ไม่อร่อย คำแนะนำทางการแพทย์ส่วนใหญ่มักเป็นการปฏิเสธวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น ทำให้ขาดการศึกษารูปแบบการดัดแปลงเครื่องปรุงพื้นบ้านอย่างเป็นรูปธรรม งานวิจัยนี้จึงมุ่งอุดช่องว่างดังกล่าวด้วยการสร้างนวัตกรรมครัวต้นแบบที่เน้นการใช้สมุนไพรชูรสแทนความเค็ม"

ด้วยเหตุนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ฝังรากลึกจึงไม่สามารถทำได้ด้วยการให้ความรู้เพียงผิวเผิน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock[4] มาประยุกต์ใช้เพื่อปรับโครงสร้างความคิดของกลุ่มเสี่ยงให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และ

หาทางก้าวข้ามอุปสรรคในการลดโซเดียม บูรณาการร่วมกับทฤษฎีกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ของ โคเฮน และอัพฮอฟฟ์[5] เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทของกลุ่มเสี่ยงจาก "ผู้รับบริการ" ให้กลายเป็น "ผู้ร่วมสร้างสรรค์สุขภาพ" จนเกิดเป็นนวัตกรรมโปรแกรม "ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง" ซึ่งมีจุดเด่นในการจัดตั้ง "ครัวสาธิต" ให้ชาวบ้านได้ลงมือปฏิบัติจริงในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านชูรสชาติแทนความเค็ม และมีการใช้อุปกรณ์เชิงสัญลักษณ์คือ "ชุดช้อนตวง" ประจำครัวเรือนควบคู่กับการให้แกนนำลงติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหวังที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวว่าจะสามารถเปลี่ยนผ่านความรู้สู่การปฏิบัติจริงได้หรือไม่ เพื่อนำผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพเชิงรุกที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและประเมินว่ามีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) ซึ่งมีชื่อและอาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent Samples t-test) กำหนดพารามิเตอร์คือระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05, อำนาจการทดสอบ (Power =.80, ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.50 และสัดส่วนการจัดเข้ากลุ่ม 1:1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย 128 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Dropout rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 142 คน และเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จากนั้นจึงใช้การจับฉลากแบบไม่ทดแทนเข้ากลุ่ม (Random Assignment) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 71 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม "ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง" และกลุ่มควบคุม จำนวน 71 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลและรับสุขศึกษาตามมาตรฐานปกติของสถานพยาบาล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) อาทิ เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการปรุงอาหารระดับครัวเรือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง และได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention Instrument) ได้แก่ โปรแกรม "ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง" ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บูรณาการร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การจุดประกายความตระหนักรู้และคืนข้อมูลสุขภาพ: ผ่านการจัดเวทีประชาคมสภาสุขภาพ เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ "ครัวต้นแบบทุ่งมน": เป็นการจัดตั้งครัวสาธิต เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ฝึกปฏิบัติจริงในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านชูรสชาติแทนการพึ่งพาความเค็มจากเกลือหรือปลาร้า เพื่อลดการรับรู้อุปสรรค

ระยะที่ 3 การปรับสิ่งแวดล้อมและติดตาม

เสริมพลัง: มีการแจก “ชุดอุปกรณ์ชูสุขภาพ” (ช้อนตวง) ประจำครัวเรือนเพื่อเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้แกนนำ อสม. ลงเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เพื่อติดตามพฤติกรรมหน้าเตาและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 เวทีชื่นชมและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ: จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบป้ายเชิดชูเกียรติแก่ครอบครัวต้นแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Instruments) ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล (Digital Sphygmomanometer) ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน (Calibration) จากหน่วยงานที่ได้รับการรับรอง เพื่อวัดระดับความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP)

2.2 แบบสอบถามเพื่อการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม ประกอบด้วย 4 ด้าน (การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้เครื่องปรุงรสโซเดียมสูงในครัวเรือน ประกอบด้วย 3 ด้าน (ด้านการเลือกซื้อ ด้านการปรุงประกอบและด้านนิสัยการรับประทาน) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, สาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำผลการประเมินมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมืองนครพนม ซึ่งมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาและมีโอกาสพบเจอกันน้อย จำนวน 30 ชุด จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.84 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (0.81 - 0.92)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มจากการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงรายละเอียดและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม (Informed Consent) จากนั้นเข้าสู่ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยทำการประเมินข้อมูลพื้นฐานผ่านการวัดระดับความดันโลหิตและให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ตอบแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ต่อมาในระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและรับสุขศึกษาตามมาตรฐานปกติจากคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs Clinic) เมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังการทดลอง (Post-test) โดยทำการวัดระดับความดันโลหิตและให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประเมินซ้ำด้วยแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวบรวมตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (Assumption Testing) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality Test) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของประชากร (Homogeneity of Variances) ด้วยสถิติ Levene's Test เมื่อพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงดำเนินการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired Samples t-test) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ภายในกลุ่มเดียวกัน (ก่อนและหลังการทดลอง) และทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent Samples t-test) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขอนุมัติ REC 099/68 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2568 โดยผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานเป็นภาพรวมและใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 142 คน (แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 71 คน และกลุ่มควบคุม 71 คน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองมี 57.75% และกลุ่มควบคุมมี 54.93% มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-52 ปี (กลุ่มทดลอง 52.41 ± 6.32 ปี; กลุ่มควบคุม 51.85 ± 7.14 ปี) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับไม่ได้เรียนหนังสือหรือประถมศึกษา (กลุ่มทดลอง 63.38%; กลุ่มควบคุม 67.61%) ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก (กลุ่มทดลอง 53.52%; กลุ่มควบคุม 57.75%) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (กลุ่มทดลอง 49.30%; กลุ่มควบคุม 53.52%) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มทดลอง 63.38%; กลุ่มควบคุม 59.15%) และรับบทบาทเป็นผู้ประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือนเป็นหลัก (กลุ่มทดลอง 81.69%; กลุ่มควบคุม 83.10%)

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบรายละเอียด ดังนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ระยะก่อนและหลังการทดลอง) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม "ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง" เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) ลดลงจาก 132.45 ± 5.12 มิลลิเมตรปรอท เป็น 124.50 ± 4.25 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงจาก 84.60 ± 4.30 มิลลิเมตรปรอท เป็น 78.30 ± 3.50 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p = .264$ และ $p = .398$ ตามลำดับ)

2.2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .513$ และ $p = .439$ ตามลำดับ) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่ม (ก่อนและหลังการทดลอง) และระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) (n=142

ความดันโลหิต		n	Mean ± SD.	95%CI	p
Systolic BP (mmHg)					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	132.45 ± 5.12	6.69 ถึง 9.21	< .001
	หลังทดลอง	71	124.50 ± 4.25		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	131.90 ± 4.88	-0.53 ถึง 1.93	.264
	หลังทดลอง	71	131.20 ± 5.10		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-2.62 ถึง 1.52	.513
	หลังทดลอง			-8.25 ถึง -5.15	<.001
Diastolic BP (mmHg)					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	84.60 ± 4.30	5.18 ถึง 7.42	.001
	หลังทดลอง	71	78.30 ± 3.50		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	85.15 ± 4.15	-0.47 ถึง 1.17	.398
	หลังทดลอง	71	84.80 ± 4.15		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-1.41 ถึง 0.31	.439
	หลังทดลอง			-7.77 ถึง -5.23	<.001

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบรายละเอียดดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ระยะก่อนและหลังการทดลอง) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในภาพรวม เพิ่มสูงขึ้นจาก 2.92 ± 0.45 คะแนน เป็น 4.38 ± 0.35 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคล้วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < .001$ ทุกด้าน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทั้งในภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง ($p = .331$)

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($p = .611$) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมและทุกรายด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ภาพรวมและรายด้าน) ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n=142)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		n	Mean ± SD.	95%CI	p
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.85 ± 0.52	1.38 ถึง 1.82	<.001
	หลังทดลอง	71	4.45 ± 0.40		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.80 ± 0.55	-0.12 ถึง 0.24	.518
	หลังทดลอง	71	2.86 ± 0.52		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.13 ถึง 0.23	.579
	หลังทดลอง			1.44 ถึง 1.74	<.001
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรง					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	3.10 ± 0.60	1.22 ถึง 1.62	<.001
	หลังทดลอง	71	4.52 ± 0.45		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	3.15 ± 0.58	-0.14 ถึง 0.24	.605
	หลังทดลอง	71	3.20 ± 0.62		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.25 ถึง 0.15	.614
	หลังทดลอง			1.14 ถึง 1.50	<.001
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	3.05 ± 0.55	1.36 ถึง 1.74	<.001
	หลังทดลอง	71	4.60 ± 0.38		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.98 ± 0.60	-0.15 ถึง 0.23	.683
	หลังทดลอง	71	3.02 ± 0.55		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.12 ถึง 0.26	.470
	หลังทดลอง			1.42 ถึง 1.74	<.001
4. ด้านการรับรู้อุปสรรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.68 ± 0.65	1.03 ถึง 1.51	<.001
	หลังทดลอง	71	3.95 ± 0.55		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.60 ± 0.62	-0.09 ถึง 0.33	.254
	หลังทดลอง	71	2.72 ± 0.68		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.13 ถึง 0.29	.454
	หลังทดลอง			1.03 ถึง 1.43	<.001

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		n	Mean ± SD.	95%CI	p
ภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.92 ± 0.45	1.27 ถึง 1.65	<.001
	หลังทดลอง	71	4.38 ± 0.35		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.88 ± 0.48	-0.07 ถึง 0.21	.331
	หลังทดลอง	71	2.95 ± 0.50		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.11 ถึง 0.19	.611
	หลังทดลอง			1.29 ถึง 1.57	<.001

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม พบรายละเอียดดังนี้

4.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ระยะก่อนและหลังการทดลอง) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในภาพรวม เพิ่มสูงขึ้นจาก 2.40 ± 0.68 คะแนน (ระดับพอใช้) เป็น 4.37 ± 0.51 คะแนน (ระดับดีมาก) ซึ่งเพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติพฤติกรรมเชิงบวกดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนด้านการเลือกซื้ออาหาร ด้านการปรุงประกอบอาหาร และด้านนิสัยการรับประทาน ล้วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < 0.001$ ทุกด้าน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้งในภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง ($p=.267$)

4.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมทั้งภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ($p=.857$) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในภาพรวมและทุกรายด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม (ภาพรวมและรายด้าน) ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n=142)

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม		n	Mean ± SD.	95%CI	p
1. ด้านการเลือกซื้ออาหารและวัตถุดิบ					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.36 ± 0.66	1.64 ถึง 2.04	<.001
	หลังทดลอง	71	4.20 ± 0.53		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.40 ± 0.62	-0.05 ถึง 0.13	.398
	หลังทดลอง	71	2.44 ± 0.62		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.25 ถึง 0.17	.712
	หลังทดลอง			1.57 ถึง 1.95	<.001

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม		n	Mean ± SD.	95%CI	p
2. ด้านการปรุงประกอบอาหาร					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.48 ± 0.68	1.81 ถึง 2.20	<.001
	หลังทดลอง	71	4.48 ± 0.50		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.47 ± 0.65	-0.07 ถึง 0.19	.361
	หลังทดลอง	71	2.53 ± 0.67		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.21 ถึง 0.23	.928
	หลังทดลอง			1.75 ถึง 2.15	<.001
3. ด้านนิสัยการรับประทาน					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		2.37 ± 0.70	1.88 ถึง 2.27	<.001
	หลังทดลอง		4.44 ± 0.50		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง		2.40 ± 0.65	-0.06 ถึง 0.20	.298
	หลังทดลอง		2.47 ± 0.66		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.26 ถึง 0.20	.795
	หลังทดลอง			1.78 ถึง 2.16	<.001
ภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม					
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	71	2.40 ± 0.68	1.80 ถึง 2.14	<.001
	หลังทดลอง	71	4.37 ± 0.51		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	71	2.42 ± 0.63	-0.05 ถึง 0.17	.267
	หลังทดลอง	71	2.48 ± 0.65		
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง			-0.24 ถึง 0.20	.857
	หลังทดลอง			1.70 ถึง 2.08	<.001

วิจารณ์

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “ครัวทุ่งมน ลดเค็ม ลดเสี่ยง” สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซีสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยกลไกทางสรีรวิทยา เมื่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมลดลง การคั่งของน้ำในหลอดเลือดและปริมาตรเลือดจึงลดลง ส่งผลให้แรงดันโลหิตลดลงตามธรรมชาติ สอดคล้องกับ กาญจนาภรณ์ ไกรนรา[6] และ ยุภาพร ทรงศรี และคณะ[7] ที่ยืนยันว่าการลดการใช้เครื่องปรุงโซเดียมอย่างค่อยเป็นค่อยไปส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมที่รับบริการสุขศึกษาแบบสื่อสารทางเดียว

(One-way communication) ขาดการเข้าไปจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน จึงไม่สามารถเอาชนะความเคยชินดั้งเดิมได้ ส่งผลให้ความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ด้วย ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[4] ที่ชี้ว่าพฤติกรรมจะเปลี่ยนเมื่อบุคคลตระหนักถึงภัยคุกคาม โปรแกรมนี้เริ่มต้นด้วยการคืนข้อมูลสุขภาพเพื่อสร้าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง สอดคล้องกับ สุปราณี เมืองโคตร และสำราญ พูลทอง[8] ที่พบว่าการนำเสนอสถิติพื้นที่จริงช่วยยกระดับการรับรู้ภัยคุกคามให้เป็นรูปธรรม นอกจากนี้การจัด “ครัวสาธิต” ให้ทดลองใช้สมุนไพรพื้นบ้านแทนความเค็ม ช่วยทำลาย การรับรู้อุปสรรค และเพิ่มความมั่นใจ (Self-Efficacy) ว่าอาหารลดโซเดียมก็อร่อยได้ สอดคล้องกับ ชดชนก พริ้งเพราะ[9] ที่ระบุว่าการสอนดึงรสชาติจากสมุนไพรสามารถเปลี่ยนความเชื่อเรื่องรสชาติของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ผลลัพธ์นี้เกิดจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ของ โคเฮน และอัพฮอฟฟ์[5] ที่เปลี่ยนกลุ่มเสี่ยงจากผู้รับบริการเป็นผู้ร่วมปฏิบัติการ ผ่านกลไกให้ อสม. ลงเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เพื่อติดตามพฤติกรรมหน้าเตา สอดคล้องกับ วรรณพร บุญเปล่ง และคณะ[10] ที่พบว่าการใช้ทุนทางสังคมช่วยยกระดับพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ การแจก “ชุดช้อนตวง” ยังทำหน้าที่เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ที่สะกิดเตือนให้เลิกกะปริมาณด้วยสายตา ซึ่งสอดคล้องกับกฤติยา พิพัฒน์ผล[11] ที่ยืนยันว่าอุปกรณ์เชิงสัญลักษณ์ช่วยกระตุ้นการเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกในครัวเรือนได้จริง

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1. จุดเด่นคือความสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยโปรแกรมไม่ได้ห้ามบริโภคอาหารท้องถิ่น (เช่น ปลาร้า) อย่างสิ้นเชิง แต่เน้นใช้สมุนไพรชูรสแทน ทำให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติได้จริงและชุมชนยอมรับ แต่เน้นการปฏิบัติจริงหน้าเตา, การจัด “ครัวสาธิต” และแจก “ช้อนตวง” เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ซึ่งช่วยอุดช่องว่างระหว่างการมีความรู้กับการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ข้อจำกัดของการวิจัยคือ การประเมินพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม โดยใช้รูปแบบของแบบสอบถามรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการตอบ แม้จะพบว่าระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกจะลดลงจริง แต่ควรมีการใช้เครื่องมือวัดเชิงประจักษ์ เช่น การตรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (24-hour urine sodium) หรือการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) เพื่อความแม่นยำเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิควรนำรูปแบบ “ครัวสาธิต” และการใช้ “ชุดช้อนตวง” ไปเป็นมาตรฐานการบริการเชิงรุกในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างทักษะการดัดแปลงอาหารสไตล์ท้องถิ่นแบบลดโซเดียมให้แก่กลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรสนับสนุนบทบาทของ อสม. ในการเป็น “บัดดี้สุขภาพ” ลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมการปรุงอาหารหน้าเตาและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับครัวเรือนได้อย่างยั่งยืน

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลในระยะยาว 6-12 เดือน และควรเพิ่มการใช้นวัตกรรมดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันในการบันทึกปริมาณโซเดียมรายวันเพื่อความแม่นยำในการประเมินพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและจริยธรรมการวิจัย ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุ่งมน องค์การบริหาร

ส่วนตำบลคำเตย ผู้นำชุมชน และเครือข่าย อสม. ที่สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ตลอดจนประชากรกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 Aug 25 [cited 2026 Mar 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. Rosenstock I M. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-35.
5. Cohen J M, Uphoff N T. Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca (NY): Rural Development Committee, Cornell University; 1980.
6. กาญจนาภรณ์ ไกรนรา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรับรสต่อปริมาณการบริโภคโซเดียมและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2565;7(3):83-94.
7. ยุภาพร ทรงศรี, ชลการ ทรงศรี, จตุฤทธิ์ พรมศาลา. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดเกลือโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):307-17.
8. สุปราณี เมืองโคตร, สำราญ พูลทอง. การพัฒนารูปแบบลดการบริโภคเค็มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา: บ้านร่วมใจ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566;21(1):1-15.
9. ชดชนก พริ้งเพราะ. การพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(3):257-66.
10. วรรณพร บุญเปล่ง, ดาริณ โพธิ์แก้ว, ชรินรัตน์ ศิริทวี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2568; 15(2):137-51.
11. กฤติยา พิพัฒน์ผล. ผลของการใช้นวัตกรรมวงล้อพิชิตเค็มต่อระดับความรู้ ระดับความเค็มในอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2567;7(2):55-67.

ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The results of developing care for Type 2 Diabetic Patients by using telemedicine technology in health networks plabplachai Hospital Buriram Province

สมศรี ศรีสุข*

Somsri Srisuk

Corresponding author: E-mail: s_srisuk@yahoo.co.th

(Received: March 20, 2026; Revised: March 25, 2025; Accepted: April 18, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research)

วัสดุและวิธีวิจัย : ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มากกว่าร้อยละ 7 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2568 – 15 มีนาคม 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.8 และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Crobach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย : คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ ซึ่งควรเพิ่มระยะเวลาติดตามพฤติกรรมสุขภาพหลังสิ้นสุดโปรแกรม อีกทั้งควรนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปราะบางอื่น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2; เทคโนโลยี; การแพทย์ทางไกล; เครือข่ายสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

Abstract

Purposes : To compare the mean health behavior scores and the mean glycated hemoglobin (HbA1c) levels among patients with type 2 diabetes at Phlapphlachai Hospital, Buriram Province.

Study design : Quasi–Experimental Research.

Materials and Methods : The study was conducted among patients with diabetes mellitus whose glycated hemoglobin (A1C) levels were greater than 7%. The participants were divided into two groups: a control group (30 participants) and an experimental group (30 participants). Data were collected from December 15, 2025 to March 15, 2026. The research instruments consisted of: A Type 2 diabetes care development program using telemedicine technology, with a Content Validity Index (CVI) of 0.8; and A health behavior questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.88. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, and standard deviation. Paired t-test and Independent t-test were used for hypothesis testing, with the level of statistical significance set at .05.

Main findings : The mean health behavior score of the experimental group significantly increased after the intervention ($p < .001$). Furthermore, the post-intervention mean health behavior score of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p<.001$). In addition, the mean glycated hemoglobin (HbA1c) level of the experimental group significantly decreased after the intervention compared to before the intervention ($p < .001$).

Conclusion and recommendations : The telemedicine-based care development program for patients with Type 2 diabetes mellitus within the health network of Plubplachai Hospital, Buriram Province, effectively improved health behaviors and reduced HbA1c levels among patients with diabetes. It is recommended that the follow-up period for monitoring health behaviors after program completion be extended. Additionally, the program should be implemented among other vulnerable populations.

Keyword : Type 2 Diabetic Patients; Technology; Telemedicine; Health networks

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Plabplachai Hospital.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ข้อมูลจากสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ปี พ.ศ.2568 รายงานว่า 11.1% หรือ 1 ใน 9 ของประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 20-79 ปี) กำลังป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยกว่า 4 ใน 10 คน ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ.2593 ผู้ใหญ่ 1 ใน 8 คน หรือประมาณ 853 ล้านคน จะเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 46 และจากข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ.2567 พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี หรือ 1 รายทุกๆ 9 วินาที คาดว่า ภายในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี พ.ศ.2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ซึ่งโรคเบาหวานทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเพิ่มขึ้น 338% ในช่วง 17 ปีที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ประชากร สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย[1] และปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย เน้นย้ำให้ใช้เครือข่ายสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายในการส่งเสริมให้คนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้คนไทยนับ Carb ในการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคลในแต่ละวัน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกองโรคไม่ติดต่อได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน สำหรับประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเกณฑ์ปกติของระดับน้ำตาลในเลือด ควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก และรักษาได้เร็ว จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้[2]

ในยุคที่เทคโนโลยีก้าวล้ำอย่างรวดเร็ว การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลมากขึ้นทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล มีความ ไม่สะดวกในการเดินทาง การเสียค่าใช้จ่าย และการเสียเวลาของทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้การให้บริการด้านการแพทย์ในปัจจุบัน ต้องอาศัยระบบการแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine ซึ่งในภาษาไทยจะเรียกว่า โทรเวชกรรม คือ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนผู้ขอรับบริการ โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและทันเวลา ในการให้บริการแก่ประชาชน โดยองค์การอนามัยโลกกำหนด Telemedicine ว่าเป็นการส่งมอบบริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยระยะทาง Telemedicine ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคและการบาดเจ็บ และสามารถมีส่วนร่วมในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในประเทศ[3] โดยการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยโดยไม่ต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ซึ่งมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล, กลุ่มเสี่ยงและประชากรสูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการจัดระบบการบริการ “การแพทย์วิถีใหม่” โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานใน 3 เรื่องใหญ่ ประกอบด้วย 1) ความปลอดภัย แยกเป็น 3 ส่วน คือ การปรับโครงสร้างใหม่ การปรับระบบการทำงานใหม่ และคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากร 2) ลดความแออัด โดยจัดกลุ่มประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจน จัดบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และการใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตจะทำให้ 3) ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงและยกระดับคุณภาพของบริการทางการแพทย์ ทิศทางการดำเนินงานเป็นการปรับเปลี่ยนการบริการทางการแพทย์

จากเดิมที่มุ่งเน้นมารับการรักษาที่โรงพยาบาล สู่การบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล ออกแบบการบริการรูปแบบใหม่ นำระบบดิจิทัลเข้ามาบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับมาตรฐานการรักษาที่ดีขึ้นและมีความปลอดภัย ภายใต้หลักการ 2 P safety หนึ่งในกลุ่มโรคที่ได้เริ่มจัดทำ คือ กลุ่มผู้ป่วย[4] ซึ่งการแพทย์ทางไกล สาขากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จะให้คำแนะนำ แนวทางในการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคไต เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด-19 และการพัฒนาด้านเทคโนโลยี การสอนการให้ความรู้ การส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังได้มีการใส่ใจตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยปัญหาผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การขาดอุปกรณ์สิ่งสนับสนุนต่างๆ[5]

สถานการณ์โรคเบาหวาน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 2.5 แสนคน ผู้ป่วยสะสม 3.5 ล้านคน มีค่ายารักษาเฉลี่ย 28,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นภาระด้านงบประมาณที่สูงมาก และจากข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[6] และพบว่าสถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 9 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 43,979 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 670.72 ต่อแสนประชากร แยกเป็นรายจังหวัด ดังนี้ 1) จ.นครราชสีมา มีผู้ป่วยรายใหม่ 16,205 ราย อัตราป่วย 632.57 ต่อแสนประชากร 2) จ.ชัยภูมิ มีผู้ป่วยรายใหม่ 7,946 ราย อัตราป่วย 724.70 ต่อแสนประชากร 3) จ.บุรีรัมย์ มีผู้ป่วยรายใหม่ 10,674 ราย อัตราป่วย 690.03 ต่อแสนประชากร 4) จ.สุรินทร์ มีผู้ป่วยรายใหม่ 9,154 ราย อัตราป่วย 677.12 ต่อแสนประชากร[7] ซึ่งพบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคน จากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน ดังนั้นประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง หากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้

โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพลับพลาชัย ปี พ.ศ.2565 - 2567 มีผู้ป่วยจำนวน 1,813, 1,880 และ 2,047 ตามลำดับ พบว่าอัตราผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 2.7, 2.07 และ 2.34 ตามลำดับ เกินเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย <ร้อยละ 2) พบว่าปัญหาเกิดจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าถึงบริการไม่คลอบคลุม[8] และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร้อยละ 83.75, 79.65 และ 93.88 ตามลำดับ[9] ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูงขึ้นทุกปี เกิดการติดตามที่ไม่ทั่วถึง และผู้ป่วยไม่ได้เข้าไปรับบริการที่สถานบริการตามนัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดทักษะการดูแลตนเอง เป็นผู้สูงอายุและโรคร่วมหลายโรค

โรงพยาบาลพลับพลาชัยเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้นำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบูรณาการมิติด้านการสื่อสารนำไปสู่ความปกติแบบใหม่ รองรับโลกแห่งเทคโนโลยีดิจิตอลที่ขับเคลื่อน โดยการใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารให้เกิดประโยชน์อย่างสูงช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยได้โดยไร้ข้อจำกัดในเรื่องเวลา สถานที่ สะดวก ประหยัดเวลาช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถบริหารจัดการเวลาในแต่ละกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เพื่อการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล

เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest and Posttest Design)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 21-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และไม่มีโรคอื่นร่วม โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มากกว่าร้อยละ 7 ที่มารักษาที่คลินิกโรคเบาหวานตำบลสะเดา โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 132 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 21-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และไม่มีโรคอื่นร่วม โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มากกว่าร้อยละ 7 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานตำบลสะเดา โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการ วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) d = 0.91 ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของเจษฎา บุญญานุภาพพงศ์ แลคณะ[10] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระบบเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล โดยผลค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกลุ่มที่ 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 ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลอง คลินิกโรคเบาหวานตำบลสะเดา โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และกลุ่มควบคุม คือ คลินิกโรคเบาหวานตำบลจันดุม โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งในด้านประชากร ภูมิศาสตร์ วิถีการดำเนินชีวิต และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มากกว่าร้อยละ 7 ที่มารักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
2) สามารถอ่านออกเขียนได้
3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
2) มีปัญหาด้านการอ่านและเขียน
3) ไม่ยินยอมเจ้าร่วมการวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง 1) ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling: SRS) 2) กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มากกว่าร้อยละ 7 ที่มารักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ตำบลจันดุม

อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีตามคุณสมบัติที่กำหนด และ 3) ทำการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มควบคุมจากตำบลจันดุม อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ[11] คือ เพศ กำหนดให้ เป็นเพศเดียวกัน และกำหนดให้ มีอายุแตกต่างกันได้ไม่เกิน 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ของกรมการแพทย์[12] ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองของ Bandura A[13] ร่วมกับการให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพประชาชนตามหลัก 3อ. 2ส. ของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[14] ทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง 2) การประเมินตนเอง เพื่อประเมินตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) การเสริมแรงตนเองเพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลา การเป็นโรคเบาหวาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบ สอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Ration Scales) 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของชุดสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปจึงจะยอมรับว่ามีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1) เสนอโครงร่างการวิจัยและเอกสารขอการรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพิจารณาอนุมัติ

2) ขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลับพลาชัย และสาธารณสุขอำเภอพลับพลาชัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

3) ผู้วิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ แจ้งเกี่ยวกับขั้นตอนและกิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ

2) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความคุ้นเคยกับ

กลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

สถานที่ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 ชั่วโมง

อุปกรณ์ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 1. แนะนำตัวเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และ 2. ชี้แจงและอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แจ้งข้อตกลงของการส่งข้อมูลการจัดการตนเองผ่านช่องทางที่สะดวก เช่น ถามข้อสงสัย ส่งผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

สถานที่ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 ชั่วโมง

อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ และจอโปรเจคเตอร์

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 1. จัดกิจกรรมกลุ่มบรรยายให้ความรู้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้ Power point ประกอบการบรรยาย และมีกิจกรรมการฝึกทักษะ จำนวน 3 ฐาน 2. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการตนเอง และ 3. กล่าวสรุปกิจกรรมและนัดหมายการติดตามและประเมินความสามารถในการใช้ทักษะการติดตามตนเอง การประเมินผล และการเสริมแรงตนเอง ตามแผนที่วางไว้ และให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาตามความต้องการของกลุ่มทดลองแต่ละราย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่ามีทักษะในการจัดการตนเองได้จริง

สัปดาห์ที่ 3, 5 และ 10 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

สถานที่ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 10

อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ และจอโปรเจคเตอร์

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยให้สุขศึกษาเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สถานที่ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 ระยะเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์ –

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 1. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มทดลองที่มีที่มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องและเหมาะสม มานำเสนอเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ความภาคภูมิใจ ชื่นชนตนเอง และให้กำลังใจกลุ่มทดลองรายอื่น เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม และ 2. บรรยายเพิ่มเติมและตอบคำถามกรณีมีข้อซักถามหรือพบปัญหาขณะดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การติดตามกระตุ้นผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ กิจกรรมที่ 6 วัด และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรม หลังการทดลอง (Post-test)

สถานที่ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพลับพลาชัย

ระยะเวลา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

อุปกรณ์ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 1. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองเพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง 2. การประเมินผลหลังการทดลอง และแจ้งผล 3. เปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัย กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจในการคงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไป และ 4. กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและยุติโครงการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุม 1) ระยะก่อนทดลอง ใช้เวลา 30 นาทีผู้วิจัยจัดกิจกรรมพบกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ตพบลจันดุม อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ แจ้งเกี่ยวกับขั้นตอนและกิจกรรมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและคำแนะนำตามปกติจากแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ และ 4) ระยะหลังการทดลอง ใช้เวลา 30 นาทีในสัปดาห์ที่ 12 นัดกลุ่มควบคุมมาพบตามนัด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม และเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และยินดีจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้หากกลุ่มตัวอย่างต้องการ พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและยุติโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Data)

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใช้สถิติ ในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired t-test แต่หากไม่ผ่านใช้สถิติแบบ Non-parametric คือ Wilcoxon Signed-Rank test

2) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test แต่หากไม่ผ่านใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล โดยจะต้องให้ข้อมูล และชี้แจง ต่อกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับ หรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันที่ทำอยู่ รวมถึงในอนาคต และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ โดยผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับ โดยในแบบสอบถาม

หรือแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถ สื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น และผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-151

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยการศึกษาผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถจำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่าง 5 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทคิด เป็นร้อยละ 56.6 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	13	43.3	13	43.3
หญิง	17	56.7	17	56.7
2. ช่วงอายุ (ปี)				
30 – 40 ปี	3	10.0	2	6.7
41 – 50 ปี	9	30.0	9	30.0
มากกว่า 50 ปี	18	60.0	19	63.3
(Mean= 50.58, SD. = 5.324, Min = 35, Max = 59)				
3. สถานภาพสมรส				
โสด	3	10.0	2	6.7
คู่	25	83.3	24	80.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	6.7	4	13.3
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	2	6.7	3	10.0
มัธยมศึกษา	20	66.7	15	50.0
ประกาศนียบัตรชั้นสูงหรืออนุปริญญา	4	13.3	2	6.7
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	4	13.3	10	33.3
5. อาชีพ				
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	2	6.7	2	6.7
รับจ้าง	9	30.0	5	16.7
ค้าขาย	3	10.0	3	10.0
เกษตรกรรม	15	50.0	18	60.0
ข้าราชการ	1	3.3	2	6.7
6. รายได้ (บาท/เดือน)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	3	10.0	5	16.7
5,001 – 10,000 บาท	18	60.0	8	26.7
มากกว่า 10,000 บาท	9	30.0	17	56.6
7. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน				
น้อยกว่า 5 ปี	3	10.0	4	13.3
5 – 10 ปี	15	50.0	12	40.0
มากกว่า 10ปี	12	40.0	14	46.7
8. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
เคย	23	76.7	22	73.3
ไม่เคย	7	23.3	8	26.7

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองเท่ากับ 3.83 (SD.= 0.27) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.60 (SD.= 0.22) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของ

กลุ่มทดลอง ก่อนทดลองเท่ากับ 3.13 (SD.= 0.45) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.70 (SD.= 0.25) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ของกลุ่มทดลองก่อนทดลองเท่ากับ 4.17 (SD.= 0.30) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.56 (SD.= 0.35) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และในส่วนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ก่อนทดลองเท่ากับ 3.00 (SD.= 0.38) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.59 (SD.= 0.28) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean difference	p
ด้านการรับประทานอาหาร				
ก่อนทดลอง	30	3.83(0.27)	-0.77	<.001
หลังทดลอง	30	4.60(0.22)		
ด้านการออกกำลังกาย				
ก่อนทดลอง	30	3.13(0.45)	-1.57	<.001
หลังทดลอง	30	4.70(0.25)		
ด้านการจัดการอารมณ์				
ก่อนทดลอง	30	4.17(0.30)	8.73	<.001
หลังทดลอง	30	4.56(0.35)		
ด้านการรับประทานยา				
ก่อนทดลอง	30	3.00(0.38)	-1.59	<.001
หลังทดลอง	30	4.59(0.28)		

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา ของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 4.60 (SD.=0.22) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.57 (SD.=0.34) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.70 (SD.=0.25) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.55 (SD.= 0.38) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.56 (SD.=0.35) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.02 (SD.=0.38) และในส่วนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.59 (SD.=0.28) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.72 (SD.=0.36) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา ของผู้ป่วยเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean difference	p
ด้านการรับประทานอาหาร				
กลุ่มทดลอง	30	4.60(0.22)	0.03	<.001
กลุ่มควบคุม	30	4.57(0.34)		
ด้านการออกกำลังกาย				
กลุ่มทดลอง	30	4.70(0.25)	0.15	<.001
กลุ่มควบคุม	30	4.55(0.38)		
ด้านการจัดการอารมณ์				
กลุ่มทดลอง	30	4.56(0.35)	1.54	<.001
กลุ่มควบคุม	30	3.02(0.38)		
ด้านการรับประทานยา				
กลุ่มทดลอง	30	4.59(0.28)	1.87	<.001
กลุ่มควบคุม	30	2.72(0.36)		

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลองพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ 8.11 (SD.=0.45) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ 6.86 (SD.=0.63) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	n	Mean(SD.)	Mean difference	p
ก่อนการทดลอง	30	8.11(0.45)	1.25	<.001
หลังการทดลอง	30	6.86(0.63)		

วิจารณ์

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพิ่มขึ้นจากระดับมากเป็นระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ระดับปานกลางเท่าเดิม โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาได้ดีมากขึ้น เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมกับการวิเคราะห์ถึงปัญหา

ที่เกิดขึ้นจากการควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านมา ร่วมกับการฝึกทักษะระบุปัญหาและการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง โดยใช้ธงสีบอกสถานะระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งเป็น 3 สี ได้แก่ สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม เป็นสัญลักษณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะไปสู่เป้าหมายตามที่ตั้งไว้ นอกจากนี้แล้วทีมผู้วิจัยยังได้ทำการเยี่ยมบ้านทางไกลกับกลุ่มทดลองและครอบครัว โดยมีการสื่อสารโดยใช้วิดีโอคอลผ่านโปรแกรมแอพพลิเคชันไลน์ทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งจะช่วยให้คำแนะนำในปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานมากขึ้น กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา (Bandura)[15] ที่ได้อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจากกระบวนการสังเกตตนเอง ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิด ส่งผลให้เกิดความคาดหวังเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และการฝึกทักษะที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ กล่าวคำชื่นชม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ให้สามารถควบคุมพฤติกรรมและปรับทัศนคติ สร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้มีความมั่นใจและเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐศาสตร์ สุดหนองบัว[16] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ในการศึกษานี้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) การสังเกตตนเอง จัดกิจกรรมการประเมินการรับรู้ความ สามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ร่วมกับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเป็นข้อมูลในการสังเกตตนเอง มีการวิเคราะห์ผลการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา แลกเปลี่ยนความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลักการบริโภคอาหาร ให้ความรู้เรื่องยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ฝึกทักษะการอ่านฉลากยา การรับประทานยา และให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย พร้อมฝึกการออกกำลังกายเฉพาะวัย สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมฝึกทักษะในการปฏิบัติการด้านการควบคุมอาหาร โดยใช้คู่มือการเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองกับการควบคุมโรคเบาหวาน พร้อมโมเดลอาหารประกอบการบรรยาย การฝึกทักษะให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายการกำกับตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ธงสีบอกสถานะระดับน้ำตาลในเลือดในการตั้งเป้าหมาย ในขั้นตอนที่ 2) การประเมินผล จัดกิจกรรมให้มีการเยี่ยมบ้านทางไกล ประเมินการรับประทานอาหาร โดยดูจากแบบประเมินสุขภาพด้วยตนเองหรือจากภาพถ่ายการรับประทานอาหาร สัปดาห์ละ 3 วัน พร้อมทั้งสอบถามอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ พร้อมเสริมพลังบวกให้กับกลุ่มทดลองและบุคคลในครอบครัว โดยการให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จ ตลอดจนทบทวนความรู้การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และขั้นตอนที่ 3) การเสริมแรงตนเอง เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมโรคของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ โดยการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ตรวจสอบ น้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง มีการให้รางวัลและมอบธงสีบอกสถานะระดับน้ำตาลในเลือดให้กลุ่มทดลองนำกลับไปที่บ้าน เพื่อเป็นการช่วยทบทวนการตั้งเป้าหมาย และกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ อุบลรัตน์ สุขทรัพย์ และแพรภัทรา เขียวชอุ่ม[17] ที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เมื่อปฏิบัติตามสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ ภคภณ แสนเตชะ และประจวบ แหลมหลัก[18] ได้จัดกิจกรรมโปรแกรมฯ เพิ่มความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวาน ได้จัดกิจกรรมโปรแกรมฯ เพิ่มความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวาน พัฒนาทักษะพื้นฐานในการอ่านข้อมูล การคำนวณ ฉลากยา การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ เอกสารให้ความรู้ การบรรยายประกอบร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่มพูดคุยเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันกำหนดเป้าหมายการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ กิจกรรมให้กำลังใจเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาเบาหวาน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรค เบาหวานกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ณัฐชนน ผุยนวล และเคณะ[19] ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค โดยจัดให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ฝึกปฏิบัติการกำกับตนเองออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค การกำหนดเป้าหมายการออกกำลังกาย เป้าหมายการเปลี่ยนแปลง ของสมรรถภาพทางกาย นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ และกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมาย และตำหนิตนเองถ้า ไม่สามารถทำได้ สามารถบันทึกเป้าหมาย การออกกำลังกาย การลดเส้นรอบเอว การลดน้ำหนักลงในแบบบันทึกพฤติกรรม การออกกำลังกายฯ ด้วยตนเองอย่างถูกต้องที่บ้านได้ จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลต่างระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่น โปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ช่วยลดค่าเฉลี่ย HbA1c ของกลุ่มทดลอง และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา

ข้อจำกัด มีผลลัพธ์เป็นระยะสั้น 12 สัปดาห์ การประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ยังไม่สามารถบอกพฤติกรรมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและทันสมัยมากยิ่งขึ้น

2) พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลนี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางอื่นๆ โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ครอบคลุมและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

2) ควรมีการวิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่มีการบันทึกและการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่เข้าใจง่าย สะดวกในการบันทึกผลและประเมินตนเอง

3) ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อติดตามปัญหา และอุปสรรคในการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

4) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation (IDF). Global Diabetes Data and Statistics. 11th Edition [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 4]. Available from: https://diabetesatlas.org/resources/
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วันเบาหวานโลก “Diabetes and Well- Being” สุขกาย สุขใจ โลกสดใส ใส่ใจเบาหวาน”. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. อรยา กว้างสุขสถิต. คู่มือบริการประชาชนระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคผิวหนัง; 2567.
4. กองบริหารสาธารณสุข. การดำเนินการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New normal Medical Service). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. วีระศักดิ์ ศรินนภากร. การแพทย์ทางไกล สาขากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรคเบาหวาน. ใน: ภัทรวินท์ อัตตะสาระ, ชัยวัฒน์ คารวะพิทยากุล, บรรณาธิการ. แนวทางการใช้ DMS Telemedicine; 2566.
6. กรมอนามัย. กรมอนามัยลงพื้นที่เขต 9 โรงเรียนเบาหวานวิทยา จ.นครราชสีมา. นนทบุรี: 2567.
7. กรมควบคุมโรค. เบาหวาน รู้ก่อน รักษาได้ 14 พฤศจิกายน วันเบาหวานโลก. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9; 2567.
8. โรงพยาบาลพลับพลาชัย. ข้อมูลการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลพลับพลาชัย ประจำปี 2565-2567. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลพลับพลาชัย; 2567.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ.2567. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2567.
10. เจษฎา บุญญานุภาพพงศ์, ภูวดล พลพวก, ฐาปนันทน์ อมรางกูร, ศิระ ปานแย้ม, นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระบบเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2568;19(2):117–46.
11. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาภรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
12. กรมการแพทย์. แนวทางการใช้ DMS Telemedicine กรมการแพทย์. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
13. Bandura A. Social foundations of though and action : A social cognitive theory. Michigan: Prentice-Hall; 1986.
14. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม.หมอประจำบ้าน [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/frontend/theme/dynamic_content.php?Submit=Clear&ID_Dyn=0000000984.
15. Bandura A. Social Cognitive Theory of Self-Regulation. Organizational Behevior and Human Decision Processes. 1991;50:248-87.
16. รัฐศาสตร์ สุดหนองบัว. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการตรวจผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตรวจแบบดั้งเดิมในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(2):200-10.
17. อุบลรัตน์ สุขทรัพย์, แพรภัทรา เขียวชอุ่ม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและ

วิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2568;5(2):6-18.

18. ภคภณ แสนเตชะ, ประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา. 2563;43(2): 150-63.
19. ณัฐชนน ผุยนวล, นิสากร กรุงไกรเพชร, สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุคต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(3):42-51.

การเตรียมความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์
Preparedness for risk management by professional nurse in Buriram Hospital

รุจิรา แดงหมื่นไวย*
Rujira Daengmueanwai
Corresponding author: E-mail: Rujira.bum8755@gmail.com
(Received: March 20, 2026; Revised: March 25, 2026; Accepted: April 18, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนา และประเมินผลของการเตรียมความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในประชากรพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 96 คน โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย แบบสอบถามความพึงพอใจ โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Crobach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.78 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย: สถานการณ์การรายงานความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า (1) มีอุปสรรคในการบันทึกข้อมูลในระบบ (2) ขาดแนวทางปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจกัน (3) ความเสี่ยงสูง ขั้นตอน การดำเนินการมากและล่าช้า และ (4) รายละเอียดการลงรายงานความเสี่ยง ยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงได้แนวทางการลงรายละเอียดรายงานความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. หน่วยงานที่รายงาน 3. วันที่ เวลา ที่เกิดเหตุการณ์ 4. รายละเอียดของเหตุการณ์ 5. ผลกระทบ 6. การแก้ไขเบื้องต้น และ 7. การจำแนกระดับความเสี่ยง ส่งผลด้าน IT ให้มีระบบแนวทางเดียวกัน และการมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน และพบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการพัฒนา ($p<.001$)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : หน่วยงานระดับจังหวัด สามารถใช้เป็นแนวทางช่วยค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงตามความเหมาะสม โดยการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมเพื่อความยั่งยืนต่อไป

ความสำคัญ : การเตรียมความพร้อม; การจัดการ; ความเสี่ยง; พยาบาลวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

Abstract

Purposes : To investigate existing problems and contextual factors, develop and refine procedures and processes, evaluate outcomes, and identify key success factors in order to enhance preparedness for risk management among professional nurses in hospitals in Buriram Province.

Study design : This study employed Participatory Action Research (PAR).

Materials and Methods : This study was conducted among 96 registered nurses working in hospitals in Buriram Province. Participants were selected using purposive sampling based on predefined inclusion criteria. Data collection was carried out from December 15, 2025 to March 15, 2026. The research instruments included data collection tools comprising a focus group discussion guide, a demographic data questionnaire for the target group, and a satisfaction questionnaire. The instruments demonstrated acceptable content validity, with a Content Validity Index (CVI) of 0.80. The reliability of the questionnaire, as measured by Cronbach's alpha coefficient, was 0.78. Data were analyzed using Paired Sample t-test.

Main findings : The situation of risk reporting among professional nurses revealed several key challenges: (1) difficulties in recording data in the reporting system, (2) a lack of shared and clearly understood guidelines for risk review, (3) delays in risk management processes, particularly for high-risk incidents that involve multiple procedural steps, and (4) unclear guidance regarding the required level of detail in risk reporting. To address these issues, a standardized guideline for risk report documentation by professional nurses was developed. The guideline includes the following components: (1) related department, (2) reporting department, (3) date and time of the incident, (4) description of the event, (5) impact of the incident, (6) initial corrective actions, and (7) classification of risk levels. The implementation of this guideline contributed to the establishment of a unified IT system and clearer assignment of responsibilities. Furthermore, professional nurses in hospitals in Buriram Province reported significantly higher levels of satisfaction after participating in the development process compared to before participation, at the 0.05 level of statistical significance.

Conclusion and Recommendations : Provincial-level agencies may utilize these findings as a framework to identify factors influencing risk management and to further develop context-appropriate risk management models. A participatory approach should be emphasized to ensure sustainability in ongoing risk management practices.

Keywords : Preparedness; Management; Risk; Professional nurse

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Phlabplachai Hospital.

บทนำ

วิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน รวมถึงสภาวะสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างก้าวระโดด แต่โรคภัยใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นก็มีความรุนแรงมากขึ้นเช่นกัน รวมทั้งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ทำให้ประชาชนเข้าถึงการศึกษาได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับความก้าวหน้าและความทันสมัยของเทคโนโลยี ทำให้การเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของประชาชนง่ายและสะดวกรวดเร็วขึ้น ด้วยเหตุผลนี้ทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ และสามารถรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพสูงขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความต้องการบริการด้านสุขภาพที่มีความปลอดภัยสูง[1] สอดคล้องตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้ความปลอดภัยเป็นหลักพื้นฐานสำคัญในบริการสุขภาพทั้งหมด และสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของโรงพยาบาลที่ต้องให้การรักษาโรคส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ[2] ซึ่งในภารกิจดังกล่าวความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการทุกคนคาดหวังจะได้รับจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล เมื่อผู้รับบริการไม่ได้รับการบริการตามที่คาดหวังอาจเกิดผลกระทบตามมา ดังจะเห็นได้จากคดีการฟ้องร้องโรงพยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากขึ้น ทั้งภายในและภายนอกประเทศ หรือการร้องเรียน จนก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทรัพย์สิน ภาพลักษณ์ และขวัญกำลังใจของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งการจัดการที่ดีที่สุด คือการป้องกัน จึงส่งผลให้การจัดการความเสี่ยงเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารงานในองค์กรทุกแห่ง รวมทั้งการบริหารจัดการในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ อีกทั้งเป็นการป้องกันอันตราย ลดความสูญเสียชื่อเสียง ทรัพย์สิน และรักษาคุณภาพการรักษาพยาบาล ให้มีคุณภาพได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล[3]

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือเป็นเหตุการณ์การกระทำใดที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน) หรือก่อให้เกิดความล้มเหลว ลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย เช่น เกิดความสูญเสียที่เกิดกับผู้ใช้บริการ การสูญเสียรายได้ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม และการชดใช้ค่าเสียหาย[4] โดยโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพมีหลายระบบงานย่อยในระบบใหญ่ ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพและเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพบริการทั้งในมิติของสถานพยาบาลและผู้ใช้บริการ ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกิจกรรมลำดับแรกๆ ที่จะต้องดำเนินการ คือการจัดการความเสี่ยง เพราะไม่เป็นเพียงการแก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันจะเกิดขึ้นได้ในระบบบริการ ทำให้โรงพยาบาลค้นพบโอกาสพัฒนาได้อย่างกว้างขวางและครอบคลุม งานบริการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการสุขภาพที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ใช้บริการมากกว่าวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อปริมาณงานมากตามจำนวน และอาการของผู้ใช้บริการ แต่จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลมีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร และอาจกลายเป็นปัญหาความเสี่ยงได้ จากความเหนื่อยล้า งานหนัก งานมาก การที่ต้องเร่งรีบหรือการปฏิบัติงานนานเกินไป ทำให้มีโอกาสที่จะผิดพลาด พลั้งเผลอในขณะปฏิบัติงานได้ ระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ระบบการรักษาพยาบาลมีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้รับบริการ และผู้ให้การบริการ ดังนั้นการจัดการความเสี่ยงจะเป็นกลไกสำคัญสำหรับการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นว่าการจัดการความเสี่ยง จึงมีความสำคัญในการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งการบริหารเชิงระบบ และเชิงกระบวนการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างทีม และระหว่างระบบย่อยต่างๆ ภายในโรงพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ ทั้งทางด้านการรักษา

พยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ความเสี่ยง จึงมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกกระบวนการของการทำงาน และเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น จึงมีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และต่อโรงพยาบาลตามมา ดังนั้นการจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทุกโรงพยาบาลต้องดำเนินการ[3]

ในปัจจุบันผลกระทบของความเสี่ยงเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งในประเทศไทย และหลายประเทศทั่วโลก[5] ทำให้ผู้ใช้บริการต้องบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากความผิดพลาดของการบริการทางการแพทย์และการพยาบาลอย่างน้อยปีละ 44,000 ถึง 98,000 คน ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับความผิดพลาดดังกล่าวทั้งๆ ที่สามารถป้องกันได้ถึงปีละ 17 ถึง 29 ล้านเหรียญ อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกลายเป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่ไปเรื่อยๆ[6] ในประเทศไทยมีรายงานผลกระทบของความเสี่ยงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรื่องการจ่ายเงินเพื่อชดเชยความสูญเสียอันเกิดจากการรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตรา 41 ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2565 มีผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นฯ ทั้งสิ้น 3,913 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 773 ราย เป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร 7,210 ราย กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ 1,902 ราย และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง 4,801 ราย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,622.75 ล้านบาท หรือเฉลี่ยปีละ 145.71 ล้านบาท โดยปี พ.ศ.2565 เป็นปีที่มีผู้ที่ได้การช่วยเหลือเบื้องต้นฯ สูงสุด 1,140 ราย และเป็นปีที่จ่ายเงินช่วยเหลือสุดสุดเช่นกัน 297.32 ล้านบาท และจากข้อมูลทางสถิติของกลุ่มงานกฎหมายคดีทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2567 พบว่าคดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[7]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 23 อำเภอ มีตำบลทั้งหมด 188 ตำบล และมีโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ทั้งหมด 23 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 21 แห่ง และมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบลในจังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด 2,610 คน[8] ซึ่งโรงพยาบาลเป็นสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายที่สำคัญขององค์กรได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการผู้มารับบริการที่มาใช้บริการให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีเป้าหมายของการให้บริการรวดเร็ว มีคุณภาพได้มาตรฐานมีความปลอดภัย และควบคู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และได้รับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเรื่องการรายงานความเสี่ยง

จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานกลุ่มการพยาบาล ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ.2558 ถึงมีนาคม พ.ศ.2568 พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์น้อยลง การลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ไม่ชัดเจน การจำแนกระดับความเสี่ยงไม่ถูกต้อง แนวทางการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และยังพบปัญหาเรื่องผลการประเมินความเสี่ยงและสิ่งคุกคามยังไม่บรรลุตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข แม้โรงพยาบาลจะมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบในหน่วยบริการและระบบงานต่างๆ แต่ยังมีโอกาสปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น แต่การดำเนินงานในระดับหน่วยบริการยังพบข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะในด้านการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การจำแนกระดับความรุนแรงของความเสี่ยงและกระบวนการทบทวนอุบัติการณ์ที่ยังขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานความเสี่ยงไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างครบถ้วนซึ่งอาจสะท้อนถึงปัญหาด้านการตระหนักรู้ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร อีกทั้งยังขาดการศึกษาที่มุ่งวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงานพยาบาลอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นช่องว่างในการศึกษาการเตรียมความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงมีความสมบูรณ์ และเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพ

การดูแลผู้ใช้บริการให้ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนา และประเมินผลของการเตรียมความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)[9] ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้ร่วมวิจัย

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านประชากร ตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งได้ข้อมูลจำนวนพยาบาลวิชาชีพในปี 2568 จำนวน 2,610 คน[8]

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การวิจัยครั้งนี้จะทำการดำเนินการศึกษาการเตรียมความพร้อมในจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ **เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)** ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดบุรีรัมย์ และ 2) เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล ในจังหวัดบุรีรัมย์ **เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)** ได้แก่ 1) มีเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 2) ไม่ยินยอมเจ้าร่วมการวิจัย และ 3) มีปัญหาด้านการอ่านและเขียน ขนาดตัวอย่างของกลุ่มเป้าหมายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 96 คน ได้จากวิธีคำนวณโดยใช้สูตรการประเมินค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบประชากร[10]

จากสูตร n =

$$\frac{x^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+x^2P(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.1

x^2= ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (= 3.481)

P = ค่าสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย มีค่าเท่ากับ 3.77 ดังนั้น P = 0.37[11] ศึกษาประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี พบว่าสัดส่วนความพึงพอใจต่อระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างหลังการนำไปปฏิบัติ เท่ากับ 3.77

แทนค่าในสูตร = $\frac{(3.841)(2,610x0.37)(0.63)}{(0.1)^2(2,609)+(3.841)(0.37)(0.63)}$

n = 86.59 หรือเท่ากับ 87 คน

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 87 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้เท่ากับ 95.7 หรือเท่ากับ 96 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ต้องการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 96 คน ผู้วิจัยจะทำการเก็บตัวอย่าง 2 ครั้ง คือก่อนการพัฒนา 96 คน และหลังพัฒนา 96 คน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือกระบวนการในการพัฒนาโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน เช่น การประชุมการทบทวนปัญหาการวิเคราะห์สภาพปัญหาในมิติต่างๆ การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมในจัดการความเสี่ยง และศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมในจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เป็นการหาความตรงและความเชื่อมั่น และประสิทธิภาพในการใช้เครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกส่วนเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้องครอบคลุมด้านเนื้อหา และการใช้ภาษาจำนวน 5 คน ภายหลังจากการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด โดยนำมาหาค่า ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.7[12] ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้นำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอประโนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค ตั้งแต่ 0.70 เป็นต้นไป ซึ่งหาได้จากสูตร[12] ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของชุดสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) เสนอโครงร่างการวิจัยและเอกสารขอการรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพิจารณาอนุมัติ 2) ขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในจังหวัดบุรีรัมย์ และเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย และ 3) ผู้วิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Data) โดย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และรายได้ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) 2) ระดับความพึงพอใจ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับความสุขในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ วิเคราะห์โดยวิธีพรรณนา การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักการของการวิจัยในมนุษย์ทั้งในด้านความเท่าเทียมความเสมอภาค และความเป็นธรรม หลักประโยชน์ โดยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและชุมชน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างขอออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกบันทึก ชื่อ นามสกุล การเผยแพร่ดำเนินการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-169

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า 1) การลงรายงานความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ลงในระบบรายงานความเสี่ยงในคอมพิวเตอร์ ระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาล การลงรายงานบริหารความเสี่ยงโดยผู้พบเหตุการณ์จากข้อมูลผู้ให้ข้อมูลบางส่วนการลงข้อมูลทันทีที่พบเหตุการณ์ บางส่วนให้ข้อมูลว่าลงภายหลัง และบางครั้งก็ไม่ได้ลง ทำให้การรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นยังน้อย การไม่มีการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน หัวหน้าตึกเป็นผู้การตรวจสอบการลงรายงานโดยการสอบถามในแต่ละเวร 2) การลงข้อมูลการรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลกำหนดให้ลงในคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Hos-xp มีปัญหาพบว่าเครื่องคอมพิวเตอร์ บางเครื่องไม่สามารถลงข้อมูลได้ ทำให้ผู้พบเหตุการณ์ไม่สามารถลงทันที จะนำมาลงภายหลัง ทำให้บางครั้งลืมลงรายงาน 3) การลงรายละเอียดการลงรายงานความเสี่ยง ไม่มีรูปแบบการลงที่ชัดเจน ส่งผลถึงการนำไปทบทวน หากไม่ทราบรายละเอียดที่ชัดเจนการทบทวนก็ไม่สามารถทำได้ และ 4) การจำแนกระดับความเสี่ยง การให้ระดับความเสี่ยงยังไม่ถูกต้อง

จากข้อมูลการลงรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่ลงโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาความสมบูรณ์ของการรายงานความเสี่ยง โดยการลงรายละเอียดต้องลงข้อมูล ให้ครอบคลุมเรื่องที่เกิดเหตุ เรื่องอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพื่อสามารถนาไปทบทวนได้

การลงรายงานความเสี่ยงการเขียนรายละเอียดเพื่อนำไปทบทวนป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ทำให้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงการลงรายละเอียดสามารถนำไปทบทวนได้ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลและสนทนากลุ่มคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ระดับหัวหน้า รองหัวหน้า และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ พบประเด็นสำคัญ เช่น

1) อุปสรรคในการการรายงานความเสี่ยง

1.1 การบันทึกในระบบ Hos-xp ต้องอาศัยเครื่องคอมพิวเตอร์ในหน่วยงานที่มีโปรแกรมการบันทึก แต่พบว่า เครื่องคอมพิวเตอร์บางเครื่องในหน่วยงานไม่มีโปรแกรมบันทึก หรือบางหน่วยงานไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมในการบันทึกเลย

"ถ้าเป็นเครื่องคอมใหม่จะลงไม่ได้ ต้องลงเครื่องเก่าถึงจะลงได้.. ยิ่งลงยากก็ลืมไปเลย"

พยาบาลคนที่ 1

"จ่ายกลางไม่มีโปรแกรมลงข้อมูล เลยไม่ทราบว่าข้อมูลง อย่างไร"

พยาบาลคนที่ 2

1.2 ผู้บันทึกไม่เข้าใจระบบการจำแนกความเสี่ยง

"ปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือความเสี่ยงเรื่องยา ยังสับสน เพราะห้องยาจะเก็บข้อมูลเองระดับ A,B,C ทำให้งงค่ะ ร่วมทั้งการจำแนกความเสี่ยงไม่ทราบว่าถูกหรือไม่"

พยาบาลคนที่ 1

"การจำแนกระดับบางส่วนยังจำไม่ได้.. หากมีแนวทางไว้ให้ดูจะลงระดับได้"

พยาบาลคนที่ 2

1.3 ขาดระบบการลงบันทึก การมอบหมายผู้บันทึก และการตรวจสอบว่ามีการลงบันทึกหรือไม่

"การลงข้อมูล ก็คงใช่ค่ะ เพราะบางทีบอกน้อง ๆ ให้ลงข้อมูลความเสี่ยงไม่ทราบว่าน้องลงหรือยัง เราก็ลืมก็มี"

พยาบาลคนที่ 1

"ที่ตึกบางครั้งเห็นว่าเป็นเรื่องเล็ก ๆ แล้วไม่ลงเรื่องความเสี่ยงที่ไม่ลงจึงไม่ทราบว่าเท่าไร"

พยาบาลคนที่ 2

2) ขาดแนวปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจตรงกัน เช่น ขาดความเข้าใจร่วมกันเรื่องการต้องพิมพ์รายงานทางกระดาษแล้วนำมาพิจารณาทบทวนร่วมกันในหน่วยงาน

"ปัญหาต่อคือการทบทวน ถ้ากรรมการ Print รายงานช้า จะทาให้การทบทวนช้า"

พยาบาลคนที่ 1

"หนูไม่ทราบจุดต้อง Print เอง"

พยาบาลคนที่ 2

3) ขาดตัวกลางในการร่วมกันทบทวนความเสี่ยงและแนวปฏิบัติกรณีที่เกี่ยวข้องกันหลายหน่วยงาน

"มีเรื่องในตึกเราจะ Print มาทบทวน แต่ถ้าเรื่องไปจุดอื่น เช่น ER ซึ่งเราเขียนไว้ว่าเป็นอย่างนี้ เช่น เมื่อเร็ว ๆ นี้นี่การลง Lab เจาะปอด ห้อง ER เป็นคนเขียน แต่ห้อง Lab ไม่ทราบว่ามาจากจุดไหน จึงฉีกใบทิ้ง พอตึกถามก็บอกไม่ทราบ ทำให้เหตุการณ์นี้ไม่ทราบว่าจุดไหน จะเขียนใบรายงาน หรือถ้าให้ตึกเขียน ลงรายงานแล้วการทบทวนไม่ทราบว่ามีการทบทวนหรือไม่"

พยาบาลคนที่ 1

"การทบทวนน่าจะมีผู้เกี่ยวข้องร่วมด้วย" "เชิญทุกครั้งแต่ก็ไม่มา"

พยาบาลคนที่ 2

4) ความเสี่ยงสูง ยิ่งมีขั้นตอนมาก การดำเนินการยิ่งล่าช้า

"ถ้าระดับ a,b,c เราจะคุยกันได้ แต่ในระดับที่สูงขึ้นต้องรอเข้าคณะกรรมการจึงช้าค่ะ ถ้ารอข้อมูลก็ช้า บางทีหน่วยงานที่วงเล็บไว้เราก็มองไม่เป็น"

พยาบาลคนที่ 1

"เราจะรู้เฉพาะหน่วยงานของเรา แต่ถ้าเกิดหน่วยงานอื่นเผื่อมาเกิด ที่จุดเรา เราจะทาอย่างไร ต้องมีแนวทางแก้ไขระดับโรงพยาบาล บางเรื่องก็สามารถเกิดกับเราได้เหมือน PCT ต้องมีการเชื่อมโยงกัน ถ้าระดับสาคัญต้องแจ้ง PCT แต่ RM ไม่เคยเห็นประชุมเลย ประชุมแต่คณะกรรมการ เราจึงไม่ทราบว่าเกิดอะไร อย่างไร ไม่สามารถค้นหนังสือได้ย้อนหลังเหมือน PCT หมายถึงต้องสื่อให้ทราบทุกหน่วยงาน"

พยาบาลคนที่ 2

5) รายละเอียดการลงรายงานความเสี่ยง ยังไม่มีแนวทางการลงรายละเอียดที่ชัดเจนทำให้มีปัญหาการทบทวน

"การลงรายงานมีโปรแกรมให้เลือก รายละเอียดหนูไม่ทราบว่าลงได้มากน้อยแค่ไหน"

พยาบาลคนที่ 1

"การลงข้อมูล ยังมีการลงไม่เหมือนกัน"

พยาบาลคนที่ 2

2. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล

สรุปการดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ และการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง พบปัญหา – อุปสรรคในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ได้นำเข้าแนวคิด Root Cause Analysis เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจในสาเหตุของปัญหาการดำเนินงาน ได้แนวทางปรับปรุงการแก้ไขปัญหา ดังนี้

1. อุปสรรคในการบันทึกข้อมูลในระบบ เช่น 1) เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถลงข้อมูลได้ทุกเครื่อง แนวทางปรับปรุง ประสานงาน IT ในการลงโปรแกรมทุกเครื่อง ทำให้เครื่องคอมทุกเครื่องสามารถลงรายงานอุบัติการณ์ได้ครบ หรือบางแห่งที่มีโปรแกรมบันทึกความเสี่ยงโดยเฉพาะ จะมีการใช้งานได้สะดวกกว่า เร่งผลักดันให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีโปรแกรมเฉพาะในการบันทึกความเสี่ยงผ่าน Web browser 2) ผู้บันทึกไม่เข้าใจระบบการจำแนกความเสี่ยง มีแผนงานประจำของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในการหาแนวทางปรับปรุง มีแผนการนิเทศติดตามงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารความเสี่ยง 3) ขาดระบบการลงบันทึก การมอบหมายผู้บันทึกและการตรวจสอบว่ามีการบันทึกหรือไม่ แนวทางปรับปรุง ประสานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละแห่งในการดำเนินการแก้ไข เนื่องจากปัจจุบันผู้พบเหตุการณ์จะเป็นผู้ลงรายงาน แต่บางครั้งก็ลืม ไม่ได้ตรวจสอบว่ามีการลงรายงานความเสี่ยงหรือไม่

2. ขาดแนวทางปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจกัน แนวทางปรับปรุง ได้ปรับการทบทวนระดับ A - C และความเสี่ยงด้านสนับสนุนทุกระดับ มีคณะกรรมการความเสี่ยงส่งข้อมูลให้หน่วยที่เกี่ยวข้องไปทบทวนประเมินผลการทบทวนหลังการดำเนินการ จากเดิมการทบทวนภาพรวมทั้งโรงพยาบาล มีการทบทวน

30% เพิ่มเป็น 70%

3. ความเสี่ยงสูง ยิ่งมีขั้นตอนมาก การดำเนินการล่าช้า แนวทางปรับปรุง ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ D - E (ระดับ D เป็นความเสี่ยง/ อุบัติการณ์/ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่/ รพ.ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่/ รพ.และระดับ E เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียเป็นการชั่วคราวหรือต้องมีการรักษาแก้ไข หรืออาจเกิดการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล) คณะกรรมการความเสี่ยงมีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันทุก 1 เดือน ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ F, G, H, I (เป็นความเสี่ยง/ อุบัติการณ์/ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ/ เจ้าหน้าที่/ รพ. เป็นการชั่วคราว ต้องรับไว้นอนโรงพยาบาล หรือสูญเสียอวัยวะ/ เกือบเสียชีวิต/ เสียชีวิต)ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT ในการทบทวนให้เป็นตามมาตรฐานการทบทวน

4. รายละเอียดการลงรายงานความเสี่ยง ยังไม่มีแนวทางชัดเจน แนวทางปรับปรุง ได้จัดทำแนวทางการรายงานความเสี่ยง

แนวทางการลงรายละเอียดรายงานความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 รายละเอียดรายงานความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์

หัวเรื่อง	รายละเอียดการลงรายงาน
1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- ให้ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใส่วงเล็บไว้ด้านหน้าของชื่อเรื่องความเสี่ยงนั้นๆ เช่น เรื่อง (OPD) การสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคอมพิวเตอร์ไม่ถูกต้อง หมายถึง หน่วยงานที่ต้องทบทวนคือ OPD - หากพบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานให้ลงทุกหน่วย เช่น ER และ LAB ให้บันทึกเป็น (ER + LAB) - หากพบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการระดับกลาง ให้ระบุในช่องโปรแกรมความเสี่ยง ซึ่งจะมีให้เลือก 5 โปรแกรม ประกอบด้วย PCT IC, ENV, วิชาชีพ, ข้อร้องเรียนการบริการ/การเงิน
2. หน่วยงานที่รายงาน	- ให้ระบุหน่วยงานที่เขียนรายงานความเสี่ยงทุกครั้ง เพื่อนำไปวิเคราะห์รายงานความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
3. วันที่ เวลา ที่เกิดเหตุการณ์	- ระบุวัน เดือน ปี เวลา ที่เกิดเหตุการณ์ หากยังไม่สามารถลงทันทีที่เกิดเหตุ เนื่องจากระบบโปรแกรมจะบันทึกวันเดือนขณะที่ลงข้อมูล
4. รายละเอียดของเหตุการณ์	บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดตามลำดับคร่าวๆ ที่สามารถนำไปทบทวนได้
5. ผลกระทบ	- ผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างไร - ผลต่อวิชาชีพหรือผลเสียต่อระบบอย่างไร
6. การแก้ไขเบื้องต้น	- ได้ดำเนินการแก้ไขอย่างไร - ผลการดำเนินการแก้ไขเป็นอย่างไร

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวเรื่อง	รายละเอียดการลงรายงาน
7. การจำแนกระดับความเสี่ยง	- จำแนกระดับความเสี่ยงทางคลินิก 9 ระดับจาก A - I - ถ้าเป็นทางสนับสนุนบริการให้จำแนกตามประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับ 1. ไม่มีความรุนแรง 2. รุนแรงน้อย 3. รุนแรงปานกลาง 4. รุนแรงมาก ใส่ส่วงเล็บด้านรายละเอียดเหตุการณ์ เนื่องจากในโปรแกรมไม่มีช่องบันทึก

3. ผลที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล

3.1 คุณลักษณะประชากรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่ตำแหน่งในองค์กร คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 64.6 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.4 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 83.3 ผลที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	24(25.0)
	หญิง	72(75.0)
ช่วงอายุ (ปี)	20 – 30 ปี	29(30.2)
	31 – 40 ปี	37(38.5)
	41 – 50 ปี	26(27.1)
	51 ปีขึ้นไป	4(4.2)
(Mean= 36.42, SD. = 7.480, Min = 25, Max = 52)		
สถานภาพสมรม	โสด	22(23.0)
	คู่	70(72.9)
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4(4.1)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	85(88.5)
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	11(11.5)
ตำแหน่งในองค์กร	ระดับหัวหน้าแผนก	3(3.1)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
ระดับชำนาญการพิเศษ	2(2.1)
ระดับชำนาญการ	62(64.6)
ระดับปฏิบัติการ	29(30.2)
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล	
1 – 2 ปี	5(5.2)
2 – 4 ปี	10(10.4)
มากกว่า 4 ปี	81(84.4)
เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง	
เคย	80(83.3)
ไม่เคย	16(16.7)

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับความพึงพอใจของของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.0 หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับมากที่สุด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.0 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบ บริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ตัวแปรความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ		
ปานกลาง	25(26.0)	0(0.0)
มาก	71(74.0)	23(24.0)
มากที่สุด	0(0.0)	73(76.0)

ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 3.68 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.65 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 0.97 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมการพัฒนาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ (n=96)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
ตัวแปรความพึงพอใจ				
ก่อนพัฒนา	3.68(0.23)	0.97	0.91, 1.03	<.001
หลังพัฒนา	4.65(0.22)			

วิจารณ์

จากผลการพัฒนาระบบ การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์โดยการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การพัฒนาการบริหารความเสี่ยง

1) เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถลงข้อมูลได้ทุกเครื่อง แนวทางปรับปรุง ประสานงาน IT ในการลงโปรแกรมทุกเครื่อง หากหน่วยงานใดมีปัญหาให้ประสานงาน IT ทำให้สามารถลงรายงานได้ครบทุกเครื่อง สอดคล้องกับแนวคิด ของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2562-2564) ที่กำหนดให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการสร้างระบบบริหารความเสี่ยงในองค์กรที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ เพื่อยกระดับบริการเป็นการรักษามาตรฐานของงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ และแผนพัฒนาฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) กำหนด 13 หมุดหมายการพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงประเทศในมิติต่างๆ ครอบคลุมทั้งด้านการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ การพัฒนาคน การสร้างสังคมแห่งโอกาส และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม หนึ่งในนั้นคือการสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีพอประมาณตามหลักวิชาการที่ถูกต้องและเหมาะสม

2) ผู้บันทึกไม่เข้าใจระบบการจำแนกความเสี่ยง แนวทางปรับปรุง มีแผนการนิเทศติดตาม และการทำแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชานาฏ มูสิการัตน์[13] ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ในการดำเนินงาน มีภาระงานมากและเวลาปฏิบัติงานไม่ตรงกัน ทาให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้และการศึกษาของบังอร เขื่อนคำ และคณะ[14] การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัยและการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของพิศวรรณ พูลสุข[15] ที่พบว่า การที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความรู้มีสมรรถนะเรื่องการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน

3) ขาดระบบการลงบันทึก การมอบหมายผู้บันทึกและการตรวจสอบว่ามีการบันทึกหรือไม่แนวทางปรับปรุงประสานกับหัวหน้างานหอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยชายในการดำเนินการแก้ไข ในการมอบหมายหน้าที่ในการลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์และลงข้อมูล หลังจากได้ทบทวนรายงานอุบัติการณ์แล้ว เนื่องจากปัจจุบันผู้พบเหตุการณ์จะเป็นผู้ลงรายงาน แต่บางครั้งก็ลืม ไม่ได้ตรวจสอบว่ามีการลงความเสี่ยงหรือไม่สอดคล้องการศึกษาของพชรมาเทียน และธิวาพร จันทร์ขาว[16] การค้นหาความเสี่ยงในระบบรายงานส่วนใหญ่จะมี การปฏิบัติค่อนข้างน้อยเนื่องจากความยุ่งยากในการรายงาน เช่นต้องใช้เวลาในการบันทึก ในเอกสารเป็นจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจในความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลถูกเปิดเผยทำให้เสียชื่อเสียงหรือถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย หรือไม่ได้รับการตอบสนองจากหน่วยที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาพิศวรรณ พูลสุข[15] การพัฒนารูปแบบการบริหาร

ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น พบว่าอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในมีดังนี้ ด้านนโยบายไม่ชัดเจน ด้านบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์การบริหารความเสี่ยง และบุคลากรพยาบาลมีน้อยและในด้านวิธีการพบว่าไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ยอดยศ และคณะ[17] พยาบาลวิชาชีพว่าการเขียนรายงานอุบัติการณ์ เสมือนการรายงานความผิด กลัวถูกตำหนิและการลงโทษ มีเพียง 10-20 % ของความผิดพลั้งที่ถูกรายงานและ 90 -95 % มิได้ก่ออันตรายใดๆ แก่ผู้ป่วยและมีความไม่ปลอดภัย ด้านความเสี่ยงทางคลินิกจำนวนมากไม่ถูกรายงาน เนื่องจากแพทย์ถือว่าเป็นเรื่องปกติ หรือเกรงว่าอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้

4) ขาดแนวทางปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจกัน แนวทางปรับปรุง ได้ปรับการทบทวนระดับ A - C และความเสี่ยงด้านสนับสนุนทุกระดับ มีคณะกรรมการความเสี่ยงส่งข้อมูลให้หน่วยที่เกี่ยวข้องไปทบทวน ประเมินผลการทบทวนหลังการดำเนินการ มกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 จากเดิมการทบทวนภาพรวมทั้งโรงพยาบาล มีการทบทวน 30% เพิ่ม เป็น 70% สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ นิยตา ดีอินทร์[11] พบว่าพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การวิเคราะห์หรือสังเคราะห์เหตุการณ์และอุบัติการณ์เพื่อดูแนวโน้มและทำความเข้าใจกับสาเหตุที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาของอนงค์ จันทร์หอม[18] การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉินการบริหารความเสี่ยงในงานห้องคลอด พบปัญหาประกอบด้วย 1) การเกิดอุบัติการณ์ลดลง 2) การประเมินความเสี่ยงไม่ถูกต้อง 3) แนวทางป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม 4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่เพียงพอ 5) การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 6) การสื่อสารไม่เพียงพอ และ 7) การติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขโดย 1) การพัฒนากลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรพยายามเขียนรายงานอุบัติการณ์ 2) การจัดแนวทางความเสี่ยงให้ครอบคลุม 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ 4) การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 5) การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงาน และ 6) ให้บุคลากรพยาบาลติดตามประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ

5) ความเสี่ยงสูง ยิ่งมีขั้นตอนมาก การดำเนินการล่าช้าแนวทางปรับปรุง แบ่งหน้าที่การทบทวนตามระดับความรุนแรงดังนี้ ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ D - E ให้คณะกรรมการความเสี่ยงมีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทุก 1 เดือน (ระดับ D เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ.ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย /ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ.และระดับ E เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียเป็นการชั่วคราวหรือต้องมีการรักษาแก้ไข หรืออาจเกิดการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล)

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ F, G, H, I (เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/ รพ.เป็นการชั่วคราว ต้องรับไว้นอนโรงพยาบาลหรือสูญเสียอวัยวะ/ เกือบเสียชีวิต/เสียชีวิต) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care team) ในการทบทวนให้เป็นตามมาตรฐานการทบทวนและคณะกรรมการไกล่เกลี่ยหากมีแนวโน้มถูกร้องเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพร ภูแด่น[19] การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล อุปสรรคของการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง 2 ด้านคือ 1) ด้านกระบวนการ พบปัญหาในเรื่องของการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ และการไม่ได้รับการตอบสนองจากการรายงานอุบัติการณ์ 2) ด้านบุคลากร พบปัญหาในเรื่องการขาดความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง การไม่ให้ความร่วมมือ และความรู้สึกขาดขวัญ และกำลังใจ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขกระบวนการบริหารความเสี่ยงไว้ 4 ประการคือ

1) อบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน และทุกระดับ 2) มีการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ 3) มีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ ทุกเรื่องทันที และแจ้งความก้าวหน้าในการดำเนิน 4) มีการส่งเสริม และให้กำลังใจโดยผู้บริหารโดยการรับฟัง และเข้าใจบุคลากร เมื่อเกิดปัญหาผู้วิจัยเสนอแนะ ให้คณะกรรมการบริหารกลุ่มสี่ยงเลือกรูปแบบการจัดอบรม หรือความรู้ที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม ปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติให้มีความชัดเจน และง่ายต่อการปฏิบัติทั้งในเรื่องของการวิเคราะห์ความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ และการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์ สำหรับผู้บริหารทุกระดับควรมีบทบาทที่ชัดเจนในการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนด และสร้างขวัญ กำลังใจของบุคลากร ด้วยการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ

2. รูปแบบการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์โดยมุ่งเน้นไปที่การลงรายงานอุบัติการณ์ลงรายละเอียดการรายงานอุบัติการณ์ ครบถ้วน เพื่อสามารถนำไปทบทวนป้องกันการเกิดเหตุซ้ำได้ จากการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการ[20] การสนับสนุนการายงานอุบัติการณ์จึงต้องจัดทำระบบและรายงานได้ง่าย ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้ ลักษณะของงานบริการที่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น (การพยาบาลทั่วไป การพยาบาลวิกฤต ฉุกเฉิน เฉียบพลันหรือเรื้อรัง การพยาบาลสุขภาพจิต) สถานที่/ตำแหน่งที่เกิด (Location) ขอบเขตของการบริการ (Service area) วันและเวลา ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดอุบัติการณ์เช่น ตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ลักษณะงาน รูปแบบการสื่อสาร ข้อจำกัดด้านการศึกษาอบรม เครื่องมือ สนับสนุนในการปฏิบัติงาน เป็นต้น แผนปฏิบัติการหรือสิ่งที่ทำเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย เช่น ไม่เกิดอันตราย เกิดระดับต่ำ ปานกลาง รุนแรงมาก หรือเสียชีวิต กิจกรรมที่ทำเพื่อป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์มาถึงผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสมพิศ ขจรมณี[21] พยาบาลห้องผ่าตัดยังมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงไม่เพียงพอในการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมแม้ว่าพยาบาลทุกคนจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทั้งในเรื่องค้นหาความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรง การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของยุพดี ยิ่งคาแหง[22] การค้นหาความเสี่ยงในระบบรายงานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย เนื่องจากความยุ่งยากในการรายงานเช่นต้องใช้เวลาในการบันทึกเอกสารจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจในความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลถูกเปิดเผย หรือไม่ได้รับการตอบสนองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่ตำแหน่งในองค์กร คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 64.6 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.4 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 83.3 จากผลการวิจัยของประภาวดี โทนสุข[23] พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทางานและปฏิบัติงานในแผนก ที่แตกต่างกันมีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมไม่แตกต่างกัน

2.2 ความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ระดับความพึงพอใจของของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.0 หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับมากที่สุด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.0 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 3.68 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

0.23 หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.65 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา -0.97 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิชญา อารีเอื้อ[24] พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทางานและปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมไม่แตกต่างกัน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ ทำให้เกิดระบบการดำเนินงานที่มีความชัดเจนมากขึ้น ทั้งในด้านการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ที่เป็นแนวทางเดียวกัน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเสริมสร้างความพร้อมในการบริหารความเสี่ยงและสนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากรทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ**ข้อจำกัดของการวิจัย** คือ ไม่ได้ประเมินผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยหรืออัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยตรง นอกจากนี้ การประเมินผลส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย จึงอาจมีข้อจำกัดด้านความเป็นกลางของข้อมูล และยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในระยะยาวได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดเป็นแผนในการพัฒนาโรงพยาบาลในเรื่องการพัฒนาบุคลากรในเรื่องความรู้การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาเทคโนโลยีให้เหมาะสม การกำหนดนโยบายการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงให้เป็นวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาล 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ และ3) ควรมีการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่รูปแบบการจัดบริการเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อหน่วยงานอื่นๆ และหน่วยงานนั้นควรนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำวิจัยการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในการมีส่วนร่วมของในหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาล และ 2) ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการลงรายละเอียดรายงานอุบัติการณ์ ที่ครบถ้วนโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. บุญเอื้อ โจว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล [การค้นคว้าอิสระ]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2553.
2. รุ้งเพชร อรุณรัชฎารมย์. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะการทำงาน บรรยากาศความเชื่อใจในองค์กรกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องคลอดโนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณะสุขเขต 4 [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
3. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2540 [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tnc.or.th/law/page-6.html.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน; 2558.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติคดีทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_ remository .

6. สภาปฏิรูปแห่งชาติ. รายงานคณะกรรมาธิการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค สภาปฏิรูปแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.edoc.parliament.go.th/getfile.aspx?id.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตลอด 18 ปี ม. 41 กองทุนบัตรทอง ช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับความเสียหาย รวมแล้วเกือบ 1.4 หมื่นราย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thecoverage.info/news/content/4153.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. ข้อมูลโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปี 2568. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press; 1988.
10. Krejcie R V, Morgan D W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–10.
11. นิยตา ดีอินทร์. ประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
12. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาภรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
13. สุชานาฏ มูสิการัตน์. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
14. บังอร เขื่อนคำ, สมใจ ศิระกมล, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร. 2563;47:337-49.
15. พิศวรรณ พูลสุข. การบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):471–77.
16. พชร มาเทียน, ธิวาพร จันทร์ขาว. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2567;10(1):77-98.
17. กนกพร ยอดยศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ณรงค์ชัย สังซา. การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(2):27–41.
18. อนงค์ จันทร์หอม. การวิเคราะห์ สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ [การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
19. กมลพร ภูแด่น, ประจักร บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด, ชนาพร ปิ่นสุวรรณ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2568;25(1):119–30.
20. วีณา จีระแพทย์, เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์; 2550.
21. สมพิศ ขจรมณี. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงทางพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหาร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):433-44.
22. ยุพดี ยิ่งคำแหง. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
23. ประภาวดี โทนสุข. ผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อการบริหารยา ความเสี่ยงสูง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล

สุราษฎร์ธานี. วชิรสารการพยาบาล. 2566;25(2):67–82.
24. อภิชญา อารีเอื้อ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):209-16.

ผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST Segment ยก ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ : การศึกษาย้อนหลัง

Result of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients Treated with Streptokinase at Yang Talad Hospital, Kalasin Province: A Retrospective Study

วัชรพล พันธุระ*

Watcharapol Pantura

Corresponding author E-mail: tekaraokr@gmail.com

(Received: March 21, 2026; Revised: March 27, 2026; Accepted: April 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลลัพธ์การรักษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จหรือล้มเหลวในการให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ณ โรงพยาบาลยางตลาด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นการศึกษาในผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ณ โรงพยาบาลยางตลาด ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568 จำนวน 74 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิกแรกรับและข้อมูลผลลัพธ์ด้านการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ด้วย Crude Odds Ratio (OR) ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$

ผลการวิจัย : ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 58.1% มีอายุเฉลี่ย 66.72 ปี พบตำแหน่งรอยโรคที่ผนังด้านล่างมากที่สุด (47.3%) ด้านประสิทธิภาพการรักษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอาการเจ็บหน้าอก หลังได้รับยาไปแล้ว 90 นาที (59.5%) การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบว่าผู้ป่วย (40.5%) มีการลดลงของ ST segment น้อยกว่า (50.0%) และอัตราการเสียชีวิต อยู่ที่ 10.8% การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รอยโรคบริเวณผนังด้านข้าง (Lateral Wall) สัมพันธ์กับการลดลงของอาการเจ็บหน้าอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .043$) เมื่อเทียบกับผนังด้านหน้า ขณะที่ปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดคือระดับความรุนแรงตาม Killip class IV เมื่อแรกรับ ซึ่งเพิ่มโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 24.82 เท่า ($p = .004$) นอกจากนี้ยังพบประเด็นความล่าช้าในกระบวนการรักษา โดยมีค่ามัธยฐาน Door-to-needle time อยู่ที่ 63 นาที ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายมาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน 30 นาที

สรุปและข้อเสนอแนะ : การรักษาด้วยยา Streptokinase ในพื้นที่มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดประมาณ 60% โดยความรุนแรงทางคลินิกเมื่อแรกรับเป็นปัจจัยหลักต่อการรอดชีวิต ผู้วิจัยเสนอแนะให้เร่งพัฒนาระบบช่องทางด่วน (Fast Track) เพื่อลดระยะเวลา Door-to-needle time ให้เหลือน้อยกว่า 30 นาทีตามมาตรฐานสากล และควรมีแนวทางเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสูง (Killip class IV) เพื่อพิจารณาส่งต่อรักษาด้วยการทำ Rescue PCI ให้รวดเร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : STEMI; Streptokinase; ผลลัพธ์การรักษา

*นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Abstract

Purposes : To evaluate clinical outcomes and identify factors associated with the success or failure of Streptokinase (SK) administration in patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) at Yang Talad Hospital.

Study design : A retrospective descriptive study.

Materials and Methods : This study was conducted among 74 STEMI patients who received Streptokinase (SK) at Yang Talad Hospital between July 1, 2022, and September 30, 2025. Data were collected using standardized data collection forms, which included demographic information, initial clinical presentation, and treatment outcomes. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, and associations were determined using Crude Odds Ratios (OR) at a significance level of $p < .05$

Main findings: The cohort was 58.1% male with a mean age of 66.72 years. The most frequent infarct location was the inferior wall (47.3%). Treatment efficacy showed that 59.5% of patients had persistent chest pain 90 minutes post-thrombolysis, and (40.5%) failed to achieve ST-segment resolution of less than (50.0%). The mortality rate was (10.8%). Infarction of the lateral wall was significantly associated with a reduction in chest pain compared to the anterior wall ($p = .043$). The strongest predictor of mortality was initial presentation with Killip Class IV, which increased the risk of death by 24.82 times ($p = .004$). Additionally, a median door-to-needle time of 63 minutes was observed, exceeding the 30-minute international standard.

Conclusion and Recommendations : Streptokinase therapy achieved successful reperfusion in approximately 60% of cases, with clinical severity upon admission being the primary determinant of survival. It is recommended to enhance the “Fast Track” system to reduce door-to-needle time to meet international standards. Furthermore, high-risk patients (Killip Class IV) require intensive monitoring and timely referral for rescue percutaneous coronary intervention (PCI).

Keywords : STEMI; Streptokinase; Treatment Outcomes

*Registered Physician Professional Level, Yangtalad Hospital Kalasin Province.

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจยังคงเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2565 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อปีสุขภาวะและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล[2] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ซึ่งเป็นสภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอย่างสมบูรณ์จากการปริแตกของคราบไขมันและการก่อตัวของลิ่มเลือด[3] นำไปสู่การขาดเลือดที่รุนแรงและเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายตามระยะเวลาที่ผ่านไป[4-6]

เป้าหมายสูงสุดของการรักษาผู้ป่วย STEMI คือการฟื้นฟูการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ (Reperfusion therapy) ให้เร็วที่สุดเพื่อจำกัดบริเวณเนื้อเยื่อตายและรักษาการทำงานของหัวใจห้องล่าง[4-5] แม้ว่าการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจเพื่อเปิดหลอดเลือด (Primary Percutaneous Coronary Intervention: pPCI) จะเป็นวิธีการมาตรฐานที่ให้ผลลัพธ์ดีที่สุดตามแนวทางเวชปฏิบัติสากล[7-8] แต่ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์หัวใจที่มีห้องปฏิบัติการฉีดสี (Cath Lab) การเข้าถึง pPCI มักมีอุปสรรคสำคัญจากระยะเวลาการเดินทางที่อาจล่าช้าเกินกว่า “Golden Hour” หรือ 120 นาที[9-10] ดังนั้น การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic therapy) โดยเฉพาะยา Streptokinase (SK) จึงยังคงเป็นกลยุทธ์การรักษาหลักที่เข้าถึงได้ง่ายและมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถเริ่มให้ยาได้ทันที ณ จุดแรกรับเพื่อเปิดหลอดเลือดเบื้องต้นก่อนส่งต่อ[10-12]

อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของยา Streptokinase มีข้อจำกัดเชิงคลินิก โดยงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายาดังกล่าวมีอัตราการเปิดหลอดเลือดสำเร็จเฉลี่ยเพียงร้อยละ 50-54[11,13] ภาวะความล้มเหลวจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Failed fibrinolysis) ซึ่งประเมินจากการที่ระดับ ST segment ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 (STR < 50%) ร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกที่ยังคงอยู่หลังได้รับยา 60-90 นาที เป็นปัจจัยพยากรณ์โรคที่ไม่ดีซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและภาวะหัวใจล้มเหลวที่สูงขึ้น[4,14] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวนี้มักเกี่ยวข้องกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ตำแหน่งรอยโรคที่ผนังด้านหน้า (Anterior wall) ความรุนแรงของอาการแรกรับตาม Killip classification หรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน[10-11,13]

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในพื้นที่และต้องดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายตามระบบทางด่วนโรคหัวใจ (STEMI Fast Track) หากไม่มีการศึกษาเพื่อระบุปัจจัยพยากรณ์ความล้มเหลวที่เฉพาะเจาะจงในบริบทท้องถิ่น ทีมแพทย์อาจมีปัญหาในการวางแผนรับมือหรือส่งต่อเพื่อทำ Rescue PCI ได้แม่นยำ นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้การคัดกรองล่าช้า ซึ่งในโรงพยาบาลยางตลาดยังไม่เคยมีการประเมินอย่างเป็นระบบว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความสำเร็จของการใช้ยา Streptokinase มากน้อยเพียงใด และที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายในผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์มาก่อน การเข้าใจถึงผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการใช้ยา Streptokinase ในบริบทของพื้นที่จริงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568 ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย (Referral guideline) เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการรักษาล้มเหลวจะได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Rescue PCI ได้อย่างทันท่วงที อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย STEMI ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์การรักษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จหรือล้มเหลวในการให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ณ โรงพยาบาลยางตลาด

วิธีดำเนินการวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อบรรยายผลลัพธ์การรักษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevated Myocardial Infarction (STEMI) เข้ารับการรักษาด้วยยา Streptokinase

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย STEMI ทุกรายที่เข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ณ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนเพื่อประมาณค่า ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST Segment ยกที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase อ้างอิงจากการศึกษาวตากานต์ สุราษฎร์ และคณะ[11] พบว่าอัตราการรักษาผู้ป่วย STEMI ด้วยยา Streptokinase สำเร็จมีร้อยละ 79.6

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

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

p = อ้างอิงจากการศึกษาวตากานต์ สุราษฎร์ และคณะ[11] พบว่า อัตราการรักษาผู้ป่วย STEMI ด้วยยา Streptokinase สำเร็จมีร้อยละ 79.6 = 0.796

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05 คือ 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ประมาณร้อยละ 10=0.1

$$n = \frac{1.96^2 0.796(1-0.796)}{0.01^2} = 63$$

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST Segment ยก ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนอย่างน้อย 63 ราย ซึ่งผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568 ซึ่งพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 74 รายซึ่งเพียงพอกับการศึกษาครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลโดยใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตามมาตรฐาน ICD-10 WHO ปี 2010 ดังนี้

I21.0: กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผนังด้านหน้า (Anterior wall)

I21.1: กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผนังด้านล่าง (Inferior wall)

I21.2: กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ตำแหน่งอื่นๆ

I21.3: กล้ามเนื้อหัวใจตายในตำแหน่งที่ไม่ระบุชัดเจน

2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK)

เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่กำหนด

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่มีประวัติหรืออาการแสดงที่ไม่เข้ากับการวินิจฉัยโรค STEMI

ผู้ป่วย STEMI ที่ไม่ได้รับยา Streptokinase

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถค้นหาประวัติหรือข้อมูลที่สำคัญจากเวชระเบียนได้

4. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 94 คน ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลช้า (Late onset

STEMI): ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเริ่มมีอาการจนถึงขณะเข้ารับการรักษาเกิน 12 ชั่วโมง (Onset > 12 Hour) เนื่องจากพ้นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 8 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest): ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตรุนแรงก่อนหรือขณะได้รับยา ซึ่งส่งผลต่อการประเมินผลลัพธ์การรักษา จำนวน 12 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จริง (n) = 74 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย (Medical Records) โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งข้อมูลมี 2 ส่วนหลัก คือข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิกแรกรับ และข้อมูลผลลัพธ์ด้านการรักษาโดยตัวแปรที่ทำการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการรักษานั้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง[10-15] ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกแรกรับ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, โรคประจำตัว (เช่น ไตเรื้อรัง, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง), ประวัติการสูบบุหรี่, ระดับความรุนแรงตาม Killip classification, ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล (Onset) และตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Wall)

2. ผลลัพธ์ด้านการรักษา ประเมินจากอาการเจ็บหน้าอกที่ยังคงอยู่หลังได้รับยา 90 นาที (Persistent chest pain), การลดลงของ ST segment ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 (EKG STE resolution > 50%) และสถานะการรอดชีวิต (Mortality)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกส่วนบุคคลและบันทึกข้อมูลทางคลินิก แล้วลงบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) รายงานด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาใช้ Chi-square หรือ Fisher’s Exact test รายงานค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า Crude Odd Ratio 95% Confidence Interval (95%CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการวิจัย 005/2568 วันออก:วันที่ 6 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568 จำนวน 74 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (58.1%) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66.72 ปี ซึ่งกลุ่มที่พบมากที่สุดคือผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (41.9%) ในด้านประวัติสุขภาพพบว่า ผู้ป่วย 41.9% มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน (23.0%) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (18.9%) ผู้ป่วย 45.9% มีประวัติการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ใน Killip class I (54.1%) แต่มีกลุ่มที่มีอาการรุนแรงในระดับ Killip class IV ถึง 24.3% ในด้านระยะเวลาที่มีอาการ (Onset) พบค่ามัธยฐานของระยะเวลาอยู่ที่ 120 นาที โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (60.8%) มาถึงโรงพยาบาลหลังจากมีอาการนานกว่า 60 นาที ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบที่ผนังด้านล่าง (Inferior Wall) มากที่สุด (47.3%) รองลงมาคือผนังด้านหน้า (Anterior Wall) (39.2%) และในด้าน Door to needle time มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 63 นาที โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (79.7%) ได้รับยาช้ากว่า 30 นาทีหลังมาถึงโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อประเมินผลหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด พบว่าอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วย 59.5% ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างต่อเนื่อง (Persistent chest pain) หลังได้รับยาไปแล้ว 90 นาที ในขณะที่ 40.5% อาการเจ็บหน้าอกหายไป

การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบว่าผู้ป่วย 59.5% มีการลดลงของ ST segment มากกว่า 50.0% (EKG STE > 50% resolution) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือด และอัตราการเสียชีวิต (Mortality) อยู่ที่ 10.8%

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสถิติ พบประเด็นที่มีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังนี้

ตำแหน่งของรอยโรค (Wall) ผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณ Lateral Wall มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบโอกาสเกิดอาการเจ็บหน้าอกต่อเนื่องน้อยกว่ากลุ่มอื่น (p=.043) และสัมพันธ์กับผลการเปลี่ยนแปลงของ EKG (p=.043)

ความรุนแรงของอาการ (Killip class) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ อัตราการเสียชีวิต คือการจัดอยู่ในกลุ่ม Killip class IV ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.004) โดยมีค่า Crude OR สูงถึง 24.82 ปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลา Onset ประวัติการสูบบุหรี่ และ Door to needle time ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อผลลัพธ์การรักษาในกลุ่มตัวอย่างนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษา จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลการรักษา พบประเด็นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ตำแหน่งของรอยโรค (Wall) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณ Lateral Wall มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.043) โดยพบโอกาสในการเกิดอาการเจ็บหน้าอกต่อเนื่องน้อยกว่ากลุ่ม Anterior Wall

ความรุนแรงของอาการ (Killip class) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับอัตราการเสียชีวิต คือการจัดอยู่ในกลุ่ม Killip class IV ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .004) โดยมีค่า Crude OR สูงถึง 24.82 ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ (Onset) และประวัติการสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อผลลัพธ์การรักษาในกลุ่มตัวอย่างนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย STIMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n= 74 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	43(58.1)
	หญิง	31(41.9)
อายุ	<60 ปี	20(27.0)
	60-69 ปี	23(31.1)
	70 ปีขึ้นไป	31(41.9)
	Mean±SD.	66.72±11.71
โรคประจำตัว	ไม่มี	43(58.1)
	มี	31(41.9)
	ไตเรื้อรัง	7(9.5)
	เบาหวาน	17(23.0)
	เกาท์	3(4.1)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
	ความดันโลหิตสูง	14(18.9)
	Killip class I	40(54.1)
Killip classification		
	Killip class II	5(6.8)
	Killip class III	11(14.9)
	Killip class IV	18(24.3)
Onset	≤30	14(18.9)
	31-60	15 (20.3)
	>60	45(60.8)
	Median (Min-Max)	120(10-720)
Wall	Anterior Wall	29(39.2)
	Inferior Wall	35(47.3)
	Lateral Wall	9(12.2)
	Posterior Wall	1(1.4)
Smoking	No	40(54.1)
	Yes	34(45.9)
Door to needle time (minute)		
	Median (Min-Max)	63(20-197)
	≤30 minutes	15(20.3)
	>30 minute	59(79.7)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์จากการรักษา ด้วยยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ที่ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n= 74 คน)

	ผลลัพธ์การรักษา	จำนวน(%)
Clinical chest pain > 90 minute after SK		
	NO chest pain	30(40.5)
	Persistent chest pain	44(59.5)
EKG STE	EKG STE > 50% after SK	44(59.5)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	ผลลัพธ์การรักษา	จำนวน(%)
	EKG STE < 50% after SK	30(40.5)
Mortality	Alive	66(89.2)
	Death	8(10.8)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการรักษา Clinical chest pain > 90 minute after SK ด้วยยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ที่ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n= 74 คน)

		Clinical chest pain > 90 minute after SK			
		Persistent chest pain	NO chest pain	Crude OR	p
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	(95%CI)	
เพศ	ชาย	18(41.9)	25(58.1)	1	
	หญิง	12(38.7)	19(61.3)	1.14(0.44-2.93)	.785
อายุ	<60 ปี	8(42.1)	11(57.9)	1	
	60 ปีขึ้นไป	22(40.0)	33(60.0)	1.09(0.38-3.14)	.872
โรคประจำตัว					
	ไม่มี	21(48.8)	22(51.2)	1	
	มี	9(29.0)	22(71.0)	2.33(0.88-6.21)	.087
killip classification					
	Killip class I	16(40.0)	24(60.0)	1	
	Killip class II	2(40.0)	3(60.0)	1.00(0.15-6.67)	1.00
	Killip class III	4(36.4)	7(63.6)	1.17(0.29-4.65)	.827
	Killip class IV	8(44.4)	10(55.6)	0.83(0.27-2.57)	.751
Onset					
	≤ 30	4(28.6)	10(71.4)	1	
	> 30	26(43.3)	34(56.7)	0.52(0.15-1.86)	.311
	Anterior	8(27.6)	21(72.4)		
Wall	Wall			1	
	Inferior Wall	16(45.7)	19(54.3)	0.45(0.16-1.30)	.139

ตารางที่ 3 (ต่อ)

		Clinical chest pain > 90 minute after SK			
		Persistent chest pain	NO chest pain	Crude OR	p
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	(95%CI)	
	Lateral Wall	6(66.7)	3(33.3)	0.19(0.04-0.95)	.043*
	Posterior Wall	0(0.0)	1(100.0)	NA	NA
Smoking	No	16(40.0)	24(60.0)	1.000	
	yes	14(41.2)	20(58.8)	0.98(0.38-2.42)	
Door to needle time (minute)					
	≤ 30 minutes	8(53.3)	7(46.7)	1	
	>30 minute	22(37.3)	37(62.7)	1.96(0.61-6.03)	.258

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการรักษา EKG STE ในผู้ป่วย STEMI ที่รักษาด้วยยา Streptokinase โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n= 74 คน)

ตัวแปร		EKG STE		Crude OR (95%CI)	p
		< 50% after SK	>= 50% after SK		
		จำนวน(%)	จำนวน(%)		
เพศ	ชาย	25(58.1)	18(41.9)	1	
	หญิง	19(61.3)	12(38.7)	1.14(0.44-2.93)	.785
อายุ	<60 ปี	11(57.9)	8(42.1)	1	
	60 ปีขึ้นไป	33(60.0)	22(40.0)	0.92(0.322.62)	.872
โรคประจำตัว					
	ไม่มี	22(51.2)	21(48.8)	1	
	มี	22(71.0)	9(29.0)	0.43(0.16-1.14)	.087
Killip classification					
	Killip class I	24(60.0)	16(40.0)	1	
	Killip class II	3(60.0)	2(40.0)	1.00(0.15-6.67)	1.000
	Killip class III	7(63.6)	4(36.4)	0.86(0.22-3.41)	.827
	Killip class IV	10(55.6)	8(44.4)	1.20(0.39-3.69)	.791

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร		EKG STE		Crude OR (95%CI)	p
		< 50% after SK	>= 50% after SK		
		จำนวน(%)	จำนวน(%)		
Onset	≤30	10(71.4)	4(28.6)	1	
	> 30	34(56.7)	26(43.3)	1.91(0.54-6.79)	.311
Wall					
	Anterior Wall	21(72.4)	8(27.6)	1	
	Inferior Wall	19(54.3)	16(45.7)	0.21(0.77-6.33)	.139
	Lateral Wall	3(33.3)	6(66.7)	5.25(1.05-26.20)	.043*
	Posterior Wall	1(100.0)	0(0.0)	NA	NA
Smoking	No	24(60.0)	16(40.0)	1.000	
	yes	20(58.8)	14(41.2)	1.05(0.41-2.66)	.918
Door to needle time (minute)					
	≤30 minutes	8(53.3)	7(46.7)	1	
	>30 minute	22(37.3)	37(62.7)	1.96(0.61-6.03)	.258

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการรักษาด้าน Mortality ในผู้ป่วย STEMI ที่รักษาด้วยยา Streptokinase โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n= 74 คน)

		Mortality			
		Death	Alive	Crude OR (95%CI)	p
		จำนวน(%)	จำนวน(%)		
เพศ	ชาย	39(90.7)	4(9.3)	1	
	หญิง	27(87.1)	4(12.9)	1.44(0.33-6.28)	.623
อายุ	<60 ปี	19(100.0)	0(0.0)	1	
	60 ปีขึ้นไป	47(85.5)	8(14.5)	1.17(1.00-1.31)	.078
โรคประจำตัว					
	ไม่มี	39(90.7)	4(9.3)	1	
	มี	27(87.1)	4(12.9)	1.44(0.33-6.28)	.623

ตารางที่ 5 (ต่อ)

		Mortality			
		Death	Alive	Crude OR (95%CI)	p
		จำนวน(%)	จำนวน(%)		
Killip classification					
	Killip class I	39(97.5)	1(2.5)	1	
	Killip class II	5(100.0)	0(0.0)	NA	NA
	Killip class III	11(100.0)	0(0.0)	NA	NA
	Killip class IV	11(61.1)	7(38.9)	24.82(2.75-223.88)	.004
Onset	≤30	12(85.7)	2(14.3)	1	
	> 30	54(90.0)	6(10.0)	0.67(0.12-3.72)	.642
Wall	Anterior Wall	27(93.1)	2(6.9)	1	
	Inferior Wall	30(85.7)	5(14.3)	0.25(0.40-12.57)	.356
	Lateral Wall	8(88.9)	1(11.1)	1.69(0.14-21.12)	.685
	Posterior Wall	1(100.0)	0(0.0)	NA	NA
Smoking	No	34(85.0)	6(15.0)	1.000	
	yes	32(94.1)	2(5.9)	0.35(0.07-1.88)	.208
Door to needle time (minute)					
	≤30 minutes	14(93.3)	1(6.7)	1	
	>30 minute	52(88.1)	22(11.9)	1.89(0.21-16.62)	.563

วิจารณ์

จากการศึกษาผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย STEMI 74 ราย ณ โรงพยาบาลยางตลาด สามารถอภิปรายประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1) ประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดด้วยยา Streptokinase การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีอัตราความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือด (STR > 50%) อยู่ที่ 59.5% ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไปที่ระบุไว้ในวรรณกรรมที่ทบทวนมา ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 50.0-54.0%[11] อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยในสัดส่วนที่เท่ากันคือ 59.5% ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอกต่อเนื่อง (Persistent chest pain) หลังได้รับยา 90 นาที ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของวตากานต์ สุราษฎร์ และคณะ[11] ที่พบอาการเจ็บหน้าอกไม่ทุเลาเพียง 21.5% ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงการไหลเวียนเลือดในระดับเนื้อเยื่อ (Myocardial perfusion) ที่ยังไม่สมบูรณ์แม้ไฟฟ้าหัวใจจะเริ่มดีขึ้น ซึ่งตามแนวทางสากลหากอาการไม่ดีขึ้นควรพิจารณา Rescue PCI ทันที[4,14]

2) ตำแหน่งของรอยโรคกับผลลัพธ์การรักษา ประเด็นที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้คือ ตำแหน่ง Lateral Wall มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอาการเจ็บหน้าอก (p=.043) เมื่อเทียบกับกลุ่มผนังด้านหน้า ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่มีรอยโรคบริเวณ Anterior Wall พบอาการเจ็บหน้าอกต่อเนื่องสูงถึง 72.4% ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงาน

วิจัยของปภินพิทย์ แก้วนา[10] และวตากานต์ สุราษฎร์ และคณะ[11] ที่ระบุว่าตำแหน่งผนังด้านหน้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความล้มเหลวในการใช้ยา (OR 6.60) เนื่องจากการอุดตันที่หลอดเลือดเส้นหลัก (LAD) ส่งผลให้เนื้อเยื่อเสียหายเป็นบริเวณกว้างและตอบสนองต่อยาละลายลิ่มเลือดได้ยากกว่าตำแหน่งอื่นๆ

3) ความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิต การศึกษาพบอัตราการเสียชีวิต 10.8% ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน อัตราการเสียชีวิตจากการรักษาด้วยยา Streptokinase ทั่วไปที่ 3.5-14%[11] ปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิตที่รุนแรงที่สุดคือการจัดอยู่ในกลุ่ม Killip class IV เมื่อแรกรับ ซึ่งเพิ่มโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ถึง 24.82 เท่า (p =.004) ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะวิกฤตทางคลินิก (Cardiogenic shock) เป็นตัวบ่งชี้อัตราการรอดชีวิตที่สำคัญที่สุด ที่พบว่า Killip class ที่สูงสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล[6]

4) ระยะเวลาการเข้าถึงการรักษา พบว่าเวลา Onset มัธยฐานสูงถึง 120 นาที ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มอัตราการตายถาวรของกล้ามเนื้อหัวใจ[11,16] ค่ามัธยฐานของ Door to needle time อยู่ที่ 63 นาที และมีผู้ป่วยถึง 79.7% ที่ได้รับยาช้ากว่า 30 นาที ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสากลที่แนะนำให้ได้รับยาภายใน 30 นาที[13,15-16] แม้ในการศึกษานี้เวลาที่ล่าช้าจะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับการเสียชีวิต แต่นับเป็นประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลต้องพัฒนาประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วน (STEMI fast track) เพื่อลดระยะเวลาการรักษาและรักษาประสิทธิภาพสูงสุดของกล้ามเนื้อหัวใจ[13,17]

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ จุดเด่นของการศึกษานี้คือ มีการนำปัจจัยเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วยแต่ละรายมาวิเคราะห์เพื่อประมวลผลออกมาว่าในผู้ป่วยแต่ละรายจะให้ยา Streptokinase ในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้สำเร็จหรือไม่ และการได้ข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้แล้วนั้นจะนำไปต่อยอดในการเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด ที่จะต้องเฝ้าระวังดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยา Streptokinase ไม่สำเร็จเพื่อที่จะได้รีบปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อส่งต่อไปทำ Rescue PCI อย่างรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเนื่องจากผู้ป่วย STEMI ทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase จะได้รับการส่งต่อเพื่อไปทำ PCI ทั้งที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผลการรักษาในส่วนหลังการส่งต่อผู้ป่วยแล้วนี้ยังไม่ได้มีการประสานติดตามเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้ป่วย STEMI ที่มีรอยโรคบริเวณ Anterior Wall หรือมีระดับความรุนแรงตั้งแต่แรกรับ Killip class > 1 ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและเตรียมความพร้อมในการส่งต่อเพื่อทำ Rescue PCI ทันทีหากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 60-90 นาที ตามแนวทางมาตรฐานของ ESC และ ACC/AHA

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort study): เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลสำคัญที่มักไม่ปรากฏหรือบันทึกไม่ครบถ้วนในเวชระเบียนย้อนหลัง

2) ขยายระยะเวลาการติดตามผล (Long-term follow-up): นอกเหนือจากการดูอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ควรมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวหลังออกจากโรงพยาบาล

3) ควรศึกษาผลกระทบของปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการเข้าถึงการรักษา รวมถึงอุปสรรคในระดับระบบบริการ (System delays) เพิ่มเติมด้วย

4) ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา (Patient-reported outcomes) ซึ่งเป็นมิติที่สำคัญนอกเหนือจากตัวชี้วัดทางคลินิก

5) การศึกษาเปรียบเทียบยาและการรักษาเสริม: ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบการใช้ยาละลายลิ่มเลือดกลุ่มใหม่ๆ หรือการใช้ ยาเสริม (Adjunctive pharmacotherapy) ในผู้ป่วยที่ต้องทำ Rescue PCI

เพื่อหาแนวทางที่ลดความเสี่ยงจากการเลือดออกได้ดีที่สุด

6) ควรมีการวิจัยเชิงประเมินผลหลังการปรับปรุงโปรโตคอลการส่งต่อ หรือการอบรมทีมอาสาสมัครฉุกเฉินในพื้นที่ เพื่อดูว่าสามารถลด Total Ischemic Time ได้จริงหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และเผยแพร่ผลงานวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย STEMI ขอบคุณพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีส่วนในการช่วยเก็บข้อมูล จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2020 [cited 2023 May 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).
2. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Statistical data on mortality from heart disease and cerebrovascular disease in Thailand, 2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=37372.
3. Thygesen K, Alpert J S, Jaffe A S, Chaitman B R, Bax J J, Morrow D A, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Eur Heart J. 2019;40(3):237-69.
4. Byrne R A, Rossello X, Coughlan J J, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-826.
5. Rao S V, O'Donoghue M L, Ruel M, Baber U, Baker H, Cohen M G, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the management of patients with acute coronary syndromes. Circulation. 2025;151:e771–e862.
6. Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Clinical practice guidelines for acute coronary syndrome management 2020. Samut Prakan: Next Step Design; 2020.
7. Bhatt D L. Timely PCI for STEMI still the treatment of choice. N Engl J Med. 2013;368(16):1446-7.
8. O'Gara P T, Kushner F G, Ascheim D D, Casey D E Jr, Chung M K, de Lemos J A, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. Circulation. 2013;127:e362-e425.
9. Li K, Zhang B, Zheng B, Zhang Y, Huo Y. Reperfusion Strategy of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Meta-Analysis of Primary Percutaneous Coronary Intervention and Pharmaco-Invasive Therapy. Front Cardiovasc Med. 2022;9:813325.
10. ปภินพิทย์ แก้วนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการใช้ยา Streptokinase ในการรักษาผู้ป่วย STEMI ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน : การศึกษาแบบย้อนหลัง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(14):113-22.
11. วตากานต์ สุราษฎร์, รชนิศ เย็นสบาย, ณัฏฐพล ขจรวิทยากุล, ไกฤกษ์ ชวลิตกุล, กัญญารัตน์ เหล่ายัง, กฤดา เอื้อกฤดาธิการ, และคนอื่นๆ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการใช้ยา Streptokinase ในการรักษาผู้ป่วย STEMI: การศึกษาแบบย้อนหลัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557;8(3):238-45.
12. Sutton A G, Campbell P G, Price D J, Gray J C, Grech E D, Hall J A, et al. Failure of thrombolysis

by streptokinase: detection with a simple electrocardiographic method. Heart. 2000;84(2):149-56.

13. ณัฐพล เกียรติกังวานชน. ผลลัพธ์ของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565;31(2):1-13.
14. Wijeysundera H C, Vijayaraghavan R, Nallamothu B K, et al. Rescue angioplasty or repeat fibrinolysis after failed fibrinolytic therapy for ST-segment myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2007;49(4):422-30.
15. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes M J, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J. 2018;39(2):119-77.
16. Terkelsen C J, Sorensen J T, Maeng M, Jensen L O, Tilsted H-H, Trautner S, et al, System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. JAMA. 2010;304(7):763-71.
17. O'Gara P T, Kushner F G, Ascheim D D, Casey D E Jr, Chung M K, de Lemos J A, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. J Am Coll Cardiol. 2013;61(4):e78-140.

พิมพ์ที่โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม